

2022

Manual del Miembro

Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan

South Carolina H2533-001

Sirviendo a los condados de: Abbeville, Aiken, Allendale, Anderson, Bamberg, Barnwell, Beaufort, Berkeley, Calhoun, Charleston, Cherokee, Chester, Chesterfield, Clarendon, Colleton, Darlington, Dillon, Dorchester, Edgefield, Fairfield, Florence, Georgetown, Greenville, Greenwood, Hampton, Horry, Jasper, Kershaw, Lancaster, Laurens, Lee, Lexington, Marion, Marlboro, McCormick, Newberry, Oconee, Orangeburg, Pickens, Richland, Saluda, Spartanburg, Sumter, Union, Williamsburg, y York

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2022



Manual del Miembro de Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan

01/01/2022 –12/31/2022

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

Introducción al *Manual del Miembro*

En este manual, se le informa acerca de su cobertura de Molina Dual Options hasta el 12/31/2022. Explica los servicios de atención médica, cobertura de salud conductual, cobertura de medicamentos recetados y servicios y apoyo a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo le proporcionan la ayuda que necesita, ya sea que reciba los servicios en el hogar o en una residencia para ancianos. 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 South Carolina ofrece este plan llamado Molina Dual Options. Cuando en este *Manual del Miembro* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Molina Healthcare of South Carolina. Los términos “el plan” o “nuestro plan” se refieren a Molina Dual Options.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (855) 735-5831, servicio TTY al 711, los 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema Braille, audio o en letra de molde grande. Llame al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. 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 no tenga que hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un formato alternativo o en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si prefiere recibir documentos como este en el futuro en un idioma que no sea inglés, comuníquese con su Coordinador de Cuidados para recibir ayuda con las solicitudes permanentes.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



2022 Molina Dual Options

Tabla de contenidos

Capítulo 1.	Inicio como miembro	4
Capítulo 2.	Números telefónicos y recursos importantes	13
Capítulo 3.	Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos	28
Capítulo 4.	Tabla de beneficios	46
Capítulo 5.	Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan	98
Capítulo 6.	Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Healthy Connections Medicaid	116
Capítulo 7.	Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos	122
Capítulo 8.	Sus derechos y responsabilidades	127
Capítulo 9.	¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	145
Capítulo 10.	Cómo terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid	191
Capítulo 11.	Avisos legales	198
Capítulo 12.	Definiciones de términos importantes	200



Exenciones de responsabilidad

- ❖ La cobertura conforme al plan Molina Dual Options es una cobertura médica apta denominada "cobertura esencial mínima". Cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). 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.
- ❖ El Plan de Molina Dual Options (plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud con contratos con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- ❖ Molina Healthcare cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina por raza, etnia, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica.



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 Healthy Connections Medicaid y su membresía en él. También le dice qué esperar y qué otra información obtendrá de Molina Dual Options. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Tabla de contenidos

A. Bienvenido a Molina Dual Options	5
B. Información acerca de Medicare y Medicaid	5
B1. Medicare	5
B2. Medicaid	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	8
G. Su Plan de Cuidado	8
H. Prima mensual del plan Molina Dual Options	9
I. El Manual del Miembro	9
J. Otra información que obtendrá de nosotros	9
J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options	9
J2. Directorio de Proveedores y Farmacias	10
J3. <i>Lista de los medicamentos cubiertos</i>	11
J4. <i>La explicación de beneficios</i>	11
K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado	11
K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)	12



A. Bienvenido a Molina Dual Options

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

Molina Dual Options fue aprobado por el estado de South Carolina y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para proporcionarle los servicios como parte de Healthy Connections Prime.

Healthy Connections Prime es un programa de demostración operado de manera conjunta por South Carolina y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Medicaid. En esta demostración, el gobierno federal y estatal desean probar nuevas formas de mejorar la manera en que usted obtiene sus servicios de atención médica de Medicare y Medicaid.

Nuestra misión es proporcionar servicios de salud de calidad a las familias y personas financieramente vulnerables que tienen cobertura de programas gubernamentales. Como miembro, es elegible para todos los beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid, además de los servicios de la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día disponible para responder a todas sus preguntas de salud. Este manual es la guía para sus beneficios de Molina Dual Options. En este, se le informará lo que necesita saber como miembro. Se le indica cómo obtener la mayor cantidad de beneficios de sus servicios de atención médica. Se detallan los beneficios adicionales que recibirá como miembro. Si necesita ayuda, le informa a quién llamar.

B. Información acerca de Medicare y Medicaid

B1. Medicare

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

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

B2. Medicaid

Medicaid es un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyo a largo plazo y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare. En South Carolina, Medicaid se denomina Healthy Connections Medicaid.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién califica,
- qué servicios están cubiertos y

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- el costo de esos servicios.

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

Medicare y South Carolina deben aprobar Molina Dual Options cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid a través de nuestro plan siempre que suceda lo siguiente:

- nosotros decidamos ofrecer el plan **y**
- Medicare y el estado de South Carolina aprueben el plan.

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

C. Ventajas de este plan

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

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

- Podrá trabajar con **un** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro médico.
- Usted tendrá un grupo de atención médica que ayudó a constituir. Su grupo de atención médica puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de la salud que estén cerca para ayudarlo a obtener la atención que usted necesita.
- Usted tendrá un Coordinador de Cuidados. Esta es una persona que trabaja con usted, con Molina Dual Options y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que obtenga la atención médica que necesita.
- Podrá dirigir su propia atención médica con la ayuda de su grupo de atención médica y su Coordinador de Cuidados.
- El grupo de atención médica y el Coordinador de Cuidados trabajarán con usted para desarrollar un plan de cuidado específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El grupo de atención médica será responsable de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo:
 - El equipo de atención médica se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para poder reducir cualquier efecto secundario.
 - Su equipo de atención médica se asegurará de que los resultados de sus exámenes médicos se compartan con todos sus médicos y otros proveedores.

D. Área de servicio de Molina Dual Options

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de South Carolina: Abbeville, Aiken, Allendale, Anderson, Bamberg, Barnwell, Beaufort, Berkeley, Calhoun, Charleston, Cherokee, Chester, Chesterfield, Clarendon, Colleton, Darlington, Dillon, Dorchester, Edgefield, Fairfield, Florence, Georgetown, Greenville,

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Greenwood, Hampton, Horry, Jasper, Kershaw, Lancaster, Laurens, Lee, Lexington, Marion, Marlboro, McCormick, Newberry, Oconee, Orangeburg, Pickens, Richland, Saluda, Spartanburg, Sumter, Union, Williamsburg y York.

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

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

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

Usted puede ser miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- vive en nuestra área de servicio; **y**
- tiene 65 años o más al momento de la inscripción; **y**
- tiene Medicare Partes A, B y D; **y**
- es elegible para los beneficios completos de Healthy Connections Medicaid; **y**
- es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos.

Incluso si cumple los criterios anteriores, no es elegible para nuestro plan en los siguientes casos:

- forma parte de la población con reducción de gastos de Healthy Connections Medicaid; **o**
- tiene un seguro integral contra terceros; **o**
- vive en un centro de cuidados intermedios para Individuos con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID) o en un centro de enfermería en el momento de determinar la elegibilidad; **o**
- está en un programa de cuidados paliativos u obtiene servicios por insuficiencia renal en etapa terminal (IRET) en el momento de determinar la elegibilidad; **o**
- está participando en un programa comunitario de exención de atención a largo plazo distinto de la exención para elecciones comunitarias, la exención para HIV/AIDS o la exención para dependiente de ventilación mecánica.

Puede elegir entre **inscribirse o permanecer en Molina Dual Options** en los siguientes casos:

- No está afiliado en el programa Medicare Advantage o en el Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE). La inscripción en Healthy Connections Prime cancelará automáticamente la inscripción a su programa existente y a cualquier programa de Medicare Parte D; **o**
- realiza la transición de un centro de enfermería o ICF/IID a la comunidad; **o**
- ya está inscrito en este plan, pero, más adelante, ingresa en un centro de enfermería; **o**
- está inscrito en este plan, pero ingresa en un programa de cuidados paliativos o es elegible para recibir servicios de ESRD.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Cuando se inscriba por primera vez en el plan, obtendrá una prueba de salud inicial dentro de los primeros 30 días para reunir información sobre sus antecedentes y necesidades médicas y sociales.

También obtendrá una evaluación integral dentro de los primeros 60 o 90 días según sus necesidades de salud. La evaluación integral considerará en mayor detalle sus necesidades médicas, necesidades sociales y capacidades. Obtendremos información suya, de sus proveedores y familiares/cuidadores cuando corresponda. Esta evaluación será llevada a cabo por profesionales de salud calificados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y Coordinadores de Cuidados.

Podemos combinar su prueba de salud inicial y examen integral en una evaluación que se realiza dentro de los primeros 60 días. En general, las personas que están inscritas en determinados programas de renuncia de Healthy Connections Medicaid (como la renuncia para dependiente de ventilación mecánica, la renuncia para HIV/AIDS o la renuncia de opciones comunitarias), o que parecen tener muchas necesidades médicas y sociales según la información que tenemos sobre ellas, obtendrán la prueba de salud inicial y la evaluación integral combinadas.

Si, en su examen integral, se muestra que tiene muchas necesidades de salud, se le puede solicitar que se someta a una Evaluación de atención a largo plazo con una enfermera registrada. La Evaluación de atención a largo plazo determina si necesita cuidado adicional en un centro de enfermería o a través de una renuncia basada en la comunidad.

Si Molina Dual Options es nuevo para usted, puede continuar recurriendo a los doctores a los que consulta ahora y mantener sus autorizaciones de servicios actuales durante al menos 180 días posteriores a la fecha de su primera inscripción. Durante este periodo, continuará teniendo acceso a los mismos elementos, servicios y medicamentos recetados médicamente necesarios, como lo tiene hoy. También tendrá acceso a sus proveedores de servicios y apoyos médicos, de salud mental y a largo plazo (Long Term Services and Supports, LTSS).

Muchos de sus doctores y otros proveedores ya se encuentran en nuestra red, pero si no lo están, después de 180 días en nuestro plan, deberá recurrir a los doctores y otros proveedores de nuestra red. Podemos ayudarlo a realizar la transición a un proveedor de la red en menos de 180 días una vez que haya completado su evaluación integral, desarrollado un plan de transición y solo si está de acuerdo. 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 de salud que usted obtendrá y cómo los obtendrá.

Después de la evaluación integral, 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



H. Prima mensual del plan Molina Dual Options

Molina Dual Options no tiene una prima mensual del plan.

I. El Manual del Miembro

Este *Manual del Miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que tenemos que seguir todas las reglas en este documento. Si considera que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, puede apelar o impugnar nuestra acción. Para obtener 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 número que figura al final de la página. También puede consultar el *Manual del Miembro* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo desde este sitio web.

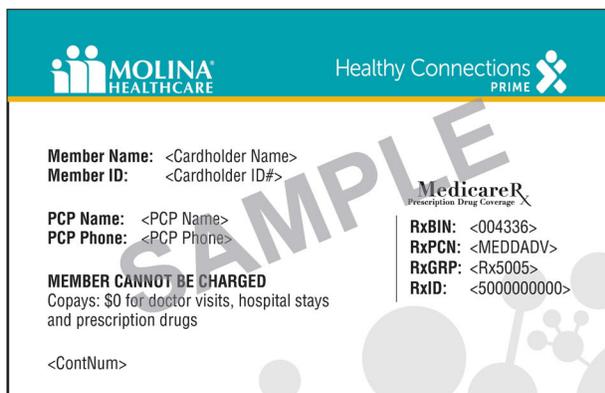
El contrato está vigente durante los meses en que está afiliado a Molina Dual Options, entre el 01/01/2022 y el 12/31/2022.

J. Otra información que obtendrá de nosotros

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

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

En nuestro plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid, incluidos el apoyo y los servicios 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 Healthy Connections Medicaid para obtener los servicios. Mantenga las tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, se enumeran los proveedores y farmacias de la red de Molina Dual Options. Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 8).

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número al final de la página. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en nuestro sitio web detallado al final de la página o descargarlo desde este sitio web.

También puede consultar el Directorio de Proveedores y Farmacias en www.molinahealthcare.com/SCMMPMaterials o descargarlo de este sitio web. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada acerca de los cambios en nuestros proveedores de la red.

Definición de proveedores dentro de la red

- Los proveedores de la Red de Molina Dual Options incluyen:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; y
 - agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipos médicos duraderos, proveedores de servicios de renuncia, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, y otras personas que proporcionan bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.

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

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas médicas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan lo ayude a pagarlas.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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 recetados 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 sobre los medicamentos cubiertos, visite nuestro sitio web, que se indica al final de la página, o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

J4. La explicación de beneficios

Cuando utilice los beneficios de medicamentos recetados de la 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 resumen se denomina *Descripción de Beneficios* (Explanation of Benefits, 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, podrá encontrar más información sobre los medicamentos que usted 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.

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

K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado

Para mantener actualizado su registro de membresía, puede comunicarnos cualquier cambio en la información.

Las farmacias y los 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.** La mayoría de los servicios son gratuitos, pero es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber lo siguiente:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su esposo(a) o de su pareja doméstica, o indemnización al trabajador.
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Admisión a un centro de enfermería u hospital.
- Atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Cambios en su cuidador (o cualquiera que sea responsable por usted).
- Si es parte o se vuelve parte de un estudio de investigación clínica.

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

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (personal health information, PHI) Las leyes requieren que mantengamos su información médica personal (personal health information, PHI) en forma privada. Nos aseguramos de que su información médica personal (personal health information, PHI) esté segura. Para obtener más información acerca de cómo protegemos su información médica personal (personal health information, 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 atención y otros que puedan ayudarlo. 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	14
A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros	14
B. Cómo comunicarse con su Coordinador de cuidados	17
B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado	17
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras	18
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras	18
D. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)	19
D1. Cuándo contactar a I-CARE	19
E. Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)	20
E1. Cuándo contactar a KEPRO	20
F. Cómo comunicarse con Medicare	21
G. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid	22
H. Cómo comunicarse con el Mediador de Healthy Connections Prime	23
I. Cómo comunicarse con el Mediador de Atención a Largo Plazo de South Carolina	24
J. Otros recursos	24

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

LLAME AL	<p>(855) 735-5831 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local</p> <p>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.</p> <p>Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local</p>
FAX	<p>Para el Departamento de Servicios para Miembros/para medicamentos de Healthy Connections Medicaid (no de la Parte D):</p> <p>Fax: (843) 740-1749</p> <p>Para los servicios de recetas médicas de la Parte D:</p> <p>Fax: (866) 290-1309</p>
ESCRIBA	<p>Para el Departamento de Servicios para Miembros:</p> <p>P.O. Box 40309 North Charleston, SC 29423-0309</p> <p>Para medicamentos de Healthy Connections Medicaid (No Parte D):</p> <p>P.O. Box 40309 North Charleston, SC 29423-0309</p> <p>Para los servicios de recetas médicas de la Parte D:</p> <p>7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047</p>
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 de miembros
- 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
 - la suma que pagaremos por sus servicios de salud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura acerca de la atención médica.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión acerca de su cobertura y pedirnos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- Quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o 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 presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió a nosotros o ante la Organización de Mejoramiento de Calidad (consulte la Sección F que se incluye más adelante).
 - 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 lo siguiente:
 - sus beneficios y los medicamentos cubiertos ◦
 - la suma que pagaremos por los medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos recetados de Medicare, medicamentos recetados de Healthy Connections Medicaid y medicamentos de venta libre de Healthy Connections Medicaid.
 - Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre los medicamentos
 - Una apelación es una manera formal 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:

<p>Si su apelación es acerca de:</p> <p>Medicamentos Parte D</p>	<p>Aquí se indica lo que debe hacer:</p> <p>Debe solicitar la apelación dentro de los</p>	<p>Recibirá una decisión dentro de:</p> <p>7 días naturales</p>	<p>Para apelaciones sobre medicamentos de la Parte D, envíe un correo a:</p>
---	--	--	---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	60 días de la decisión de cobertura.	Para apelaciones rápidas, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.	Medicare Pharmacy 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047 Fax al: 866-290-1309
Si su apelación es acerca de: Medicamentos que no son de la Parte D (estos tienen un asterisco al lado de ellos en la Lista de Medicamentos)	Aquí se indica lo que debe hacer: Debe solicitar la apelación dentro de los 60 días de la decisión de cobertura.	Recibirá una decisión dentro de: 15 días naturales Para apelaciones rápidas, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.	Para apelaciones sobre medicamentos de Medicaid, envíe un correo a: Molina Healthcare Appeals Department P.O. Box 40309 North Charleston, SC, 29423-0309 Fax al: 877-823-5961

- 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 que paguemos 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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 ayuda a que usted obtenga lo que necesite. El miembro o 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 puede realizar cambios a la asignación del Coordinador de Cuidados del miembro de acuerdo con las necesidades (culturales, lingüísticas, físicas, de salud conductual) o la ubicación del miembro. Para más información, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

LLAME AL	(855) 735-5831 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local
ESCRIBA	P.O. Box 40309 North Charleston, SC 29423-0309
SITIO WEB:	www.MolinaHealthcare.com/Duals

B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado

- Preguntas sobre su atención médica
- Ayuda para la programación de citas
- Preguntas acerca de cómo obtener servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)

Algunas veces usted puede obtener ayuda para sus necesidades básicas y de atención médica. Comuníquese con su Coordinador de Cuidados si tiene alguna pregunta sobre la obtención de los servicios mencionados a continuación. Puede obtener estos servicios:

- Asistente de cuidado personal
- Servicio de salud conductual
- Atención médica domiciliaria
- Atención diurna para adultos
- Transporte
- Servicios de compañía
- Terapia del habla
- Servicios sociales médicos

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras

Puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de Molina Healthcare, las 24 horas del día, los 365 días al año. El servicio lo conecta con un miembro calificado del personal de enfermería que puede proporcionarle asesoramiento de atención médica en su idioma e indicarle a dónde debe acudir para obtener la atención que necesita. 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 atención telefónica sobre la salud acreditado por la Comisión de Acreditación para Revisión de Uso (Utilization Review Accreditation Commission, URAC). La acreditación de la URAC significa que nuestra línea de enfermeras ha demostrado un compromiso total con la atención de calidad, la mejora de los procesos y los mejores resultados de los pacientes. Nuestra Línea de Consejos de Enfermeras también cuenta con la certificación de 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 disponible 24 horas al día.

LLAME AL	(844) 800-5155. Esta llamada es gratuita. Después de marcar, presione 3 y, luego, presione 2 para comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras

- Preguntas sobre su atención médica

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) le brinda asesoramiento gratuito sobre seguro médico a personas con Medicare. En Carolina del Sur, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Ancianos (I-CARE). I-CARE no está asociado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

La información sobre el programa I-CARE se encuentra disponible en el Departamento para adultos mayores.

LLAME	1-800-868-9095. Esta llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	TTY: 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.
ESCRÍBANOS	Departamento para adultos mayores 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
CORREO ELECTRÓNICO	askus@aging.sc.gov
SITIO WEB:	aging.sc.gov

D1. Cuándo comunicarse con I-CARE

- Preguntas acerca de su seguro de atención médica de Medicare
 - Los asesores de I-CARE pueden ayudarlo a:
 - contestar sus preguntas acerca de cómo cambiarse a un nuevo plan,
 - entender sus derechos,
 - comprender sus elecciones de plan,
 - presentar una queja de la atención médica o tratamientos, y
 - ayudarlo a resolver problemas con las facturas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Una QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. En Carolina del Sur, la QIO es una empresa llamada KEPRO. KEPRO no está asociada con nuestro plan.

LLAME	<p>1-888-317-0751. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los miembros del equipo KEPRO están disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; y los sábados, domingos y días festivos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. También puede dejar un mensaje las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Se dispone de servicios de traducción para los miembros y cuidadores que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-855-843-4776. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla.</p> <p>Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p>
ESCRÍBANOS	<p>KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609</p>
SITIO WEB:	<p>www.keproqio.com/</p>

E1. Cuándo contactar a KEPRO

- 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



F. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

LLAME AL	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 Este es el sitio web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare. También tiene información sobre hospitales, residencias para ancianos, doctores, agencias de atención médica domiciliaria, centros para diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y centros de cuidado paliativo. Cuenta con sitios web y números de teléfono útiles. También incluye folletos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare al número mencionado más arriba y realizar cualquier consulta sobre la que usted requiere. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán a usted.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



G. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid

Healthy Connections Medicaid ayuda con los servicios médicos y a largo plazo, y reduce los costos para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está afiliado a Medicare y a Healthy Connections Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que obtiene de Healthy Connections Medicaid, llame a Healthy Connections Medicaid.

LLAME	1-888-549-0820. Esta llamada es gratuita. Este número está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
TTY	1-888-842-3620. 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.
ESCRÍBANOS	Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina P.O. Box 8206 Columbia, SC 29202
SITIO WEB:	www.scdhhs.gov

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



H. Cómo comunicarse con el Mediador de Healthy Connections Prime

El Mediador de Healthy Connections Prime es el mediador para las personas inscritas en Healthy Connections Prime. Un mediador es una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene algún problema o queja y puede ayudarlo a entender qué hacer. El Mediador de Healthy Connections Prime también ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime 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	1-844-477-4632 Las horas de consulta son de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	TTY: 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.
FAX	1-803-734-4534
ESCRÍBANOS	Healthy Connections Prime Advocate Departamento para adultos mayores 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
CORREO ELECTRÓNICO	primeadvocate@aging.sc.gov
SITIO WEB:	healthyconnectionsprimeadvocate.com

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



I. Cómo comunicarse con el Mediador de Atención a Largo Plazo de South Carolina

El Mediador de atención a largo plazo de South Carolina es un programa de mediación que ayuda a las personas a aprender sobre los hogares de ancianos y otros entornos de atención médica a largo plazo. También ayuda a resolver los problemas entre estos entornos y los residentes o sus familias.

La información sobre el Mediador de Atención a Largo Plazo de South Carolina se encuentra disponible a través del Departamento para adultos mayores.

LLAME	1-800-868-9095. Esta llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
ESCRÍBANOS	Long Term Care Ombudsman Departamento para adultos mayores 1301 Gervais St., Suite 350 Columbia, SC 29201
CORREO ELECTRÓNICO	ltcombudsman@aging.sc.gov
SITIO WEB:	aging.sc.gov

J. Otros recursos

Contactos regionales del Mediador

Región 1: **Appalachia**

Greenville, SC

Teléfono: 864-242-9733

Atiende: **Anderson, Cherokee, Greenville, Oconee, Pickens y Spartanburg**

1-800-434-4036 (fuera del condado de Greenville)

Región 2: **Upper Savannah**

Greenwood, SC

Teléfono: 864-941-8070

Atiende: **Abbeville, Edgefield, Greenwood, Laurens, McCormick y Saluda**

1-800-922-7729 (fuera del condado de Greenwood)

Región 3: **Catawba**

York, SC

Teléfono: 803-329-9670

Atiende: **Chester, Lancaster, York y Union**

1-800-662-8330 (fuera del condado de York)

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Región 4: Central Midlands

Columbia, SC

Teléfono: 803-376-5389

Atiende: **Fairfield, Lexington, Newberry y Richland**

1-866-394-4166 (fuera del condado de Richland)

Región 5: Lower Savannah

Aiken, SC

Teléfono: 803-649-7981

Atiende: **Aiken, Allendale, Bamberg, Barnwell, Calhoun y Orangeburg**

1-866-845-1550 (fuera del condado de Aiken)

Región 6: Santee-Lynches

Sumter, SC

Teléfono: 803-775-7381

Atiende: **Clarendon, Kershaw, Lee y Sumter**

1-800-948-1042 (fuera del condado de Sumter)

Región 7: Pee Dee

Hartsville, SC

Teléfono: 843-383-8632

Atiende: **Chesterfield, Darlington, Dillon, Florence, Marion y Marlboro**

1-866-505-3331 (fuera del condado de Darlington)

Región 8: Waccamaw

Georgetown, SC

Teléfono: 843-546-4231

Atiende: **Georgetown, Horry y Williamsburg**

1-888-302-7550 (fuera del condado de Georgetown)

Región 9: Trident

Charleston, SC

Teléfono: 843-554-2280

Atiende: **Berkeley, Charleston y Dorchester**

1-800-864-6446 (fuera del condado de Charleston)

Región 10: Lowcountry

Yemassee, SC

Teléfono: 843-726-5536

Atiende: **Beaufort, Colleton, Hampton y Jasper**

1-877-846-8148 (fuera del condado de Jasper)

Oficina del mediador de atención a largo plazo

Lt. Governor's Office on Aging

1301 Gervais St., Suite 200

Columbia, SC 29201

Teléfono: 803-734-9900

1-800-868-9095 (fuera del condado de Richland)

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Hay diez **Agencias de áreas para la tercera edad** distribuidas por todo South Carolina. Son excelentes recursos también para los problemas de la comunidad local. Pueden encontrarse en la siguiente ubicación:

AAA: Región I (Anderson, Cherokee, Greenville, Oconee, Pickens y Spartanburg)

Agencia del Área de Appalachia
SC Appalachian Council of Governments
30 Century Drive
Greenville, SC 29606
864-242-9733

AAA: Región II (Abbeville, Edgefield, Greenwood, Laurens, McCormick y Saluda)

Agencia del Área de Upper Savannah
Upper Savannah Council of Governments
222 Phoenix Avenue Greenwood, SC 29648
800-922-7729 (Número de teléfono gratuito)
864-941-8053

AAA: Región III (Chester, Lancaster, York y Union)

Agencia del Área de Catawba
Catawba Area Agency on Aging
2051 Ebenezer Road, Ste. B
Post Office Box 4618
Rock Hill, SC 29732
803-329-9670
800-662-8330 (Número de teléfono gratuito)
www.catawba-aging.com

AAA: Región IV (Fairfield, Lexington, Newberry, Richland)

Agencia del Área de Central Midlands
Central Midlands Council of Governments
236 Stoneridge Drive
Columbia, SC 29210
803-376-5390
866-394-4166 (Número de teléfono gratuito)

AAA: Región V (Aiken, Allendale, Bamberg, Barnwell, Calhoun y Orangeburg)

Área de Lower Savannah
Lower Savannah Council of Governments
2748 Wagener Road
Aiken, SC 29801
803-649-7981

AAA: Región VI (Clarendon, Kershaw, Lee y Sumter)

Agencia del Área de Santee-Lynches
Santee-Lynches Regional Council of Governments
36 West Liberty,
Sumter, SC 29151
803-775-7381

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



AAA: Región VII (Chesterfield, Darlington, Dillon, Florence, Marion y Marlboro)

Agencia del Área de Pee Dee

Vantage Point Hartsville, SC 29551

843-383-8632

AAA: Región VIII (Georgetown, Horry, y Williamsburg)

Agencia del Área de Waccamaw

Waccamaw Regional Council of Governments

1230 Highmarket Street

Georgetown, SC 29440

843-546-4231

AAA: Región IX (Berkeley, Charleston, y Dorchester)

Agencia del Área de Trident

4450 Leeds Place West, Suite B

North Charleston, SC 29405

843-554-2275

AAA: Región X (Beaufort, Colleton, Hampton y Jasper)

Agencia del Área de Lowcountry

Lowcountry Council of Governments

I-95 Exit 33 Hwy. 17

Point South, SC 29945-0098

843-726-5536



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"	30
B. Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual y servicios a largo plazo y apoyos (LTSS) cubiertos por el plan	30
C. Información acerca de su Coordinador de Cuidados	32
C1. Qué es un Coordinador de Cuidados	32
C2. Cómo puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados	32
C3. Cómo puede cambiar a su Coordinador de Cuidados	32
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red	32
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)	32
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	34
D3. Qué hacer cuando un proveedor sale del plan	35
D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red	35
E. Cómo obtener servicios de salud conductual	36
F. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)	36
G. Cómo obtener atención médica autodirigida	37
G1. Qué es la atención médica autodirigida	37
G2. Quién puede tener atención médica autodirigida (Nota: Esto se limita a las población exenta, según el Paquete de Beneficios del Plan).	37
G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los proveedores de atención médica personal (si corresponde)	37



H. Cómo obtener servicios de transporte	38
I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre	38
I1. Cuidado en casos de emergencia médica	38
I2. Atención médica requerida urgentemente	40
I3. Atención médica durante un desastre	40
J. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan	40
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	41
K. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	41
K1. Definición de estudio de investigación clínica	41
K2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	42
K3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica	42
L. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	43
L1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	43
L2. Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica	43
M. Equipo médico duradero (DME)	44
M1. DME como miembro de nuestro plan	44
M2. La propiedad de DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage	44
M3. Los beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	45
M4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage	45



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

Entre los servicios, se incluyen la atención médica, servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos incluyen cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica cubierta y los LTSS se indican en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

Los proveedores incluyen doctores, enfermeros y otras personas que le proporcionan servicios y atención. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico, y servicios y apoyo 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. Nos facturan directamente por los servicios de atención que le prestan. Cuando visita a un proveedor de la red, por lo general, no debe pagar por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener atención médica, servicios de salud conductual y Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) cubiertos por el plan

Molina Dual Options cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Esto incluye salud conductual y LTSS.

Por lo general, Molina Dual Options pagará por la atención médica y los servicios que usted obtiene si sigue las reglas del plan. Para estar cubierto por su plan:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que se debe incluir en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios son razonables y necesarios:
 - Para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión ◦
 - Para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo mal formado ◦
 - de otro modo médicamente necesario conforme a la ley de Medicare.
- De acuerdo con la ley y regulación de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben:
 - Ser esenciales para prevenir, diagnosticar, aliviar, corregir, curar afecciones médicas, y evitar el empeoramiento de estas, que ponen en riesgo la vida, causan sufrimiento o dolor, causan una deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una incapacidad, u originan una enfermedad o dolencia.
 - Prestarse en un centro adecuado con el nivel de atención apropiado para el tratamiento de su afección médica; **y**
 - Prestarse de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de práctica médica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Debe contar con un **proveedor de cuidados primarios (primary care provider, PCP)** de la red que haya ordenado la atención o le haya dicho que recurra a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe autorizarlo antes de poder recibir atención de otro profesional médico 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 recurrir algunos especialistas, como los especialistas de salud de la mujer. Para obtener más información acerca de las remisiones, consulte la página 32.
 - No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente, ni para recurrir a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención médica sin tener una remisión del PCP. Para obtener más información acerca de este tema, consulte la página 32.
 - Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la página 32.
- **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 Sección I, página 38.
 - Si requiere la atención médica que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proveérsela, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Molina Dual Options requiere una autorización y decisión previas de que la atención es médicamente necesaria antes de recibir atención de un proveedor de la red. 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 recurrir a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 32.
 - 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 inscribe por primera vez en el plan, puede continuar recurriendo a sus proveedores actuales hasta por 180 días o hasta que hayamos completado su evaluación integral y hayamos creado un plan de transición con el que esté de acuerdo. Si necesita continuar recurriendo a esos proveedores fuera de la red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención si el proveedor celebra un acuerdo de caso único con nosotros. Si está recibiendo tratamiento permanente de un proveedor fuera de la red y cree que puede necesitar un acuerdo de caso único para que lo continúe tratando, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.



C. Información acerca de su coordinador de cuidados

C1. Qué es un Coordinador de Cuidados

Un Coordinador de cuidados de Molina Dual Options es la persona principal con la que usted puede contactarse. Esta persona lo ayudará a gestionar todos sus proveedores y servicios, y se asegurará de que usted obtenga lo que necesita.

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) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. TTY: 711. O bien, consulte www.molinahealthcare.com/duals.

C3. Cómo puede cambiar a su Coordinador de Cuidados

El miembro o 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. El personal de Molina Dual Options puede realizar cambios en la asignación de un Coordinador de Cuidados para un miembro según las necesidades (culturales, lingüísticas, físicas, de salud conductual) o la ubicación de tal 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 (PCP)

Usted debe elegir un PCP que le brinde y administre su cuidado.

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

El proveedor de cuidados primarios (PCP) es un médico, una enfermera especializada, un profesional de atención médica o una clínica o un hogar médico (centros de salud acreditados a nivel federal [FQHC]) que le brinda atención médica de rutina. Molina Dual Options mantiene una red de proveedores especializados para atender a sus miembros. Las remisiones de un PCP de Molina Dual Options pueden ser necesarias para que un miembro reciba algunos servicios especializados. Se les permite a los miembros acceder directamente a los especialistas en salud de la mujer para atención médica preventiva y de rutina sin una remisión. Su PCP también le proporcionará la mayor parte de su atención médica pero su Coordinador de Cuidados lo ayudará a organizar o coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Estos incluyen:

- Radiografías.
- Pruebas de laboratorio.
- Terapias.
- Cuidado de médicos especialistas.
- Admisiones al hospital.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Cuidado de seguimiento.

“Coordinar” sus servicios incluye consultar con otros proveedores de la red sobre su atención y desarrollo. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación previa de su PCP (como una remisión para consultar a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros. También debe haber enviado su historia clínica anterior al consultorio de su PCP.

Su elección de PCP

La relación con su PCP es importante. Le recomendamos que elija un PCP cerca de su casa. Tener a su PCP cerca hace que sea más fácil recibir atención médica y entablar una relación abierta y de confianza. Para obtener una copia actualizada del Directorio de proveedores/farmacias o para obtener asistencia adicional para elegir un PCP, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Si desea utilizar un especialista o un hospital determinado, asegúrese primero de que su PCP realice remisiones a ese especialista o utilice ese hospital. Una vez que haya elegido su PCP, le recomendamos que transfiera toda su historia clínica al consultorio del nuevo PCP. De esta manera, su PCP tendrá acceso a su expediente médico y estará al corriente de cualquier condición médica existente que usted pueda tener. Ahora su PCP es responsable de todos sus servicios de atención médica de rutina. Por lo tanto, si tiene alguna inquietud relacionada con la salud, será el primero con el que debe comunicarse. Encontrará el nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP impreso en su tarjeta de miembro.

Opción de cambiar de PCP

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

Todos los cambios que se realicen serán vigentes el primer día del mes siguiente, con las siguientes excepciones: 1. Si el miembro se está comunicando desde el consultorio del proveedor, la fecha de vigencia será la fecha de la llamada telefónica, 2. Si el miembro se encuentra en el primer mes de inscripción, la fecha de vigencia será el primer día del mes actual. Sin embargo, le recomendamos que primero consulte a su doctor para conocer a su PCP antes de cambiar. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener más información acerca de cualquiera de nuestros proveedores de Molina Healthcare. Para algunos proveedores, es posible que necesite una remisión de parte de su PCP (excepto en casos de servicios de cuidado urgente y de emergencia fuera del área de servicio).

Servicios que puede obtener sin obtener primero la aprobación del PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación del PCP antes de recurrir 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).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- 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).
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra 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 preventivas (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de atención médica para indígenas, puede recurrir a estos proveedores sin una remisión previa.

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

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

- 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.

Si bien es probable que el PCP que elija utilice determinados hospitales y tenga especialistas a quien generalmente remite pacientes, como miembro no está limitado ni restringido solo a estos especialistas específicos. Molina Dual Options mantiene una red de proveedores especialistas para atender a sus miembros y lo ayudaremos a recibir servicios de otros, en caso de que o cuando sea necesario. Se pueden requerir remisiones de su PCP para recibir servicios especializados, pero a los miembros se les permite acceder directamente a especialistas de salud para mujeres para atención médica preventiva y de rutina sin necesidad de una remisión. Para acceder a algunos servicios y medicamentos, se le puede requerir que obtenga una autorización previa. Usted o su PCP puede solicitar una autorización previa del Departamento de Administración de Utilización de servicios de Molina Healthcare por teléfono, fax o por correo, basado en la urgencia del servicio solicitado.

Para servicios médicos:

PO Box 40309

North Charleston, SC 29423-0309

Teléfono: (855) 735-5831 (Centro de llamadas para el miembro SC MMP)

Fax: (866) 423-3889

Para medicamentos de Healthy Connections Medicaid (no de la Parte D):

4105 Faber Place Drive, Suite 470

North Charleston, SC 29405 Teléfono: (855) 735-5831

Fax: (855) 571-3011

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Para los servicios de recetas médicas de la Parte D:
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047
Teléfono: (855) 735-5831
Fax: (866) 290-1309

Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener información acerca de cuáles servicios requieren autorización previa.

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 el 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 reemplazado 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. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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

Si necesita atención médica que requiere que nuestro plan cubra y los proveedores en nuestra red no pueden suministrar esta atención médica, incluidos los servicios y el soporte a largo plazo, puede obtener esta atención médica de un proveedor fuera de la red. Los servicios fuera de la red necesitan una autorización previa. Usted o su proveedor puede solicitar esta autorización previa. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia. Si recibe atención médica rutinaria de un proveedor fuera de la red sin autorización previa, ni Medicare/Healthy Connections Medicaid ni el plan serán responsables de los costos.

Si consulta a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare o Healthy Connections Medicaid.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare ni Healthy Connections Medicaid.
- 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 de salud conductual

Tendrá acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid.

Molina Dual Options proporciona acceso a diversos proveedores de salud mental y especialistas en abuso de sustancias, que incluye centros comunitarios de salud mental. Puede encontrar una lista de proveedores en la página web del miembro de Molina Dual Options o llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Para obtener una copia actualizada del Directorio de proveedores y farmacias, o para obtener asistencia adicional para elegir un proveedor de salud conductual, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Para acceder a algunos servicios se le puede requerir que obtenga una autorización previa. Usted o su proveedor de salud conductual o su PCP puede solicitar una autorización previa del Departamento de Administración de Utilización de Servicios de Molina Healthcare por teléfono, fax o por correo, según la urgencia del servicio solicitado.

Molina Dual Options
4105 Faber Place Drive, Suite 470
North Charleston, SC 29405
Teléfono: (855) 735-5831
Fax: (866) 423-3889

Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener información acerca de cuáles servicios requieren autorización previa. La atención debe determinarse como necesaria. Médicamente necesario significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los niveles aceptados de práctica médica y salud conductual. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia.

F. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long Term Services and Supports, LTSS) ayudan a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. Los LTSS pueden ayudarlo con las tareas cotidianas, como bañarse, vestirse y preparar la comida. La mayoría de estos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero podrían ser proporcionados en una residencia para ancianos o en un hospital.

Los LTSS están disponibles para los miembros en determinados programas de renuncia administrados por la División de atención a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Esas exenciones son las siguientes:

- Renuncia de opciones comunitarias.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Renuncia para HIV/AIDS.
- Renuncia para dependiente de ventilación mecánica.

Los miembros con diferentes exenciones pueden obtener distintas clases y sumas de LTSS. Si cree que necesita LTSS, puede consultar a su Coordinador de Cuidados cómo acceder a ellos y si puede inscribirse a una de estas exenciones. Su Coordinador de Cuidados puede proporcionarle información sobre cómo solicitar una renuncia apropiada y todos los recursos que se encuentran disponibles bajo el plan.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre estos programas.

Usted puede recibir los beneficios de algunos LTSS si no es un participante de renuncia. Puede recibir estos beneficios de nuestra parte si son médicamente necesarios. Su Coordinador de Cuidados lo ayudará a entender sus opciones y su programa de renuncia si usted está en uno de ellos. Para obtener más información sobre estos servicios de programa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

G. Cómo obtener atención médica autodirigida

G1. Qué es la atención médica autodirigida

La atención médica autodirigida significa que, si necesita y califica para los servicios de un asistente de cuidado personal, puede seleccionar, contratar, capacitar, dirigir y despedir a los proveedores que le prestan estos servicios. Los trabajadores que pueden prestar estos servicios de asistente de cuidado personal podrían incluir a amigos, vecinos, familiares o proveedores de agencias.

G2. Quién puede tener atención médica autodirigida (Nota: Esto se limita a las población exenta, según el Paquete de Beneficios del Plan).

Los servicios de asistente de cuidado personal están a disposición de los miembros en determinados programas de exención administrados por la división de atención a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Esas exenciones son las siguientes:

- Exención de opciones comunitarias
- Exención para HIV/AIDS
- Exención para dependiente de ventilación mecánica

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

Su Coordinador de Cuidados le ayudará a entender este programa. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



H. Cómo obtener servicios de transporte

Se proporcionan servicios de transporte médico en vehículos que no son ambulancia a los miembros elegibles que no puedan transportarse por su propia cuenta o mediante su familia, amigos o recursos comunitarios. El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo a conseguir transporte. También puede llamar al proveedor de transporte aprobado por el estado, ModivCare, al número de teléfono que se indica a continuación para coordinar o cancelar el transporte si cuenta con la aprobación para recibir estos servicios.

- (866) 910-7688
- (866) 445-6860
- (866) 445-9954

Para obtener más información sobre ModivCare, ingrese a <http://memberinfo.logisticare.com/scmember>.

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:

- riesgo grave para su salud; o
- daño grave en las funciones corporales; o
- provocar una falla grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

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 médica de su PCP.
- En cuanto pueda, asegúrese de informar a nuestro plan sobre su emergencia. Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted o su Coordinador de Cuidados 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. El número del Departamento de Servicios para Miembros se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios cubiertos en una emergencia médica

Medicare y Healthy Connections Medicaid no proporcionan cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Consulte con el plan para obtener más información.

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. Molina Dual Options cubrirá los servicios de posestabilización que sean proporcionados por un proveedor dentro o fuera de la red en cualquiera de las siguientes situaciones:

- El plan ha autorizado estos servicios.
- Son servicios que recibió para mantener y estabilizar su condición.

¿Qué hacer si ocurre una emergencia de salud conductual?

Si está experimentando una emergencia de salud conductual, llame al 911 o vaya al centro de emergencias más cercano.

Obtener atención de emergencia si no era una emergencia después de todo

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.

Cuando un proveedor de la red no está disponible o no se puede acceder a él momentáneamente, se puede obtener cuidado urgente usando cualquier centro de cuidado urgente disponible. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día al (844) 800-5155. 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 nuestro sitio 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 puede 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

Molina Dual Options no puede reembolsarle los servicios que usted abonó de su bolsillo que son servicios cubiertos de Healthy Connections Medicaid. Por lo tanto, es importante que no pague directamente por los servicios que están cubiertos conforme a los beneficios de Healthy Connections

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Medicaid. Si paga por ellos de forma directa, no podremos hacerle el reembolso. Tendrá que buscar el reembolso directamente de su proveedor. En lugar de pagar, pídale a su proveedor que se comunique con nosotros en relación al pago.

No realice un pago directo por servicios que cubre Healthy Connections Medicaid.

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

Si le paga al proveedor, no le podremos reembolsar el dinero; no obstante, lo hará el proveedor. El Departamento de Servicios para Miembros o el Mediador de Healthy Connections Prime lo pueden ayudar a contactarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página y el Capítulo 2 para obtener los números telefónicos.

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

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

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

Molina Dual Options cubre todos los servicios que se indican a continuación:

- que son médicamente necesarios, **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 plan 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 doctores a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento funciona y si es seguro.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Mientras se encuentre en el estudio, podrá permanecer afiliado a nuestro plan. De esa manera, usted continuará recibiendo el cuidado 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 cuidados primarios. 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. Estas 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.

Si es parte de un estudio que Medicare **no ha aprobado**, tendrá que pagar cualquier costo 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

L1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

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

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 religiosa de salud no médica

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

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

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

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

Después de haber alcanzado los límites de su cobertura de atención en hospital para pacientes internados de Medicare, usará los límites de Healthy Connections Medicaid. No tiene los mismos límites para la cobertura de atención en hospital para pacientes internados con Healthy Connections Medicaid que para Medicare. Se aplican los límites de cobertura de atención en hospital para pacientes internados de Medicare. (Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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 equipo médico duradero que debe alquilar. Como miembro de Molina Dual Options, nuestro plan alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted por un máximo de 10 meses. En algunos casos, pueden ser 13 meses. Al final del período de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo DME a usted, y se considera comprado. Es posible que nuestro plan pague los cargos de mantenimiento. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

Si está alquilando DME hay cosas que debe considerar si decide cambiar a un plan 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 2022*. Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

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 los beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa de Medicare Original o un Plan Medicare Advantage.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



M3. Los beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro 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. El 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	47
A1. En caso de emergencias de salud pública	47
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios	47
C. Tabla de beneficios de nuestro plan	47
D. La Tabla de Beneficios	49
E. Servicios de renuncia operados por la Atención a Largo Plazo en la Comunidad (Community Long Term Care, CLTC) que paga nuestro plan	92
F. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options	94
F1. Cuidado paliativo	95
F2. Servicios dentales	95
F3. Transporte médico que no sea de emergencia	95
G. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare o Healthy Connections Medicaid	96



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 beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5. En tal capítulo, también se explican los límites de algunos servicios.

Puesto que recibe asistencia de Healthy Connections Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su Coordinador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

A1. En caso de emergencias de salud pública

Cuando un desastre natural u otro problema de salud pública ameritan una declaración del Estado de Emergencia por parte del gobernador de South Carolina, Molina promulgará y acatará las normas y los reglamentos conforme a lo requerido por la emergencia específica. Además, Molina proporcionará recursos útiles que pueden incluir lo siguiente:

- Enlaces a directrices estatales.
- Anuncios oficiales del gobernador.
- Anuncios de salud pública o cambios relacionados con la forma en que se proporcionan y se reembolsan los servicios médicos según las directivas de los centros de Servicios de Medicare y Medicaid o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

No permitimos que los proveedores de Molina Dual Options le facturen a usted los servicios 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 paga el plan. Se enumeran las categorías de servicios en orden alfabético y se explican los servicios cubiertos.

Pagaremos por los servicios enumerados 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.

- Los servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid se deben proporcionar de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Healthy Connections Medicaid.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesarios significa los servicios que son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión, para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo mal formado, o de otro modo médicamente necesarios conforme a la ley de Medicare. De acuerdo con la ley y regulación de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben prestarse para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su actual estado 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 cumplen los estándares aceptados de práctica médica. Los servicios también se deben prestar en un centro apropiado para su afección médica y seguir los estándares generalmente aceptados de atención 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 cuidados primarios (PCP) o un equipo de cuidado que proporciona y administra su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe autorizarlo antes de poder recurrir a otro profesional médico o recibir atención de 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.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede continuar recurriendo a sus proveedores actuales hasta por 180 días o hasta que hayamos completado su evaluación integral y hayamos creado un plan de transición con el que esté de acuerdo. Si necesita continuar recurriendo a esos proveedores fuera de la red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención si el proveedor celebra un acuerdo de caso único con nosotros. Un acuerdo de caso único es una excepción para tratar al proveedor como un proveedor dentro de la red. Si está recibiendo tratamiento permanente de un proveedor fuera de la red y cree que puede necesitar un acuerdo de caso único para que lo continúe tratando, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solamente si su doctor 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 la Tabla de Beneficios con un asterisco (*). Además, debe obtener autorización previa para los siguientes servicios que no se detallan en la Tabla de Beneficios:
 - Asesoramiento o pruebas genéticos.
 - Terapia de oxígeno hiperbárico.
 - Procedimientos para el tratamiento del dolor.
 - Estudios del sueño.
 - Admisión en un centro de rehabilitación o atención aguda a largo plazo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Su bienestar y capacidad para vivir en forma independiente importan. Como plan, trabajaremos con usted y sus proveedores para ayudar a equilibrar todas sus necesidades de atención médica, incluidos los servicios de atención a largo plazo, salud conductual y salud física.

Todos los servicios médicos preventivos son gratuitos. Encontrará 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
	<p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un solo examen preventivo de ultrasonido para 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, médico asociado, enfermera especializada o enfermería clínica especializada.</p>	\$0
	<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico*</p> <p>El plan pagará por hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor crónico de espalda baja, definido de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, tal como no estar asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); y • no está asociado con una cirugía. <p>El plan pagará por 8 sesiones adicionales si muestra mejoras. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura cada año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora.</p> <p>Los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare son administrados por American Specialty Health (ASH Group). Todos los miembros deben utilizar proveedores dentro de la red de ASH Group.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</p> <p>El plan paga por un examen de detección de abuso de alcohol para adultos que lo usan indebidamente, pero no son dependientes.</p> <p>Si se le diagnostica que abusa del alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento psicológico por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento psicológico) suministradas por un proveedor de cuidados primarios aprobado o un proveedor médico en un entorno de atención médica primaria.</p> <p>También puede obtener servicios de rehabilitación y recuperación centrados en destrezas de afrontamiento que lo ayudarán a controlar sus síntomas y comportamientos. Estos servicios pueden ser en un entorno individual o grupal.</p>	\$0
	<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, helicópteros y en tierra. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica.</p> <p>Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan.</p> <p>En los casos que no son emergencias, el plan puede pagar para solicitar una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud.</p> <p>Se requiere autorización previa únicamente para una ambulancia que no sea de emergencia.</p>	\$0
	<p>Consulta preventiva anual</p> <p>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.</p> <p>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”.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Medición de masa ósea</p> <p>El plan pagará por ciertos procedimientos para los miembros que pueden recibir los beneficios del programa (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>El plan 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.</p>	\$0
	<p>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses. 	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)*</p> <p>El plan 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.</p> <p>El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0
	<p>Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (tratamiento de enfermedades del corazón)</p> <p>El plan paga por una consulta anual a su proveedor de cuidados primarios para ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, es posible que su médico haga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hable sobre el uso de la aspirina, • mida su presión arterial, o • le dé consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente. 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>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.</p>	\$0
	<p>Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	\$0
	<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. • El plan pagará solo por otros servicios quiroprácticos que sean médicamente necesarios. • Para que se cubran otros servicios quiroprácticos, debe tener un problema de salud significativo como una afección neuromuscular. • No están cubiertos los servicios quiroprácticos para enfermedades no relacionadas directamente con la columna, como artritis reumatoide, distrofia muscular, esclerosis múltiple (MS), neumonía y enfisema. • Molina Dual Options solo reembolsará la subluxación espinal. 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia 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 fecal inmunoquímica cada 12 meses. • Examen de detección colorrectal basado en ADN, cada 3 años. <p>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.</p> <p>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 sigmoidoscopia).</p>	\$0
	<p>Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubrirá dos intentos para dejar el tabaco con asesoramiento en un periodo de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan 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. <p>También puede llamar a la Línea para Dejar de Fumar de S.C., disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al (800) 784-8669 para participar en una capacitación de carácter individual y acceder a un plan personalizado para dejar de fumar.</p> <p>El plan ofrece 8 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco además de su beneficio de Medicare.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Servicios dentales</p> <p>Molina Dual Options cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos orales. • Procedimientos dentales relacionados con lo siguiente: • Trasplantes de órganos. • Oncología. • Radiación en la cabeza y/o el cuello para el tratamiento del cáncer. • Quimioterapia para el tratamiento del cáncer. • Reemplazo total de articulaciones. • Reemplazo de válvula cardíaca. • Tratamiento de trauma realizado en un hospital o centro de cirugía ambulatoria. <p>Molina Dual Options también cubre servicios dentales ilimitados hasta \$4,000 por año. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales preventivos como exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con fluoruro y radiografías dentales. • Servicios de cuidado dental integral*. <p>Los miembros recibirán una tarjeta de débito My Molina MyChoice cargada con el monto de la asignación anual, la cual puede utilizar en cualquier centro con un proveedor dental. Los montos no utilizados no se transferirán al año siguiente.</p> <p>El plan de servicios dentales cubiertos se ofrece además de los beneficios dentales Healthy Connections Medicaid. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>	\$0
	<p>Examen de detección de depresión</p> <p>El plan pagará por un examen de detección de la depresión una vez por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y remisiones.</p>	\$0



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Examen de detección de diabetes</p> <p>El plan pagará por este examen preventivo (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión). • Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia). • Obesidad. • Historial de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa). <p>Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos otros casos, como por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Dependiendo de los resultados de las pruebas, podría calificar hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Suministros, servicios y entrenamiento para la autogestión de la diabetes</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales para comprobar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes:* <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un monitor de glucosa en sangre. ◦ Tiras de prueba de glucosa en sangre. ◦ Lancetas y dispositivos para lancetas. ◦ Soluciones para control de 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:* <ul style="list-style-type: none"> ◦ un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas cada año 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). <p>El plan también pagará por el ajuste de zapatos terapéuticos moldeados o zapatos de profundidad personalizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará por el entrenamiento para ayudarlo a controlar su diabetes, en algunos casos. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Es elegible para los Servicios de control de la diabetes si su proveedor determina que esto lo ayudará. ◦ Tiene una limitación de 10 horas de educación sobre diabetes durante su vida. 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados*</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>(Para ver una definición de “Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME)”, consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Están cubiertos los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas. • Muletas. • Sistemas de colchones eléctricos. • Suministros para diabéticos. • Camas de hospitales pedidas por un proveedor para su uso en el hogar. • bomba de infusión intravenosa (IV). • Dispositivos de asistencia para el habla. • Equipos y suministros de oxígeno. • Nebulizadores. • Andadores. <p>Otros elementos pueden estar cubiertos.</p> <p>Pagaremos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y Healthy Connections Medicaid suelen pagar. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted.</p> <p>Como miembro de Molina Dual Options, nuestro plan alquilará la mayoría de los elementos de DME para usted por un máximo de 10 meses. En algunos casos, pueden ser 13 meses. Al final del periodo de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo DME a usted, y se considera comprado. Es posible que nuestro plan pague los cargos de mantenimiento.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia significa los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y • necesarios para el tratamiento de una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riesgo grave para su salud; o • daño grave en las funciones corporales; o • provocar una falla grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. <p>Los servicios de emergencia están cubiertos solo cuando los obtenga dentro de los EE. UU.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante hospitalización después de que su emergencia se haya estabilizado, debe obtener atención en un hospital o centro dentro de la red. Si no, su proveedor tratante o proveedor de cuidados primarios determinarán cuando esté lo suficientemente estable para moverse o recibir atención en un hospital o centro de atención de la red. Su médico puede llamar a Molina Dual Options o a su Coordinador de Cuidados para obtener asistencia.</p>



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>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.</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico. • Métodos de planificación familiar. • Suministros de planificación familiar con receta médica (condones). • Asesoramiento y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), HIV/AIDS y otras condiciones relacionadas con el HIV. • Tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS). • Esterilización voluntaria (debe tener 21 años de edad o más, y debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Por lo menos 30 días, pero no más de 180 días, deben transcurrir entre la fecha en que usted firme el formulario y la fecha de la cirugía). <p>El plan también pagará por algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá recurrir a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para afecciones médicas de infertilidad. • Tratamiento para el AIDS y otras condiciones relacionadas con el HIV. • Pruebas genéticas*. 	<p>\$0</p>



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>El plan tiene una gama de actividades de programas de educación de salud y bienestar para los miembros, sus familiares y otros cuidadores informales. Algunos ejemplos de temas que se pueden incluir son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autogestión para afecciones crónicas. • Dejar de fumar. • Prevención de caídas. • Apoyo para el cuidador. • Nutrición. • Abuso de alcohol y drogadicción. • Control de sus medicamentos. • Ejercicio físico. • Planificación de la enfermedad. • Preparación para emergencias. <p>Ofrecemos muchos programas que se centran en ciertas condiciones de salud. Algunas de ellas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud. • Beneficio nutricional/dietético: hasta 12 sesiones de asesoramiento nutricional por teléfono, de entre 30 y 60 minutos cada una. Asesoramiento nutricional telefónico individual a solicitud. • Control de enfermedades mejorado. • Servicios de telemonitorización. • Línea directa de enfermería. • Evaluación de seguridad en el hogar. • Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta. <p>Control de enfermedades</p> <p>Si usted vive con una afección de salud crónica, Molina Dual Options puede ser de ayuda. Estos programas se ofrecen sin costo alguno. Incluyen materiales de aprendizaje, consejos y recomendaciones de cuidado.</p> <p style="text-align: right;">(continúa en la siguiente página)</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)</p> <p>Los programas para el control de enfermedades de Molina Dual Options son especialmente de ayuda si tiene una afección médica difícil de controlar que requiere más atención.</p>	
	<p>Servicios de audición</p> <p>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 aprobado.</p> <p>Examen de audición rutinario (1 por año)</p> <p>Ajuste/evaluación para aparatos auditivos (1 cada dos años)</p> <p>Molina Dual Options paga hasta \$1,500 por año para aparatos auditivos*.</p> <p>Para servicios de aparatos auditivos: Los miembros deben contactar a HearUSA para los exámenes de audición y aparatos auditivos. Para encontrar un proveedor participante de HearUSA, llame al 1-855-823-4632, TTY: 711, o visite www.hearusa.com.</p> <p>Si tiene un implante coclear o un dispositivo auditivo implantado quirúrgicamente, el plan paga por las piezas de reemplazo.</p>	\$0
	<p>Examen de detección de HIV</p> <p>El plan paga por un examen de detección de HIV cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soliciten una prueba de detección de HIV o • tengan mayor riesgo de infección por HIV. <p>Los miembros que tienen HIV o AIDS pueden obtener servicios adicionales si participan en <i>un</i> programa de renuncia de Atención a Largo Plazo de la Comunidad (CLTC). Consulte el Capítulo 4, Sección E, para obtener más información sobre los servicios para los miembros que pueden recibir los beneficios del programa.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Cuidado de una agencia de atención médica a domicilio*</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios médicos domiciliarios, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de un asistente de atención en el domicilio de tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de un asistente de atención en el domicilio combinados que recibe deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipo y suministros médicos (incluyen, entre otros, suministros para incontinencia). 	\$0
<p>Terapia de infusiones en el hogar</p> <p>El plan pagará por la terapia de infusiones en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados por vía intravenosa o subcutánea, que se le proporcionarán en su casa. Para realizar las infusiones en el hogar, se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. <p>El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluso los servicios de enfermería que se prestan de conformidad con su plan de cuidado; • entrenamiento 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 aprobado para brindar este tipo de tratamientos. 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Cuidado paliativo</p> <p>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 cuidado paliativo puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan pagará por lo siguiente mientras usted esté recibiendo servicios en un centro de cuidado paliativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas. • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo. • Atención a domicilio. <p>Los servicios de cuidado paliativo y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección G en este capítulo para obtener más información. <p>En el caso de los servicios que están cubiertos por Molina Dual Options, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molina Dual Options cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan cubrirá los servicios que estén relacionados o no con su enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Molina Dual Options:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el cuidado paliativo y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. <p>Nota: Si necesita un cuidado distinto al cuidado paliativo, debe llamar a su Coordinador de Cuidados para coordinar los servicios. El cuidado distinto al cuidado paliativo es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.</p>	<p>\$0</p> <p>Cuando se encuentra en un programa de cuidado paliativo certificado por Medicare, Medicare se encarga de pagar los servicios de cuidados paliativos y los servicios de Medicare Parte A y B relacionados con su enfermedad terminal. Molina Dual Options no paga por sus servicios.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Inmunizaciones</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Inyección contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B. • Vacunas contra el COVID-19. <p>El plan pagará por otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de Healthy Connections Medicaid o Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6 para obtener más información.</p>	\$0
	<p>Suministros de incontinencia*</p> <p>El plan pagará por suministros de incontinencia si su médico considera que los necesita. Las cantidades y frecuencias de los suministros se determinan por su nivel de incontinencia.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Terapia de infusión*</p> <p>El plan cubre bombas de infusión (y algunos medicamentos utilizados en las bombas de infusión) que el médico receta para utilizar en su hogar.</p> <p>Si no desea recibir terapia de infusión en el consultorio de un médico u hospital, puede utilizar un centro de infusión. Consulte la lista de centros de infusión en el Directorio de Proveedores y Farmacias. En un centro de infusión, puede recibir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia. • Hidratación. • Inmunoglobulina intravenosa (IGIV). • Sangre y hemoderivados. • Antibióticos. • Punción intratecal/lumbar. • Inhalación. • Flebotomía terapéutica. <p>Un médico estará en el lugar en el centro de infusión en caso de que haya emergencias médicas.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención en hospital para pacientes internados*</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es 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 para pacientes internados por abuso de sustancias. • Sangre, incluyendo su conservación y administración. • 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. <p>El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.</p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es un candidato para un trasplante.</p> <p style="text-align: right;">(continúa en la siguiente página)</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener aprobación del plan para continuar recibiendo atención durante hospitalización en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.</p>



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Atención en hospital para pacientes internados* (continuación)</p> <p>Si el Molina Dual Options provee servicios de trasplante fuera del patrón de atención para su comunidad y si es aprobado por Molina Dual Options para obtener el trasplante ahí, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</p>	
	<p>Atención mental para pacientes internados*</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión para servicios de una Institución de enfermedades mentales (IMD).</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará por servicios de atención médica mental que requieren de una estadía en el hospital. • Hay un límite vitalicio de 190 días para la atención mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Después de que utilice sus 190 días, estos servicios estarán disponibles en una Institución para Enfermedades Mentales (IMD). <ul style="list-style-type: none"> ◦ Una IMD se define como una institución dedicada principalmente a brindar diagnóstico, tratamiento o atención a personas con enfermedades mentales, incluidas la atención médica, la atención de enfermería y servicios relacionados. ◦ Un centro es una IMD si se determina por su naturaleza en general, como en el caso de los centros que se establecen y mantienen principalmente para la atención y el tratamiento de personas con enfermedades mentales. 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Hospitalizaciones: Los servicios cubiertos en un hospital o Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta*</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Si su estadía en el hospital no es razonable y necesaria, el plan no pagará por esta.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, el plan pagará por los servicios que obtenga mientras se encuentre en el hospital o en una residencia para ancianos. El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos. • Pruebas de diagnóstico, tales como pruebas de laboratorio. • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones. • Aparatos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluyendo reemplazo o reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> ◦ sustituyen la totalidad o parte de un órgano interno (incluidos los tejidos contiguos) o ◦ sustituyen la totalidad o parte de la función de un órgano interno dañado o que no funciona bien. • Ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello, amarres y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones necesarias debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>\$ 0 para la mayoría de los elementos</p> <p>\$0 para protésicos, dispositivos ortóticos y suministros médicos cubiertos solo por Healthy Connections Medicaid</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Servicios de Institución para enfermedades mentales (IMD) para personas de 65 años de edad o más Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión. Una institución para enfermedades mentales (IMD) es una institución dedicada principalmente a brindar diagnóstico, tratamiento o atención de personas con enfermedades mentales, incluida la atención médica, atención de enfermería y servicios relacionados. Un centro es una IMD si se determina por su naturaleza en general, como en el caso de los centros que se establecen y mantienen principalmente para la atención y el tratamiento de personas con enfermedades mentales.</p>	\$0
	<p>Materiales y servicios para enfermedades renales El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones 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 apoyo 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. <p>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” de esta tabla.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS)*</p> <p>Los beneficios de los LTSS se ofrecen a todos los miembros del plan como médicamente necesarios. Pueden aplicarse reglas de autorización. Comuníquese con su Coordinador de Cuidados para obtener información sobre cómo obtener acceso a estos servicios y a los proveedores disponibles en su comunidad. Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería y atención diurna para adultos. • Administración de casos y coordinación de estos servicios de renuncia. • Servicios de compañía. • Comidas entregadas en el domicilio. • Adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampa, control de pestes, equipo de seguridad para la tina). • Asistencia de cuidado personal. • Sistema personal de auxilio para emergencias. • Medicamentos recetados. • Servicios privados de enfermería. • Algunos suplementos nutricionales. • Equipos y suministros médicos especializados. • Alivio provisional para su cuidador (en un centro de enfermería o en su hogar). • Reemplazo provisional para su cuidador de atención médica en un Centro de atención residencial comunitaria (CRCF) o centro hospitalario (centro de enfermería u hospital). • Transporte hacia atención diurna para adultos. 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Examen de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará un examen preventivo de cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 55 y 77 años, y • tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor aprobado, y • ha fumado al menos un 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. <p>Después del primer examen preventivo, el plan pagará por otro examen preventivo cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor aprobado.</p>	\$0
	<p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>El plan cubrirá las tres horas de los servicios de consejería 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 consejería personal cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año, si su tratamiento es necesario el próximo año natural.</p>	\$0
	<p>Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará por los servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona entrenamiento práctico en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio de dieta a largo plazo y • aumento de actividad física y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B*</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según Medicare Parte B. Molina Dual Options cubrirá los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo y se inyectan o se infunden mientras obtiene servicios 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 medicamento 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. <p>También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe seguir para contar con la cobertura de recetas médicas.</p> <p>El Capítulo 6 explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.</p>	<p>\$0</p>



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Atención médica en un centro de enfermería*</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Su plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería: todos los servicios de enfermería para responder a todas las necesidades del residente. • Servicios especiales: asistencia de trabajadores sociales, actividades planificadas y diversas terapias. • Servicios personales: asistencia para comer, vestirse, funciones higiénicas, baños, etc. • Habitación y alimentación: alojamiento semiprivado o en sala. • Equipo de seguridad y tratamiento: sillas de ruedas, equipo de infusión, silla con inodoro, etc. • Medicamentos: medicamentos de venta libre (excepto insulina). • Suministros médicos y oxígeno: equipo de oxígeno para terapia de inhalación, catéteres, apósitos, etc. <p>Los servicios que no están cubiertos incluyen servicios de médico, laboratorio/radiografías, servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios, medicamentos recetados, etc.</p> <p>Tenga en cuenta que la atención en centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) está cubierta en su propio grupo en esta tabla.</p>	<p>Comuníquese con su Coordinador de Cuidados para saber si necesitará realizar algún aporte para su atención médica en un centro de enfermería.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Servicios de transición en residencias para ancianos* Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Los servicios de transición a una residencia para ancianos están disponibles si está en una residencia para ancianos y desea volver a su comunidad. Los servicios ayudan si tiene una discapacidad o afección de salud mental. Los siguientes servicios están disponibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de dispositivos que proporcionan los dispositivos necesarios. • Mobiliario para establecer un hogar en la comunidad. • Asistencia por única vez con el alquiler o los servicios públicos. <p>El programa Home Again está diseñado para ayudar a las personas que han vivido en una residencia para ancianos y desean volver a la comunidad. Si vivió en un centro de cuidados durante al menos 90 días, puede recibir los beneficios del programa y obtener los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de la transición. • Intervención de crisis. • Servicios de empleo ampliados. • Dispositivos de asistencia ampliados. • Bienes y servicios ampliados. • Sensores inalámbricos. • Servicios para vivir en la comunidad. • Enfermedad de atención guiada. • Animales de servicio. <p>Si piensa que puede recibir los beneficios del programa, hable con su Coordinador de Cuidados.</p>	\$0
	<p>Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, 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 cuidados primarios para obtener más información.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Servicios de programas para tratamiento de opioides (Opioid treatment program, OTP)</p> <p>Con el plan, se pagarán los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión. • Pruebas periódicas. • 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
	<p>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios técnicos.* • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos.* • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones.* • Pruebas de laboratorio. • Sangre, lo que incluye almacenamiento y administración*. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias.* 	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</p> <p>El plan cubre los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los servicios de observación permiten que el médico sepa si es necesario 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. 	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención médica mental ambulatoria*</p> <p>El plan pagará por los servicios de salud mental proporcionados por los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un médico o un psiquiatra autorizado por el estado, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un enfermería clínica especializada, • una enfermera especializada, • un médico asociado, • un terapeuta matrimonial y familiar autorizado, • un terapeuta profesional autorizado o • cualquier otro profesional de atención médica mental aprobado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos. • Tratamiento durante el día. • Servicios de rehabilitación psicosocial. <p>Los servicios de hospitalización, tratamiento por día y rehabilitación psicosocial requieren la autorización de Molina Dual Options. Comuníquese con Molina Dual Options al 1-855-735-5831 para obtener más información.</p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios*</p> <p>El plan pagará por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Los servicios de fisioterapia deben mejorar o restaurar su función física y evitar lesiones, deficiencias y discapacidades después de una enfermedad, lesión o pérdida de una parte del cuerpo.</p> <p>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.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Servicios Ambulatorios para el Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias</p> <p>Molina Dual Options paga por servicios ambulatorios de rehabilitación de alcohol y drogas (A&D). Estos servicios están disponibles a través del Departamento de Servicios para el Abuso de Alcohol y Otras Drogas de Carolina del Sur (Department for Alcohol and Other Drug Abuse Services, DAODAS). También dispone de gestión de crisis si experimenta un trauma emocional, físico y/o psicológico. Medicare Parte B ayuda a pagar por los servicios ambulatorios de tratamiento de abuso de sustancias del departamento ambulatorio de una clínica u hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia. • Educación para pacientes. • Cuidado de seguimiento si deja el hospital. • Medicamentos recetados durante una internación hospitalaria o los medicamentos inyectados en el consultorio de un médico. • Examen de detección y asesoramiento preventivos. 	\$0
	<p>Cirugía ambulatoria*</p> <p>El plan pagará por servicios y cirugía ambulatoria en centros de salud para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Usted obtiene \$100 cada trimestre para gastar en elementos, productos y medicamentos de venta libre (over the counter, OTC) aprobados por el plan.</p> <p>Su cobertura incluye productos de salud y bienestar de venta libre sin receta médica como vitaminas, bloqueadores solares, analgésicos, medicinas para la tos y el catarro, y vendas.</p> <p>Puede ordenar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En línea: visite NationsOTC.com/Molina. • Por teléfono: llame al (877) 208-9243 para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros de Nations OTC en (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el Catálogo de artículos OTC. • Tarjeta de débito OTC: en las tiendas minoristas participantes. <p>Consulte su Catálogo de artículos OTC del 2022 para obtener una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a una persona de soporte de OTC para obtener más información. Encontrará información importante (pautas de pedido) en el Catálogo de artículos OTC del 2022.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted recibe \$100 cada trimestre para gastar en elementos, productos y medicamentos de venta libre (over the counter, OTC) aprobados por el plan.</p> <p>Un trimestre o un periodo trimestral tienen una duración de 3 meses. Los periodos trimestrales para obtener sus beneficios de OTC cubiertos son los que se indican a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De enero a marzo. • De abril a junio. • De julio a septiembre. • De octubre a diciembre. <p>Los \$100 que obtiene cada trimestre caducan al final del periodo trimestral. No se transfiere al siguiente periodo trimestral, así que asegúrese de gastar cualquier monto que no haya utilizado antes del final del trimestre.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Cuidado paliativo* Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Los cuidados paliativos son cuidados de atención médica especializada para personas con enfermedades serias. Este tipo de atención se enfoca en proporcionar a los pacientes un alivio de los síntomas, dolor y estrés de la enfermedad seria. La meta es mejorar la calidad de vida tanto para el paciente como para la familia.</p> <p>El cuidado paliativo es proporcionado por un equipo que puede incluir médicos, enfermeras, trabajadores sociales, capellanes y otros que trabajen con los otros médicos del paciente para proporcionar una capa adicional de apoyo. El equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablará con los miembros acerca de lo que más importa para ellos. • Evaluará y administrará el dolor y otros síntomas. • Abordará necesidades psicológicas y espirituales de los miembros y de sus familias. • Ofrecerá apoyo para ayudar a los miembros a vivir lo más plenamente posible. • Ofrecerá un sistema de apoyo para ayudar a la familia a afrontar la enfermedad del miembro. <p>El cuidado paliativo es apropiado a cualquier edad y en cualquier estado en una enfermedad seria, puede ser proporcionado junto con un tratamiento curativo.</p>	\$0
<p>Servicios de hospitalización parcial *</p> <p>El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intensivo que el cuidado que usted recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Puede ayudarlo a evitar que deba permanecer en el hospital.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en lugares tales como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Consultorio del médico. ◦ Centro de cirugía ambulatoria certificado.* ◦ Departamento de pacientes ambulatorios del hospital.* • Asesoría, diagnóstico, y tratamiento por un especialista. Vea a su proveedor de cuidados primarios para una remisión antes de visitar a un especialista. • Exámenes de audición y equilibrio básicos proporcionados por su especialista, si su médico los solicita, para determinar si necesita tratamiento • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los proveedores de cuidados primarios <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ◦ Las visitas médicas virtuales son consultas médicas ofrecidas fuera de los centros médicos por parte de proveedores virtuales que utilizan tecnología en línea y recursos de audio/video en vivo. Llame a Molina Dual Options al (844) 800-5155 TTY: 711 para acceder a las consultas virtuales. ◦ 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. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página</p>	<p>\$0</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente. • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo y ◦ la revisión no está relacionada con una visita al consultorio de los últimos 7 días y ◦ la revisión 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 y/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: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo y ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio de los últimos 7 días y ◦ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud si usted no es un paciente nuevo <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nota: No todas las condiciones médicas se pueden tratar por medio de consultas virtuales. El médico que ofrece la consulta virtual determinará si usted necesita consultar a un médico en persona para recibir tratamiento. <p style="text-align: right;">(continúa en la siguiente página)</p>	



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una segunda opinión por otro proveedor de la red antes de realizar un procedimiento médico • Atención dental no rutinaria* Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, ◦ ajustes de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, ◦ extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación de cáncer neoplásico o ◦ servicios que estarían cubiertos al ser suministrados por un médico. 	
	<p>Servicios de podología*</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón). • Cuidado de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes. 	\$0
	<p>Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres, el plan pagará por los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen rectal digital. • Examen de un antígeno prostático específico (PSA). 	\$0



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados*</p> <p>Los dispositivos ortopédicos reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. El plan pagará por los siguientes dispositivos ortopédicos y tal vez otros dispositivos que no aparecen aquí si su proveedor obtiene la autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y materiales relacionados con el cuidado de la colostomía. • Marcapasos. • Aparatos ortopédicos. • Zapatos ortopédicos. • Piernas y brazos artificiales. • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). <p>El plan también pagará por algunos materiales relacionados con dispositivos ortopédicos. Ellos también pagarán para reparar o reemplazar los dispositivos ortopédicos.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de quitar las cataratas o después de la cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado para la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p> <p>El plan no pagará dispositivos ortopédicos dentales.</p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>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.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)</p> <p>El plan cubrirá los exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer ITS. Un proveedor de cuidados primarios debe ordenar las pruebas. Cubriremos estas pruebas una vez cada 12 meses.</p> <p>El plan también cubrirá hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de elevada intensidad cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer 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 cuidados primarios. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención médica primaria, como, por ejemplo, el consultorio de un médico.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención en centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)*</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Nuestro plan cubre las internaciones en un SNF dentro y fuera de Medicare sin que se requiera una hospitalización previa.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada, o habitación privada si es 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. • 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. <p>Por lo general, usted obtendrá su cuidado de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su cuidado en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago:</p> <p style="text-align: center;">(continúa en la siguiente página)</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Atención en centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia para ancianos o una comunidad de cuidado continuo para jubilados 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) o pareja vive en el momento en que usted abandona el hospital. • Tenga en cuenta que la atención médica en un centro de enfermería está cubierta en su propio grupo en esta tabla. 	
	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>El programa de SET debe ser de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • En un ámbito ambulatorio hospitalario o en el consultorio del médico. • Realizado por personal aprobado 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
<p>Administración de casos específicos (Targeted Case Management, TCM) Las actividades de TCM se aseguran que sus necesidades médicas, sociales, educativas y otras necesidades de servicios estén contempladas en forma permanente para que pueda volverse autosuficiente.</p> <p>Para obtener TCM, tiene que estar en uno de los siguientes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con discapacidades intelectuales y relacionadas. • Adultos con una enfermedad mental grave y persistente. • Personas con trastorno de sustancias psicoactivas. • Adultos con deficiencias funcionales. • Personas con deficiencias sensoriales. • Personas con lesiones en la cabeza y la columna vertebral y discapacidades relacionadas. <p>TCM está disponible solo durante los últimos 180 días en los que está en una institución y pasa a un entorno comunitario. Las personas que pasan a una renuncia no son elegibles para TCM. Hable con su Coordinador de Cuidados o PCP sobre cómo obtener los servicios de TCM.</p>	<p>\$0</p> <p>No se requiere remisión o autorización para inscribirse en TCM. Algunos servicios prestados a los miembros de acuerdo con TCM pueden requerir autorización y remisión. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más detalles.</p>



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Telemedicina Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>El plan cubre algunos servicios médicos o de salud que utilizan audio o video en tiempo real con un proveedor que no está en su ubicación.</p> <p>Estos servicios están disponibles en algunas áreas rurales, en determinadas condiciones, y solo si se encuentra en uno de los siguientes lugares: un consultorio de un médico, hospital, clínica de salud rural, centro de salud con acreditación federal, centro hospitalario de diálisis, centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) o centro comunitario de salud mental.</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos con un sistema de telecomunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta. • Visitas al consultorio. • Psicoterapia individual. • Administración de recetas médicas. • Exámenes y pruebas de entrevistas de diagnóstico psiquiátrico. <p>Los servicios tales como conversaciones telefónicas, mensajes de correo electrónico y videollamadas por teléfono celular no están cubiertos.</p> <p>Se proporciona tele-psiquiatría en forma limitada a través del Departamento de Salud Mental en asociación con más de 20 salas de emergencias de hospitales en el estado.</p>	<p>\$0</p>



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Atención médica requerida urgentemente</p> <p>Atención médica requerida urgentemente es la atención proporcionada para el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un caso que no es de emergencia, o • una enfermedad médica repentina, o • una lesión, o • una afección que requiere atención inmediata. <p>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.</p> <p>El cuidado urgente está cubierto solo cuando obtiene los servicios en los EE.UU.</p>	\$0



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Cuidado para la vista</p> <p>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. Medicare no cubre exámenes periódicos de los ojos para anteojos o lentes de contacto.</p> <p>Healthy Connections Medicaid cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para una enfermedad o lesión de la vista. • Reemplazo inicial de la lente debido a una cirugía de cataratas. <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, • personas con diabetes, • afroamericanos de 50 años o mayores, e • hispanoamericanos de 65 años o mayores. <p>El plan 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).</p> <p>El plan cubrirá servicios para la vista ilimitados hasta \$300 por año*. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista rutinarios, lentes de contacto, anteojos, lentes de anteojos, monturas de anteojos y reemplazos. <p>Los miembros recibirán una tarjeta de débito My Molina MyChoice cargada con el monto de la asignación anual, la cual puede utilizar en cualquier centro con un proveedor oftalmológico. Los montos no utilizados no se transferirán al año siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



	Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
	<p>Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre una consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” por única vez. La consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento acerca de los servicios médicos preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes y vacunas) y • remisiones para atención adicional si la necesita. <p>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.</p>	\$0

E. Servicios de renuncia operados por la Atención a Largo Plazo en la Comunidad (Community Long Term Care, CLTC) que paga nuestro plan

Los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long Term Services and Supports, LTSS) ayudan a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. Los LTSS pueden ayudarlo con las tareas cotidianas, como bañarse, vestirse y preparar la comida. La mayoría de estos servicios son proporcionados en su hogar o en su comunidad, pero podrían ser proporcionados en una residencia para ancianos o en un hospital.

Los LTSS están disponibles de los miembros en determinados programas de renuncia administrados por la División de atención a largo plazo en la comunidad (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. El tipo y las sumas de LTSS dependen de la renuncia con la que cuente. Si cree que necesita LTSS, puede consultar a su Coordinador de Cuidados cómo acceder a ellos y si puede inscribirse a una de estas exenciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Servicios de renuncia operados por la Atención a Largo Plazo en la Comunidad (CLTC) que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de renuncia de opciones comunitarias*</p> <p>Algunos servicios pueden requerir una remisión de su proveedor.</p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para los miembros con la renuncia de opciones comunitarias. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería y atención diurna para adultos. • Transporte hacia atención diurna para adultos. • Administración de casos y coordinación de estos servicios de renuncia. • Servicios de compañía. • Comidas entregadas en el domicilio. • Adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampa, control de pestes, equipo de seguridad para la tina). • Asistencia de cuidado personal. • Sistema personal de auxilio para emergencias. • Algunos suplementos nutricionales. • Equipos y suministros médicos especializados. • Reemplazo provisional para su cuidador de atención médica en un Centro de atención residencial comunitaria (CRCF) o centro hospitalario (centro de enfermería u hospital). 	\$0
<p>Servicios de renuncia para HIV/AIDS*</p> <p>Algunos servicios pueden requerir una remisión de su proveedor.</p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para los miembros con la renuncia para HIV/AIDS. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <p style="text-align: center;">(continúa en la siguiente página)</p>	\$0



Servicios de renuncia operados por la Atención a Largo Plazo en la Comunidad (CLTC) que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de renuncia para HIV/AIDS* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de casos y coordinación de estos servicios de renuncia. • Servicios de compañía. • Comidas entregadas en el domicilio. • Adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampa, control de pestes, equipo de seguridad para la tina). • Asistencia de cuidado personal. • Servicios privados de enfermería. • Algunos suplementos nutricionales. 	
<p>Servicios de renuncia para dependientes de ventilación mecánica*</p> <p>Algunos servicios pueden requerir una remisión de su proveedor.</p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para los miembros con la renuncia para dependientes de ventilación mecánica. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de casos y coordinación de estos servicios de renuncia. • Comidas entregadas en el domicilio. • Adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampa, control de pestes, equipo de seguridad para la tina). • Asistencia de cuidado personal. • Sistema personal de auxilio para emergencias. • Servicios privados de enfermería. • Algunos suplementos nutricionales. • Equipos y suministros médicos especializados. • Alivio provisional para su cuidador (en un centro de enfermería o en su hogar). 	\$0

F. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options

Molina Dual Options no cubre los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicare. Puede recibir estos servicios de la misma manera que lo hace en la actualidad.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



F1. 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 cuidado paliativo 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 centros de cuidado paliativo.

Para los servicios de cuidado paliativo 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.

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

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el cuidado paliativo y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: Si necesita un cuidado distinto al cuidado paliativo, debe llamar a su Coordinador de Cuidados para coordinar los servicios. El cuidado distinto al cuidado paliativo es el que no está relacionado con su enfermedad terminal.

Molina Dual Options no cubre algunos servicios, pero están disponibles a través de Healthy Connections Medicaid. Puede recibir estos servicios de la misma manera que lo hace en la actualidad.

F2. Servicios dentales

A través de Healthy Connections Medicaid, aún es elegible para diagnósticos (evaluación oral y radiografías), atención médica preventiva (limpieza anual), atención reconstituyente (empastes) y atención de cirugía (extracciones/remociones) con un pago por servicio, con un copago de \$3.40. Además, Molina Dual Options cubre beneficios preventivos e integrales adicionales a la cobertura dental de Healthy Connections Medicaid. Comuníquese con su Coordinador de Cuidados para obtener más información.

F3. Transporte médico que no sea de emergencia

Se dispone de asistencia de transporte hacia y desde cualquier cita médica con un copago de \$0. El tipo de asistencia dependerá de la situación médica del miembro. Las solicitudes urgentes o en el

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



mismo día (como asistencia de transporte para altas hospitalarias de rutina) se verificarán con los proveedores de atención médica para confirmar que el plazo reducido es médicamente necesario.

Cualquier miembro que necesite transporte de emergencia debe llamar al 911.

Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de cuidados o consulte el folleto para miembros que se encuentra en el sitio web del proveedor de transporte: memberinfo.logisticare.com/smember/Downloads. Si tiene más preguntas, comuníquese con el proveedor de transporte, cuya información de contacto correspondiente a su región aparece en el folleto para miembros.

G. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare o Healthy Connections Medicaid

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

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

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que figuran en esta sección (o en cualquier otro lugar en este *Manual del Miembro*), 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, **los siguientes productos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:**

- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna según las pautas de cobertura de Medicare.
- 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.
- Sin embargo, la atención odontológica necesaria para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierta como atención médica ambulatoria o de pacientes internados.
- 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.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o estén bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida. Sin embargo, el plan pagará por anteojos después de la cirugía de cataratas.
- Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Suministros anticonceptivos no recetados.
- 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.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o residencia para ancianos, tales como teléfono o televisor.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Atención podológica de rutina, excepto por la cobertura limitada provista según las pautas de Medicare.
- Servicios considerados como no “justificados ni necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare y Healthy Connections Medicaid, a menos que estos servicios figuren en la lista de servicios cubiertos por nuestro plan.
- Servicios prestados a veteranos en centros de Servicios a Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos para el VA son mayores que los costos compartidos conforme a nuestro plan, realizaremos el reembolso de la diferencia al veterano. Los miembros siguen siendo responsables de su suma de costos compartidos.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando es médicamente necesario y Medicare paga por el mismo.



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

Introducción

En este capítulo, se explican las reglas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor receta para usted y que usted obtiene de una farmacia o por pedido de correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y Healthy Connections Medicaid. 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. Entre ellos, se incluyen algunos medicamentos que se le suministran mientras se encuentra en un hospital o residencia para ancianos.
- 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 obtener más información sobre qué 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 doctor u otro proveedor debe emitir su receta médica. Por lo general, esta persona es su proveedor de cuidados primarios (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo remitió.
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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Tabla de contenidos

A. Cómo surtir sus recetas médicas	101
A1. Una farmacia de la red le surtirá su receta médica	101
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica	101
A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red	101
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red	101
A5. Cómo usar una farmacia especializada	102
A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos	102
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	103
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan	104
A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica	104
B. Lista de medicamentos del plan	104
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos	104
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos	105
B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos	105
B4. Categorías de la Lista de medicamentos	106
C. Límites para algunos medicamentos	106
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	108
D1. Obtener un suministro temporal	108
D2. Cómo solicitar un suministro provisional	109
D3. Solicitar una excepción	110
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	110
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	112
F1. Si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan	112
F2. Si usted está en un centro de atención a largo plazo	112
F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare	112



G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	113
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura	113
G2. Programas para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos	113
G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura	114



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.

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 reembolsemos 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 médica, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Coordinador de Cuidados.

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

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

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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 obtener sus 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, por una afección 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 90 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

Cómo surtir sus recetas médicas por correo

Para solicitar formularios de pedido e información acerca de cómo surtir sus recetas médicas por correo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, o puede visitar www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Por lo general, recibirá una receta médica por correo dentro de los siguientes 14 días. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir un suministro provisional de su receta médica al 1-855-735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Proceso para pedidos 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 otro momento.

- 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 renovación automática. 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 presente 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, contáctenos al Departamento de Servicios para Miembros, al 1-855-735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Para que la farmacia pueda contactarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de que la farmacia conozca la mejor forma de contactarse con usted. La farmacia se pondrá en contacto por teléfono al número que usted haya provisto. Es importante asegurarse de que nuestra 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, debido a una condición médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro 90 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes. El *Directorio*

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

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

Por lo general, pagamos por medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar 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.

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 reembolsemos el dinero.

Para conocer más sobre este tema, consulte el Capítulo 7.

B. Lista de medicamentos del plan

El plan tiene una Lista de medicamentos.

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

En la Lista de medicamentos, se incluyen los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y algunos medicamentos con receta médica y de venta libre, y elementos cubiertos por los beneficios de Healthy Connections Medicaid.

En la Lista de medicamentos, se incluyen los medicamentos de marca, como BYSTOLIC, y los medicamentos genéricos, como *metropolol*. Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Por lo general, funcionan igual de bien que los medicamentos de marca y por lo general cuestan menos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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 nuestra página web que figura al final de la página. La Lista de medicamentos que se publica en nuestra página web siempre es la más actualizada.
- Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número al final de la página 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. Estos se llaman **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 Healthy Connections Medicaid) no puede pagar por un medicamento que ya está cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o la 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 ciertas referencias médicas como un tratamiento para su condición. Su doctor 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra[®], Cialis[®], Levitra[®] y Caverject[®]
- Medicamentos 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 uno de tres (3) niveles. Una categoría es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos y de venta libre).

- Los medicamentos del nivel 1 son medicamentos genéricos. Por los medicamentos del nivel 1, usted no paga nada.
- Los medicamentos del nivel 2 son los medicamentos de marca. Por los medicamentos del nivel 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 del nivel 3, usted no paga nada.

Para conocer en qué nivel se encuentra su medicamento, consulte la Lista de Medicamentos del plan. En el Capítulo 6, se indica el monto que usted paga por los medicamentos en cada categoría.

C. Límites para algunos medicamentos

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Cubierto por Medicare B o D (B/D): este medicamento puede estar cubierto por Medicare Parte B o Parte D, según las circunstancias.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca registrada cuando hay disponible una versión genérica

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

- Por lo general, no pagaremos por el medicamento de marca registrada cuando 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 doctor 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 progresiva.

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.

Descubra si estas reglas se aplican 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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página o revise nuestro sitio web que figura al final de la página.

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:
 - Usted estuvo en el plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 180 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 180 días de su membresía del 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 sea 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 180 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro Formulario - Lista de medicamentos o está sujeto a otras restricciones, tales como una terapia escalonada o dosis limitada, cubriremos un suministro provisional de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta médica por un número menor de días) mientras el miembro tramita una excepción de formulario. Existen excepciones disponibles en situaciones en que usted experimenta un cambio en el nivel de atención que recibe, que también requiere que realice una transición desde un centro de tratamiento a otro. En dichas circunstancias, usted sería elegible para una excepción provisional de un surtido por única vez, aunque hayan pasado los primeros 180 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 se puede utilizar 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.

D2. Cómo solicitar un suministro provisional

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

Cuando usted recibe un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar 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.

○

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- 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 puede ayudarlo a pedirla.

D3. Cómo solicitar una excepción

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

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

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

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

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de 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 progresiva con respecto a un medicamento. (Terapia progresiva significa que usted podría tener que probar un medicamento antes de 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 enteremos de que un medicamento no es seguro, o

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- un medicamento sea retirado del mercado.

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

- Consulte la Lista de Medicamentos actualizada de Molina Dual Options en nuestro sitio web que figura al final de la página o
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página

Algunos cambios a la Lista de Medicamentos 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 registrada que se encuentran en la Lista de Medicamentos actual. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca registrada 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 registrada en la lista, pero cambiar las reglas de cobertura o los límites.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información acerca del cambio específico que hicimos una vez que este ocurra.
- Usted o su proveedor puede solicitar una “excepción” a esos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede tomar para una excepción. Consulte el Capítulo 9, Sección 6, de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento saca un medicamento del mercado, lo sacaremos de la Lista de Medicamentos. Si está tomando el medicamento, le haremos saber. Comuníquese con el médico que se lo recetó si recibe una notificación.

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

- La FDA proporciona nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
 - reemplazamos un medicamento de marca registrada que actualmente está en la Lista de Medicamentos **o**
 - cambiamos las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca registrada.

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 para 30 días después de que pida una renovación.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro recetador. Pueden ayudarlo a decidir:

- si hay algún otro medicamento similar en la Lista de Medicamentos que pueda tomar en su lugar o
- si debe 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 centros de cuidado experto 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 el cuidado paliativo 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 cuidado paliativo acerca de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Para evitar demoras en recibir medicamentos que no estén relacionados, que deben ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidado paliativo 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 cuidado paliativo, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando termina el beneficio del centro de cuidado paliativo de Medicare, debe entregar la documentación a la farmacia para verificar que usted ha abandonado el centro de cuidados paliativos. Lea las partes anteriores de este capítulo que establecen las condiciones de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Para obtener más información sobre el beneficio del centro de cuidado paliativo, consulte el Capítulo 4.

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

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

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

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

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

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

Si toma medicamentos para diferentes afecciones médicas o está en un programa de manejo de medicamentos que lo ayuda a usar sus medicamentos con opioides de manera segura, usted puede ser 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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

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

Los Programas de Administración de 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 su 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 ha sufrido una sobredosis de opiáceos reciente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos con opioides o benzodiazepina recetados no es seguro, podríamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

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

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

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, así como cualquier información que considere importante que debemos saber. 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 daremos nuestra decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación en relación con las limitaciones

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Entidad de Revisión Independiente (IRE). (Para saber cómo presentar una apelación y apelar, 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 paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Healthy Connections Medicaid

Introducción

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

- Medicamentos recetados de Medicare Parte D y
- medicamentos y artículos cubiertos por Healthy Connections Medicaid y
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Healthy Connections Medicaid, obtiene "Ayuda Adicional" de Medicare para ayudarlo a pagar 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 al número que figura al final de la página. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestra página web, detallada al final de la página. 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*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- 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 aceptado 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. <i>La Descripción de Beneficios (EOB)</i>	118
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos	118
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	119
C1. Las categorías de costos compartidos del plan	119
C2. Sus opciones de farmacia	119
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	120
C4. Lo que paga usted	120
D. Vacunas	121
D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna	121



A. La Descripción de Beneficios (EOB)

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

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

Cuando obtiene sus medicamentos recetados por medio del plan, le enviamos un resumen llamado *Descripción de Beneficios*. La llamamos EOB para abreviar. En la EOB, podrá encontrar más información sobre los medicamentos que usted toma. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información del mes**. El resumen indica los medicamentos recetados que recibió. Detalla el total por costos de los medicamentos, cuánto pagó el plan, lo que usted pagó, y lo que otros pagaron por usted.
- **Información del “Año hasta la fecha”**. Este es su costo total de medicamentos y el total de los pagos realizados desde el 1.º de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Este es el precio total del medicamento y el porcentaje del cambio en el precio del medicamento desde la primera vez que lo surtió.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su recetador para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

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

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

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

1. Utilice su tarjeta de identificación del miembro.

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

2. Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.

Denos copias de los recibos de los medicamentos por los que usted ha pagado. Puede pedirnos luego que le rembolsemos el dinero del medicamento.

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

- Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forme parte de los beneficios de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Cuando paga un copago por medicamentos que recibe dentro del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra los medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio completo por un medicamento cubierto.

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

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

Los pagos hechos por algunas otras personas y organizaciones también cuentan como parte de los gastos de su bolsillo. 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 bolsillo.

4. Revise las EOB que le enviemos.

Cuando usted obtenga la Descripción de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si usted considera que falta información o que hay información incorrecta, o si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estas EOB. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

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

Con Molina Dual Options, no debe pagar nada por sus medicamentos cubiertos mientras siga las reglas del plan.

C1. Las categorías de costo compartido del plan

Los niveles son grupos de medicamentos en la misma Lista de medicamentos. Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos están en tres (3) categorías. No tiene copagos por los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) de la lista de medicamentos de Molina Dual Options. Para encontrar el nivel de sus medicamentos, puede consultar la lista de medicamentos.

- Los medicamentos del nivel 1 son medicamentos genéricos. Por los medicamentos del nivel 1, usted no paga nada.
- Los medicamentos del nivel 2 son los medicamentos de marca. Por los medicamentos del nivel 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 del nivel 3, usted no paga nada.

C2. Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de que adquiera el medicamento en los siguientes lugares:

- una farmacia de la red, o

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos los medicamentos recetados en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para saber cuándo haremos eso.

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

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 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*.

C4. Lo que paga usted

	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 atención 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 recetados que no están a cargo de Medicare/ medicamentos de venta libre [OTC])	\$0	\$0	\$0	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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. 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 doctor.

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	123
B. Cómo enviar una solicitud de pago	125
C. Decisiones de cobertura	125
D. Apelaciones	125



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 163.

- Si los servicios o los medicamentos están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o los medicamentos están cubiertos y ya los pagó, tiene derecho a recibir un reembolso.
 - Si pagó por servicios que Medicare cubre, le reembolsaremos su dinero.
 - Si pagó por servicios que Healthy Connections Medicaid cubre, no le podremos reembolsar su dinero, pero lo hará el proveedor. El Departamento de Servicios para Miembros o el Mediador de Healthy Connections Prime lo pueden ayudar a contactarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página y el Capítulo 2 para obtener los números telefónicos.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Coordinador de Cuidados si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe lo que debe hacer al respecto, podemos 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 atención médica 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 una 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 una 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 emite una factura por los servicios por una cantidad mayor que los costos compartidos del plan. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.**

- Debido a que 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- 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 por servicios cubiertos por Medicare, 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 médica 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 doctor 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 doctor 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:

Molina Dual Options
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Ste. 100
Long Beach, CA 90802

Para los servicios de recetas médicas de la Parte D:

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

Nos debe enviar su reclamo dentro de los 365 días posteriores a la fecha en que recibió el servicio o elemento, o dentro de los 36 meses posteriores a la fecha en que recibió 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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, vaya a la página 163.
- Si desea presentar una apelación sobre un reintegro por un medicamento, vaya a la página 164.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos honrar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Tabla de contenidos

A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades	128
B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos	129
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	130
C1. Cómo protegemos su información médica protegida (protected health information, PHI)	130
C2. Usted tiene derecho a ver su historia clínica	130
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos	137
E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente	139
F. Tiene el derecho a abandonar el plan en cualquier momento	139
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	139
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica	139
G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo	140
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	141
H. Su derecho a opinar sobre cómo se opera el plan	141
I. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	141
I1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	142
J. Sus responsabilidades como miembro del plan	142



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

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

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también le puede brindar materiales en español 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 formato alternativo o en un idioma que no sea inglés, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si prefiere recibir documentos como este en el futuro en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Estado al (888) 549-0820, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local para actualizar su expediente con el idioma que usted prefiere. Un representante puede ayudarle a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su coordinador de cuidados para obtener ayuda con respecto a 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 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede llamar a Healthy Connections Medicaid directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas. Aquí le explicamos cómo obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:
 - Llame al Mediador de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Ellos pueden ayudarlo a entender el proceso de quejas y decirle quién puede ayudar. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

We must tell you about the plan's options, rules, and 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. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials for free in Spanish and in formats such as large print, braille, or audio.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- 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 an alternate format or a language other than English, please contact Member Services at (855) 735-5831, TTY: 711, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time. If you prefer to receive documents like this in the future in a language other than English, please contact the State at (888) 549-0820, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 5 p.m., local time to update your record with the preferred language. 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, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- You can also call Healthy Connections Medicaid directly for help with problems. Here is how to get help from Healthy Connections Medicaid:
 - Call the Healthy Connections Prime Advocate at 1-844-477-4632. They can help you understand the complaint process and tell you who can help. TTY users should call 711.

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

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene el derecho de elegir un proveedor de cuidados primarios (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Puede encontrar más información acerca de cómo elegir a un PCP en el Capítulo 3.
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer más acerca de proveedores de la red y qué doctores están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a una red de proveedores de atención primaria y especialistas capaces de cumplir con sus necesidades de acceso físico, comunicación y programación de citas.
- 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 recurrir a otro profesional médico.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un periodo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si usted no puede obtener los servicios dentro de un periodo razonable, debemos pagarle el cuidado fuera de la red.
- 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Usted tiene derecho a saber cuándo puede recurrir 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 información médica protegida (protected health information, PHI)

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

En la mayoría de las situaciones, no damos su información médica protegida (protected health information, PHI) a nadie que no esté proporcionándole atención médica o pagando por ella. Si lo hacemos, se nos exige obtener primero un permiso por escrito de usted. El permiso escrito lo puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones por usted.

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

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

C2. Usted tiene derecho a ver su historia clínica

Usted tiene derecho a examinar su historia clínica y a obtener una copia de esta. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer una copia de su historia clínica.

Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos su historia clínica. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de cuidados primarios para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a saber si su información médica protegida (protected health information, PHI) ha sido compartida con otras personas y de qué manera.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica protegida (PHI), llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Su Privacidad

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

PHI (protected health information) significa información médica protegida. La información médica protegida (PHI) incluye su nombre, número de miembro, raza, etnia, necesidades de lenguaje u otras cosas que lo identifican. Molina quiere que sepa cómo usamos o compartimos su información médica protegida (PHI).

¿Por qué Molina usa o comparte la información médica protegida (PHI) de nuestros miembros?

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

¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su información médica protegida (PHI)? Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su información médica protegida (PHI) para cualquier propósito que no se haya especificado anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Revisar su información médica protegida (PHI).
- Obtener una copia de su información médica protegida (PHI).
- Enmendar su información médica protegida (PHI).
- Pedirnos que no usemos ni compartamos su información médica protegida (PHI) de ciertas maneras.
- Obtener una lista de personas o lugares con quienes hemos compartido su información médica protegida (PHI)

¿Cómo protege Molina su información médica protegida (PHI)?

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

- Molina tiene políticas y reglas para proteger la información médica protegida (PHI).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

¿Qué debe hacer Molina según los requerimientos legales?

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

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

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

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

Lo que precede es solo un resumen. Nuestra Notificación de las Normas de Privacidad incluye más información sobre cómo utilizamos y compartimos la información médica protegida (protected health information, PHI) de nuestros miembros. Nuestra Notificación de las Normas de Privacidad se encuentra en la siguiente sección de este Manual del Miembro. Está en nuestro sitio web www.molinahealthcare.com. También puede obtener una copia de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad si llama a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

MOLINA HEALTHCARE OF SOUTH CAROLINA

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

¿Por qué Molina utiliza o comparte su información médica protegida (PHI)?

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

Para Tratamientos

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

Para Pagos

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

Para Funciones de Atención Médica

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

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

- Mejorar la calidad.
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o facilitar las revisiones médicas.
- Proporcionar servicios legales, incluido el fraude o la detección de abuso y programas de enjuiciamiento.
- Acciones que nos permiten cumplir con la ley.
- Satisfacer las necesidades de los Miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.

Compartiremos su información médica protegida (PHI) con otras compañías (“socios comerciales”) que realizan diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. Es posible que también usemos su información médica protegida (PHI) para recordarle sus citas. Es posible que usemos su información

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



médica protegida (PHI) para brindarle información sobre otro tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

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

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

Requisitos legales

Utilizaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su información médica protegida (PHI) cuando así lo requiera la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS). Esto puede ser por un proceso judicial, otra revisión legal o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud Pública

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

Supervisión de la Atención Médica

Su información médica protegida (PHI) puede usarse o compartirse con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su información médica protegida (PHI) para realizar auditorías.

Investigación

Su información médica protegida (PHI) puede usarse o compartirse para investigación en ciertos casos, como cuando se aprueba por un consejo médico de revisión institucional o de privacidad.

Procedimientos Legales o Administrativos

Su información médica protegida (PHI) puede usarse o compartirse para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la Ley

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

Salud y Seguridad

Se puede compartir su información médica protegida (PHI) para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.

Funciones Gubernamentales

Se puede compartir su información médica protegida (PHI) con el Gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del presidente.

Víctimas de Abuso, Abandono o Violencia Doméstica

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Indemnización al Trabajador

Su información médica protegida (PHI) se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Divulgación con Otros Fines

Su información médica protegida (PHI) puede compartirse con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarlos a cumplir con su trabajo.

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

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

¿Cuáles son sus derechos de información médica?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar Restricciones sobre Usos o Divulgaciones de Información Médica Protegida (PHI) (Difusión de su PHI)**

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

- **Solicitar Comunicación Confidencial de la Información Médica Protegida (PHI)**

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

- **Revisión y Copia de su Información Médica Protegida (PHI)**

Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información médica protegida (PHI) que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para realizar cobertura, reclamos y otras decisiones como miembro de Molina. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud. Nota Importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- **Enmendar su Información Médica Protegida (PHI)**

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

- **Recibir un Resumen de las Divulgaciones de Información Médica Protegida (PHI) (Difusión de su PHI)**

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

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

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

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de esta Notificación. Para comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina, llame al (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

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

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

Usted puede presentar una queja ante nosotros en:

Molina Healthcare of South Carolina
Attention: Director of Member Services
P.O. Box 40309
North Charleston, South Carolina, 29423-0309

Teléfono: (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights - Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TTY);

(202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina debe hacer lo siguiente:

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

Esta Notificación está sujeta a cambios

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

Información de Contacto

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la siguiente oficina:

Molina Healthcare of South Carolina
Attention: Director of Member Services
P.O. Box 40309
North Charleston, South Carolina, 29423-0309

Teléfono: (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben 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 obtener un intérprete, simplemente llámenos

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



al 1-855-735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Este es un servicio gratuito. También contamos con material escrito disponible en español. También podemos proporcionarle información en formato de audio, escrita en sistema Braille o en letra de molde grande. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local para solicitar materiales en un idioma que no sea español o en un formato alternativo.

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

- Cómo elegir o cambiar planes.
- Nuestro plan, incluido:
 - Información financiera.
 - Cómo ha sido calificado el plan por los miembros del plan.
 - El número de apelaciones hechas por los miembros.
 - Cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
 - Cómo elegir o cambiar de proveedores de atención médica primaria.
 - Cualificaciones de nuestras farmacias y proveedores de la red.
 - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
 - Para ver una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web, detallado al final de la página.
- 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.

Como miembro de Molina Dual Options, tiene derecho a obtener información oportuna sobre los cambios en el plan. Esto incluye obtener información escrita incluida en sus materiales de orientación una vez por año y ser notificado de cualquier cambio significativo en sus materiales de orientación 30 días antes de que se produzcan dichos cambios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

Tiene derechos financieros. Los doctores, 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.

Tiene derecho a estar protegido de pagar cargos de los que es responsable Molina Dual Options.

Tiene derecho a que no se le cobren costos compartidos (copagos y deducibles) por servicios de las Partes A y B de Medicare.

F. Tiene el derecho a abandonar el plan en cualquier momento

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.
- Si se retira del plan, obtendrá sus beneficios de Healthy Connections Medicaid de la manera en que los utilizaba antes de ingresar. Se ofrecerán a través de pago por cada servicio de Healthy Connections Medicaid.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse a un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos recetados.

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 doctores 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:

- **Conocer su estado de salud.** Tiene derecho a tener información completa y exacta sobre su estado de salud.
- **Conozca sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- **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 doctor antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- **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 doctor le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted no será retirado del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume toda la responsabilidad de lo que le suceda a usted.
- **Pídanos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor le denegó la atención médica.** Usted tiene el derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor se ha denegado a brindarle atención médica que usted considera que debería recibir.
- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que fue denegado o que, por lo general, no está cubierto.** Esto se conoce como tomar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura del plan.
- **Ser aconsejado a que involucre a sus cuidadores y familiares en los análisis y decisiones de tratamiento.**
- **Se le informará por escrito, con anticipación, si se lo transfiere a otro lugar de tratamiento y el motivo de dicha transferencia.**

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 instrucción 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.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options sin costo al (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora local. Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al TTY: 711.

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, su coordinador de cuidados, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare o Healthy Connections Medicaid, como I-CARE (State Health Insurance Program de South Carolina, o SHIP), 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, **conservar 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

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que el médico o el hospital no siguieron las instrucciones que aparecen en ella, puede presentar una queja a su Coordinador de Cuidados o al Programa de Protección de Healthy Connections Prime.

H. Su derecho a opinar sobre cómo se opera el plan

Si tiene comentarios o recomendaciones sobre cómo funciona el plan o la política de responsabilidades de los derechos de los miembros, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página y háganoslo saber.

I. 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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 a los Miembros.

I1. 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 de este manual, o desea obtener más información sobre sus derechos, recibirá ayuda si llama a:

- Departamento de Servicios para Miembros.
- I-CARE, el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2.
- El Mediador de Healthy Connections Prime. 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 visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar sus “Derechos y protecciones de Medicare” en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

J. 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, consulte los Capítulos 3 y 4 (en tales capítulos, se indica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué debe pagar);
 - medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Participe en un examen de detección de salud inicial** cuando se inscriba en el plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 o llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- **Participe en una evaluación integral** dentro de los primeros 60 o 90 días de la inscripción. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 o llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- **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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- **Informe a su doctor 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 doctores** 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 lo más que pueda sobre sus problemas de salud y participe en el desarrollo de planes de tratamiento con su proveedor. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus doctores 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 doctores 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 doctor, 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 casi todos los miembros de Molina Dual Options, Healthy Connections Medicaid paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
 - **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 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 especial de inscripción, 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 Healthy Connections Medicaid sobre su nueva dirección cuando usted se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de Medicare y Healthy Connections Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Es importante mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo lo podemos contactar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- **Pague sumas de recuperación del patrimonio después de su fallecimiento**
 - La recuperación del patrimonio es la suma que algunos miembros adeudan a Healthy Connections Medicaid después de su fallecimiento.
 - No adeudará dinero a nuestro plan, pero puede adeudar dinero a Healthy Connections Medicaid por los servicios obtenidos antes de ingresar en nuestro plan.
 - No se permite al plan cobrar recuperaciones de patrimonio después de su fallecimiento, pero notificaremos a Healthy Connections Medicaid que ha fallecido.
 - Si adeuda dinero a Healthy Connections Medicaid cuando fallece, el estado puede cobrar recuperaciones de patrimonio de dinero o propiedades que deje.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.



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 ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

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

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y el apoyo a largo plazo que su doctor y otros proveedores determinen como necesarios para el cuidado de la salud como parte del plan de cuidado. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar al Mediador de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632 para obtener ayuda.** Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita. Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Mediador de Healthy Connections Prime para que lo oriente con su problema.

El Mediador de Healthy Connections Prime es el mediador para South Carolina. Si desea obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y los medios de contacto, consulte el Capítulo 2, en el que hay más información sobre programas de mediación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Tabla de contenidos

A. Qué hacer si tiene algún problema	148
A1. Qué sucede con los términos legales	148
B. A dónde llamar para pedir ayuda	148
B1. Dónde obtener más información y ayuda	148
C. Problemas relacionados con sus beneficios	150
C1. Cómo usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja	150
D. Decisiones de cobertura y apelaciones	150
D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura	150
D2. Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura	151
D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará	151
E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)	153
E1. Cuándo usar esta sección	153
E2. Solicitar una decisión de cobertura	154
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)	156
E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)	160
E5. Problemas de pago	163
F. Medicamentos de la Parte D	164
F1. Qué debe hacer si tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D	164
F2. Qué es una excepción	166
F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones	167
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	168
F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D	171
F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D	173



G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital	174
G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare	175
G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	176
G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital	178
G4. Qué sucede si no cumple con una fecha límite de la apelación	178
H. Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) terminan demasiado pronto	180
H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura	181
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica	181
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica	183
H4. ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?	184
I. Llevar su apelación más allá del Nivel 2	185
I1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare	185
I2. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Healthy Connections Medicaid	186
J. Cómo presentar una queja	186
J1. ¿Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas?	186
J2. Quejas internas	188
J3. Quejas externas	189



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 Healthy Connections Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

A1. Qué sucede con los términos legales

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

Por ejemplo, diremos:

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

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

B. A dónde llamar para pedir ayuda

B1. Dónde obtener más información y ayuda

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

Puede obtener ayuda del Mediador de Healthy Connections Prime

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Mediador de Healthy Connections Prime. El Mediador de Healthy Connections Prime es un programa de mediación que puede responder sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. El Mediador de Healthy Connections Prime no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Pueden ayudarlo a comprender qué proceso utilizar. El número de teléfono del Mediador de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita, al igual que los servicios. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre programas de mediación.

Puede obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

También puede ponerse en contacto con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Los asesores de SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El SHIP ha capacitado a los asesores en cada estado y los servicios son gratuitos. En South Carolina, el SHIP se conoce como I-CARE, que significa Asistencia y remisiones de asesoramiento de seguro para adultos mayores. El número de

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



teléfono para I-CARE es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estas llamadas son gratuitas, al igual que los servicios.

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 el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Cómo obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid

Puede llamar a Healthy Connections Medicaid directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas. Hay algunas formas de obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:

- Llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. TTY: 1-888-842-3620. Esta llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Healthy Connections Medicaid (www.scdhhs.gov).

Obtener ayuda de otros recursos

Puede obtener ayuda de otros recursos como:

- Protección y Defensoría para Personas con Discapacidades (P&A) al número de teléfono gratuito 1-866-275-7273. TTY: 1-866-232-4525.
- Servicios legales de South Carolina al número de teléfono gratuito 1-888-346-5592.
- Oficina del Vicegobernador para la tercera edad al número de teléfono gratuito 1-800-868-9095.



C. Problemas relacionados con sus beneficios

C1. Cómo usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación lo 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 determinar si determinados servicios de atención médica o medicamentos recetados están cubiertos o no, la modalidad de dicha cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 150.	No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura. Avance a la Sección J: “Cómo presentar una queja” en la página 186.

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.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos, productos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos.

Si usted o su médico tiene alguna duda sobre la cobertura de un servicio, artículo o medicamento por Medicare o Healthy Connections Medicaid, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico le preste el servicio o suministre el artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que quiere ya no está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

¿A quién puedo llamar para obtener ayuda para una solicitud de decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas:

- Llame al **Departamento de Servicios para Miembros** al 1-855-735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Llame al **Mediador de Healthy Connections Prime** para obtener ayuda gratuita. El Mediador de Healthy Connections Prime ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime a resolver problemas relacionados con el servicio o la facturación. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), conocido como I-CARE en South Carolina**, para obtener ayuda gratuita. SHIP es una organización independiente. No está asociado con nuestro plan. El número de teléfono es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Hable **con su doctor u otro proveedor**. Su doctor u otro proveedor pueden solicitar una apelación o decisión de cobertura en su nombre.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el “Formulario para nombramiento del representante”. También puede obtener el formulario en el sitio web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Duals. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **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 remisión. 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 necesita un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para presentar una apelación.

D3. Cómo usar la sección de este capítulo que 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:**

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- **En la Sección E de la página 153**, se proporciona información si tiene problemas con servicios, elementos y medicamentos (pero **no** con Medicamentos Parte D). Por ejemplo, utilice esta sección si:
 - Usted no está recibiendo la atención médica que desea y considera que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
 - No aprobamos servicios, elementos o medicamentos que su doctor desea proporcionarle, y usted cree que debería existir una cobertura para esta atención médica.
 - **NOTA:** Solo utilice la Sección E si estos son medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como Lista de Medicamentos, con un (*) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 164 para ver apelaciones por medicamentos de la Parte D.
 - Usted recibió atención médica o servicios que cree que deberían estar cubiertos, pero no estamos pagando por dicha atención médica.
 - Recibió y pagó por servicios médicos o elementos que creía que estaban cubiertos y desea solicitar que le demos un reembolso.
 - A usted se le ha indicado que la cobertura para la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y está en desacuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se va a interrumpir es por cuidado hospitalario, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, 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 174 y 180.
- **En la Sección F de la página 164**, se ofrece información sobre los Medicamentos Parte D. Por ejemplo, utilice esta sección si:
 - Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento Parte D que no esté incluido en nuestra Lista de Medicamentos.
 - Usted desea pedirnos que exoneremos límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
 - Usted desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa.
 - Nosotros no aprobamos su solicitud o excepción y usted o su doctor, 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 174**, 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 doctor le pidió que abandone el hospital demasiado pronto.



- En la **Sección H de la página 180**, 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro acerca de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

Si necesita más ayuda o información, llame al Mediador de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

E1. Cuándo usar esta sección

En esta sección, se detalla qué debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus servicios y asistencia médicos, de salud conductual y atención médica a largo plazo (LTSS). 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 apelaciones por medicamentos de la Parte D.

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Considera que cubrimos servicios médicos, servicios de salud conductual o servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) que necesita, pero no los está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 154 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos el cuidado que su doctor 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 156 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió servicios o elementos 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 156 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó por servicios o elementos que creía que estaban cubiertos y desea que el plan le dé un reembolso.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. Consulte la Sección E5 en la página 163 para obtener información sobre cómo pedirle al plan que pague.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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 detener el servicio. Consulte la Sección E3 en la página 156 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). Consulte las Secciones G y H en las páginas 174 y 180 para obtener más información.

E2. Solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, servicios de salud conductual o Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long Term Services and Supports, LTSS)

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o bien pida a su representante o a su doctor que nos soliciten una decisión.

- También puede llamarnos al: 1-855-735-5831, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. TTY: 711.
- Usted puede enviarnos un fax al: 1-866-423-3889
- Puede escribirnos a:

Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan
Attn: Health Care Service Department
P.O. Box 40309
North Charleston, SC 29423-0309

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

Por lo general, el plazo es de 14 días naturales posteriores a su solicitud, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de Medicare Parte B. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le 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).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación acelerada”.

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.

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 1-855-735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, o envíenos un fax al 1-866-432-3889. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede decirle a su doctor 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 atención médica o un artículo que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de atención médica o 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 medicamentos recetados de Medicare Parte B) puede causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar normalmente**.
 - Si su doctor dice que usted necesita una decisión de cobertura rápida, le daremos una automáticamente.
 - Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval de su doctor, nosotros decidiremos si usted recibe una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su salud no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos 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 doctor solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 186.

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 tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si nuestra respuesta es **No**, tiene el derecho a solicitar que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa pedimos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que usted ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la siguiente sección para obtener más información).

E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)

¿Qué es una Apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. En todos los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede comunicarse con el Mediador de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El Mediador de Healthy Connections Prime no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos la decisión de su cobertura para averiguar si es correcta. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original. Cuando completemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito.

Si le informamos, después de nuestra revisión, que el servicio o artículo no está cubierto, su caso puede pasar a una Apelación de Nivel 2.

¿Cómo puedo hacer una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar una apelación, usted, su médico, otro proveedor, o su representante, deben comunicarse con nosotros. Puede comunicarse con nosotros llamando al 1-855-735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. 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”.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden escribir su solicitud y enviarla por correo o fax.

- 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 límite aplica a su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.

Puede presentar una solicitud a la siguiente dirección:

Molina Dual Options
Attn: Grievance and Appeals Dept.
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977
Medicare.AppealsandGrievances@MolinaHealthCare.com

También puede solicitar una apelación si nos llama al 1-855-735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

El término legal de “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. Igualmente, otra persona, además de su médico u otro proveedor, puede hacer la apelación por usted, pero primero debe llenar un Formulario para nombramiento del representante. El formulario le otorga a la otra persona permiso para actuar por usted.

Para 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 nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Si la apelación proviene de una persona que no sea usted, su médico u otro proveedor, deberemos recibir el Formulario para nombramiento del representante antes de que podamos revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para hacer una apelación?

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

Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena razón son: usted tuvo una enfermedad grave, o le dimos información incorrecta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación. Debe explicar la razón por la que su apelación se atrasó cuando presente 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 las apelaciones de Nivel 1?” en la página 181 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 número que figura al final de la página.

¿Puede mi médico darles más información acerca de mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos más información para apoyar su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos con mucho cuidado toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si cumplimos con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será una persona que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitarla 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 la Medicare Parte B). Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.

- Sin embargo, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días 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 J en la página 186.
- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de los 30 días naturales (o dentro de los 7 días naturales después de recibir su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B) o al final de los días adicionales (si los tomamos), nosotros enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o elementos de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 160.

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 naturales 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 enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, en la carta, se le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 160.

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

Si solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- 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. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 186.
- 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 al Nivel 2 del proceso de apelaciones 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 un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 160.

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 de Nivel 2. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, en la carta, se le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 160.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?

Si decidimos cambiar o dejar de brindar cobertura para un servicio que fue previamente aprobado, le avisaremos con al menos 10 días naturales de anticipación antes de realizar la acción. Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una Apelación de Nivel 1 y solicitar que continuemos sus beneficios mientras se tramita la apelación. Para *mantener sus beneficios, debe realizar la solicitud en la siguiente fecha, o en una fecha anterior:*

- Dentro de los 10 días naturales a partir de la fecha de envío por correo de nuestra notificación de acción; o
- antes de la fecha de vigencia prevista de la acción.

Si cumple con esta fecha límite, puede continuar con el servicio o artículo en disputa mientras se sucede el proceso de apelación. Si sus beneficios continúan y el resultado final de la apelación confirma nuestra acción, es posible que podamos recuperar el costo de los servicios proporcionados mientras la apelación estaba pendiente.



E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D)

Si el plan dice que No en el Nivel 1 ¿qué sucede después?

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta, se indicará si el servicio o elemento está normalmente cubierto por Medicare y/o Healthy Connections Medicaid.

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo de **Medicare**, automáticamente tendrá una Apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) tan pronto como la Apelación de Nivel 1 esté completa.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de **Healthy Connections Medicaid**, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2 ante la División de apelaciones y audiencias. La carta le indicará cómo hacerlo. La información también aparece a continuación.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar **cubierto por Medicare y Healthy Connections Medicaid**, automáticamente tendrá una Apelación de Nivel 2 con la IRE para una revisión con respecto a la cobertura de Medicare. También puede solicitar una Apelación de Nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias para una revisión con respecto a la cobertura de Medicaid.

¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación, que la realiza una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con el plan. Es la Entidad de revisión independiente (IRE) o la División de apelaciones y audiencias.

Mi problema está relacionado con un elemento o servicio de Healthy Connections Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 por servicios y elementos de Healthy Connections Medicaid se denomina una “Audiencia imparcial estatal”.

Si desea solicitar una Audiencia Imparcial Estatal, debe comunicarse con la División de apelaciones y audiencias por escrito. Debe pedir una audiencia imparcial estatal **en el plazo de 120 días naturales** a partir de la fecha de nuestra decisión de Nivel 1, a menos que la División de Apelaciones y Audiencias le extienda la fecha límite.

Para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal, rellene una solicitud en línea en msp.scdhhs.gov/appeals.

También puede entregar su solicitud en persona o enviar su solicitud por fax al 803-255-8206 o escribir a:

Division of Appeals and Hearings
South Carolina Department of Health and Human Services
P.O. Box 8206
Columbia, SC 29202-8206

Si se otorga una audiencia, la División de Apelaciones y Audiencias le enviará por correo un aviso con la fecha, hora y lugar de la audiencia. Durante la audiencia, un oficial de audiencia imparcial escuchará su explicación de por qué no está de acuerdo con nuestra acción. El oficial de la audiencia también

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



escuchará su explicación de la medida tomada. El oficial de la audiencia formulará preguntas para obtener información suficiente para decidir si su caso se trató correctamente.

- La División de Apelaciones y Audiencias debe comunicarle una decisión sobre la audiencia en el plazo de 90 días naturales a partir de la fecha en la que presentó una apelación al plan.
- Si califica para una revisión rápida, la División de Apelaciones y Audiencias le comunicará una decisión de la audiencia en el plazo de 3 días laborables.
 - Sin embargo, si la División de Apelaciones y Audiencias necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales.
 - Si la División de Apelaciones y Audiencias necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta.

Mi problema es acerca de un artículo o servicio Medicare. ¿Qué sucederá en la Apelación de Nivel 2?

La Entidad de revisión independiente (IRE) realizará una revisión cuidadosa de la decisión del Nivel 1, y decidirá si se debe cambiar.

- No necesita solicitar una Apelación de Nivel 2. Automáticamente le enviaremos cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su archivo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

La IRE debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días naturales después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días naturales de haber recibido su apelación para 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 el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores de recibir su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que 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 elemento está cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid?

Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Healthy Connections Medicaid, le enviaremos automáticamente su apelación de Nivel 2 con la Entidad de revisión independiente para una revisión con respecto a la cobertura de Medicare. También puede presentar una Apelación de Nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias para solicitar una

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



revisión de la cobertura de Healthy Connections Medicaid. Siga las instrucciones que se indican en la página 170.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?

Si decidimos cambiar o detener la cobertura de un servicio que había sido autorizado previamente, usted puede solicitar que continúen sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 2, en algunos casos.

- Si el problema está relacionado con un servicio cubierto por Medicare, sus beneficios por ese servicio **no** continuarán durante la apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente.
- Si su problema es acerca de un servicio cubierto por Healthy Connections Medicaid (incluido un servicio cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid), puede solicitar que sus beneficios por dicho servicio continúen durante la Apelación de Nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias. Para *mantener sus beneficios, debe realizar la solicitud en la siguiente fecha, o en una fecha anterior:*
 - en el plazo de 10 días naturales de la decisión de la Apelación de Nivel 1 del plan; o
 - antes de la fecha de vigencia prevista de la acción.
- Si cumple con esta fecha límite, puede continuar con el servicio en disputa mientras se sucede el proceso de apelación. Si sus beneficios continúan y el resultado final de la apelación confirma nuestra acción, es posible que podamos recuperar el costo de los servicios proporcionados mientras la apelación estaba pendiente.

¿Cómo me enteraré acerca de la decisión?

Si su Apelación del Nivel 2 fue enviada a la División de Apelaciones y Audiencias, esta le enviará una carta explicando su decisión.

- Si la División de Apelaciones y Audiencias **acepta** lo que solicitó, en parte o en su totalidad, debemos autorizar la cobertura en un plazo de 72 horas.
- Si la División de Apelaciones y Audiencias **rechaza** lo que solicitó, en su totalidad o en parte, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si su Apelación de Nivel 2 fue enviada a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE), esta le enviará a una carta explicando su decisión.

- Si la IRE dice **sí** a su solicitud en la apelación estándar, en su totalidad o en parte, deberemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de las siguientes 72 horas o proporcionarle el servicio o el artículo dentro de los siguientes 14 días naturales a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo dentro las 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.



- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B dentro de las 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, deberemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **No** a lo que usted solicitó, en su totalidad o en parte, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

¿Qué sucede si apelé tanto a la Entidad de Revisión Independiente como a la División de Apelaciones y Audiencias, y toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de Revisión Independiente o la División de Apelaciones y Audiencias responden que **Sí** a todo o parte de lo que solicitó, le daremos el servicio o artículo aprobado más cercano a lo que pidió en su apelación.

Si la decisión es No para todo o parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su Apelación de Nivel 2 se envió a la División de Apelaciones y Audiencias, y no está de acuerdo con la decisión del oficial de la audiencia, puede presentar una apelación ante el Tribunal de Derecho Administrativo. Debe presentar esta apelación en un plazo de 30 días naturales de la fecha en la que se le notificó la decisión. La apelación tiene un cargo.

Si su Apelación de Nivel 2 fue enviada 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 IRE le explicará los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.

Consulte la Sección I en la página 185 para obtener más información sobre 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 elementos cubiertos. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca deberá pagar el saldo de una factura.

Si recibe una factura por elementos 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 elementos y servicios cubiertos, no debe pagarla. Pero si usted la paga, podrá obtener un reembolso si cumplió las normas para obtener elementos y servicios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Si solicita que le reembolsemos, está solicitando una decisión de cobertura. Determinaremos si el servicio o elemento que pagó es un servicio o elemento 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 E5 de la página 156. 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** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, a usted o al proveedor, en un plazo de 60 días 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” o “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 185 para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y, por lo general, el servicio o elemento está cubierto por Healthy Connections Medicaid, puede presentar una Apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E4 en la página 160).

F. Medicamentos de la Parte D

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

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “Medicamentos Parte D”. Existen algunos medicamentos que

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Medicare Parte D no cubre, pero que Healthy Connections Medicaid podría cubrir. **Esta sección aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos 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 en la Sección E de la página 153.

¿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 que cubramos un medicamento Parte D que no está en la Lista de Medicamentos.
 - 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.

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

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

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 solicitar una apelación.

Use la tabla que figura a continuación para decidir qué parte contiene información sobre su caso:



¿En qué situación se encuentra?			
<p>¿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?</p>	<p>¿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?</p>	<p>¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado?</p>	<p>¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera?</p>
<p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección F2 en la página 166. También consulte las secciones F3 y F4 en las páginas 167 y 168.</p>	<p>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.</p> <p>Avance a la Sección F4 en la página 168.</p>	<p>Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Avance a la Sección F4 en la página 168.</p>	<p>Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Avance a la Sección F5 en la página 171.</p>

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 doctor u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué la requiere.

A continuación, detallamos ejemplos de excepciones que usted o su doctor u otro profesional recetador pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de Medicamentos.
 - No puede solicitar una excepción por el monto del copago ni del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.
2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca registrada.
- 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 progresiva”).
- 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 de la página 182 se indica cómo presentar una apelación si respondemos **No** a su solicitud.

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



F4. Cómo solicitar una Decisión de cobertura 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 doctor (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Puede comunicarse con nosotros llamando al 1-855-735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Usted o su doctor (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 150 para averiguar cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- Usted no necesita dar permiso por escrito a su doctor 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 doctor u otro recetador deben explicarnos las razones médicas que justifiquen la excepción para el medicamento. A esto lo llamamos la “declaración de apoyo”.
- Su doctor 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 doctor 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 Parte D que ya pagó dentro de los siguientes 14 días naturales.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de apoyo del doctor u otro recetador.
- Usted o su doctor, 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 doctor.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su doctor.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



El término legal para una “decisión de cobertura rápida” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

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

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su doctor u otro recetador), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos los plazos estándares.
 - Le enviaremos una carta avisándole. La carta le indicará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de darle a usted una decisión estándar.
 - Puede presentar una “queja rápida” y obtener una decisión dentro de las siguientes 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 186.

Fechas límite 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 doctor o recetador en la que apoye su solicitud. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le proporcionaremos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o declaración de su doctor 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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

- Si estamos usando las fechas límite estándar, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud. O, si usted solicita una excepción, 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su doctor o recetador. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente evaluará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o todo lo que usted solicitó, aprobaremos o proporcionaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido dicha solicitud o, si usted está solicitando una excepción, una declaración de apoyo de su doctor 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 esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará su solicitud.
- **Si la respuesta es Sí** a su solicitud, en parte o en su totalidad, le pagaremos dentro de los siguientes 14 días 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 de la Parte D

- Para iniciar una apelación, usted, su doctor u otro recetador deben comunicarse con nosotros.
- Si usted solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. *También puede solicitar una apelación si nos llama al 1-855-735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.*
- Si usted desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Haga su solicitud de apelación **en un plazo de 60 días naturales** desde la fecha que aparece en el aviso que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión. Si usted no cumple esta fecha límite 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 la fecha límite, se pueden incluir los siguientes: usted tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su doctor 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 doctor 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 número que figura al final de la página.

Si lo desea, usted y su doctor 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 doctor u otro recetador deberá decidir si usted requiere una “apelación rápida”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



El término legal de “apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se emplean para obtener una “decisión de cobertura rápida”, los que se detallan en la Sección F4 de la página 168.

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 doctor u otro recetador para obtener más información. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si estamos usando los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, le enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará su apelación.
- **Si la respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le entregaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido su apelación.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No**.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si está usando las fechas límite 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 evaluará su apelación.



- **Si la respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de 7 días 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 doctor 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 de la Parte D

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

- Si desea que la IRE revise su caso, deberá presentar la solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos acerca de nuestra decisión en la Apelación de nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de nivel 2.
- Cuando haga una apelación a la IRE, le enviaremos el archivo de su caso. Tiene el derecho a solicitarnos una copia de su caso llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRE para apoyar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

- 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.

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 (Independent Review Entity, 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” o “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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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 cuándo 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 darán un aviso denominado “Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos”. Si usted no recibe este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. 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 doctor o personal del hospital.

Mantenga su copia del aviso firmado para que conserve la información en el mismo, si lo necesita.

- Para examinar una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. 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 consultarlo en línea si ingresa a 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



G2. Apelación de 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 South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Para hacer una apelación para cambiar su fecha de alta del hospital, llame a KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).

¡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.
- **Si no cumple con la fecha límite** para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de 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 178.

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 1-888-317-0751 y pida una “revisión rápida”.

Llame antes de que le den de alta y antes de su fecha planificada de alta de hospital.

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 número que figura al final de la página. O también puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (Health and Human Services Commission, SHIP), conocido como I-CARE en South Carolina, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede llamar al Mediador de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de Calidad?

Es un grupo de doctores y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Solicite una “revisión rápida”

El término legal para una “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.

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.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de 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 doctor 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 doctor, 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 número que figura al final de la página. 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 consultar el 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 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 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 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 Calidad le responda.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza 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 de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

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

Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de los 60 días naturales** después del día en que la Organización de Mejoramiento de 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 South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).

- 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 Calidad en su estado al 1-888-317-0751 y pida otra revisión.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de la apelación. Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la rechazan?

Significa que la Organización de Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

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

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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 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 internación 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.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-735-5831 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Solicite una “revisión rápida” de la fecha de alta del hospital. Esta llamada es gratuita.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

- 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 apropiada por razones médicas. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados termina el día en que decidimos que terminaría su cobertura.
 - Si permaneció internado en el hospital después de su fecha de alta programada, **puede tener que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta programada.
- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al momento de **rechazar** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para 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 J de la página 186 se explica cómo presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Durante la apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente evalúa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

- La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- 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 apropiada 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. Consulte la Sección I en la página 185 para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3.

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.

H. Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) 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 tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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 antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama “Notificación de no cobertura de Medicare.” El aviso por escrito indica la fecha en la que detendremos su cobertura y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso escrito para demostrar que la recibió. Firmarla **no** significa que usted está de acuerdo con el plan acerca de que es tiempo de dejar de recibir atención médica.

Cuando 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 las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con las fechas límite correspondientes a los trámites que debe realizar. También se establecen fechas límite que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección J de la página 186 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 número que figura al final de la página. O llame a su Programa estatal de asistencia de seguro médico, conocido como I-CARE en South Carolina, al 1-800-868-9095.

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 South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776). También encontrará información sobre la Organización de Mejoramiento de Calidad en la “Notificación de no cobertura de Medicare”. Este es el aviso que recibió cuando le informaron que dejaríamos de cubrir su atención.

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de Calidad?

Es un grupo de doctores y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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 1-888-317-0751 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



¿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 fecha límite para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad a más tardar al mediodía del día después de que usted haya recibido un aviso escrito informándole cuándo detendremos la cobertura de su atención médica.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de 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 184.

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 número que figura al final de la página o 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 acceder a 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 Calidad?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de 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 Calidad, donde explique por qué deben terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán su historia clínica, consultarán con su doctor y evaluarán la información que nuestro plan les ha entregado.

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

- **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.

¿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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



¿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 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 South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776). Solicite la revisión de nivel 2 dentro de los 60 días naturales después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud de apelación.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para exigir que el plan cubra su cuidado por más tiempo

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al 1-888-317-0751 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.

¿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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- 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 el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?

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

Apelación Alternativa de Nivel 1 para continuar recibiendo su cuidado por más tiempo

Si usted no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de 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, su atención en centros de enfermería especializada o la atención que recibe en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF). Verificaremos si la decisión sobre cuándo deben terminar sus servicios fue justa y si 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”.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-735-5831 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Solicite una “revisión rápida”. La llamada es gratuita.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

- **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.
 - Si continúa recibiendo servicios después del día que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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.

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 esta fecha límite u otras fechas límites. En la Sección J de la página 186 se explica cómo presentar una queja.

Durante la apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente evalúa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

- La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- 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.

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.

El aviso que usted reciba de la IRE le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es administrado por un juez.

I. Llevar su apelación más allá del Nivel 2

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

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para artículos o servicios de Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas, usted tendrá el derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente le dirá qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Juez de Derecho Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una Apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado mediador. Si usted desea que un ALJ o un abogado mediador revisen su caso, el artículo o servicio médico que usted está solicitando tiene que cumplir con una cantidad mínima de dinero en dólares. Si el valor dólar es inferior

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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 contactar al Mediador de Healthy Connections Prime. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

12. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Healthy Connections Medicaid

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para artículos o servicios de Healthy Connections Medicaid, y ambas apelaciones han sido rechazadas, usted tendrá el derecho a niveles adicionales de apelación. Si tiene preguntas después de su Apelación de nivel 2, comuníquese con el Mediador de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Este defensor explicará sus opciones y actuará siempre en su mejor interés.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Tribunal de derecho administrativo (ALC). Si desea una audiencia del ALC, comience por rellenar el formulario “Solicitud de audiencia de caso impugnado” disponible en www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf. Debe presentar este formulario en un plazo de 30 días naturales de la fecha en la que se le notificó la decisión de Nivel 2. La apelación tiene un cargo de \$ 25. Si no puede pagar el cargo, puede presentar una “Solicitud de Exención a Tasa de Tramitación”. Puede encontrar el formulario en www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf.

Si está apelando una decisión de Nivel 2 tomada en la audiencia, será responsable del costo de realizar una transcripción de la audiencia. Una transcripción es un registro escrito de la audiencia. El costo de la transcripción es de aproximadamente \$ 16 por cada hora que el transcriptor dedica a mecanografiar la transcripción.

Las reglas para apelar a la ALC se encuentran en www.scalc.net/rules.aspx. Si no sigue las reglas, puede no aceptarse su apelación.

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 de atención al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.



Quejas acerca de la calidad

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

Quejas acerca de la privacidad

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

Quejas sobre servicio al cliente deficiente

- Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal de Molina Dual Options 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 doctor 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 doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, 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 doctor no están limpios.

Quejas sobre el acceso al idioma

- Su doctor 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.

Guía rápida: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna con nuestro plan y/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 189.



- 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 y/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. Para obtener más información sobre quejas internas, lea la siguiente sección. Para obtener más información sobre quejas externas, lea la Sección J3 en la página 189

Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede comunicarse con el Mediador de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Puede presentar una queja en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días 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 reclamos son quejas que deben resolverse tan pronto como lo requiera su caso, según su estado de salud, pero no 30 días naturales luego de la fecha en la que el Plan recibe la queja por vía oral o escrita. Las quejas presentadas por vía oral, se pueden responder por vía oral, a menos que el afiliado solicite una respuesta por escrito o las preguntas sobre la calidad del cuidado en la querella. Molina Dual Options completará la investigación tan pronto como lo requiera el caso, según el estado de salud del inscrito, pero no después de 30 días a partir de la recepción de la solicitud, o dentro de las 24 horas para quejas urgentes. Las querellas presentadas por escrito deben responderse por escrito. Para presentar las quejas por vía oral, llame al 1-855-665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; o escribiendo por correo a la siguiente dirección: Molina Dual Options Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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 por su beneficio o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días naturales más 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 explicaremos 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 queja de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.

Puede informar su queja al Mediador de Healthy Connections Prime

Puede llamar al Mediador de Healthy Connections Prime para informar su queja. No están relacionados con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Mediador de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita, al igual que los servicios. Para obtener más información, puede visitar www.healthyconnectionsprimeadvocate.com.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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 contactar a la Oficina de Derechos Civiles local al:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health & Human Services

Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70

61 Forsyth Street, S.W.

Atlanta, GA 30303-8909

Teléfono: 1-800-368-1019; TTY: 1-800-537-7697

Fax: (202) 619-3818

También puede tener derechos bajo la ley de estadounidenses con discapacidades y bajo la ley estatal. Puede contactar al Programa del Mediador de Healthy Connections Prime para pedir ayuda. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Puede presentar una queja en la Organización de Mejoramiento de Calidad

Cuando su queja se relaciona con la calidad del cuidado, usted también tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja acerca de la calidad del cuidado directamente ante la Organización de Mejoramiento de Calidad (sin presentar la queja ante nosotros).
- O usted puede presentar su queja ante nosotros y ante la Organización de Mejoramiento de Calidad. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de doctores 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 Calidad, consulte el Capítulo 2.

En South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. El número de teléfono para KEPRO es 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).



Capítulo 10: Cómo terminar su membresía en nuestro Medicare-Medicaid Plan

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 Healthy Connections Medicaid, siempre que siga siendo elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Tabla de contenidos

A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid	192
B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan	192
C. Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente	193
D. Cómo obtener servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado	193
D1. Formas de obtener sus servicios Medicare	193
D2. Cómo obtener sus servicios Healthy Connections Medicaid	195
E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado	195
F. Otras situaciones cuando acaba su membresía	195
G. Reglas en caso de que se le solicite abandonar nuestro plan debido a algún motivo relacionado 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	197



A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid

Puede terminar su membresía en Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro Medicare-Medicaid Plan o cambiándose a Medicare Original.

Su membresía terminará el último día del mes en que recibamos su solicitud para cambiar el plan. Por ejemplo, si recibimos la solicitud el 18 de octubre, la cobertura con nuestro plan terminará el 31 de octubre. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente (1 de noviembre en este ejemplo). Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones de Medicare en la tabla que se encuentra en la página 193.
- Los servicios de Healthy Connections Medicaid en la página 195.

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

- South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670.
- Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. los usuarios TTY deben llamar al 711.
- 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.

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

B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Si decide terminar su membresía, informe a Medicare o Healthy Connections Medicaid que quiere abandonar Molina Dual Options:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670; 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 193 hay más información sobre cómo obtener sus servicios Medicare cuando abandone nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



C. Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente

Si piensa seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid juntos en un solo plan, puede inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid.

Para inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. Dígalos que desea abandonar Molina Dual Options e inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid. Si no sabe en qué plan desea inscribirse, ellos le pueden informar sobre otros planes disponibles en el área.

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 Healthy Connections Medicaid por separado

Si no quiere inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid después de dejar de participar en Molina Dual Options, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios Medicare

Usted podrá decidir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente terminará su membresía en nuestro plan.

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage o un Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE)</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Ancianos (I-CARE). <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará de forma automática cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
--	---

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Ancianos (I-CARE). <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original y del plan de medicamentos recetados.</p>
<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original sin un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Usted solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si obtiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Adultos Mayores (I-CARE) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP es conocido como Programa de Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Ancianos (I-CARE). <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



D2. Cómo obtener sus servicios de Healthy Connections Medicaid

Si abandona el Plan Medicare-Medicaid, obtendrá sus servicios de Healthy Connections Medicaid a través de un pago por cada servicio. Esta es la forma en que la mayoría de las personas obtenían sus servicios de Medicaid antes de inscribirse en Molina Dual Options.

Sus servicios de Healthy Connections Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y atención de salud conductual.

Si abandona nuestro plan, puede recurrir a cualquier proveedor que acepte Healthy Connections Medicaid.

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 Healthy Connections Medicaid. Consulte la página 197 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 puede recibir los beneficios del programa de Healthy Connections Medicaid. Nuestro plan es para personas que pueden recibir los beneficios de los programas de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Llene toda la documentación de Healthy Connections Medicaid para conservar su elegibilidad para Medicaid.
 - 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 ingresa a una residencia para ancianos o a un centro de enfermería especializada fuera del área de servicio del plan y vive allí por más de seis meses.
- Si lo encarcelan por un delito criminal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Si miente o retiene información sobre un plan médico adicional 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 Healthy Connections Medicaid:

- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro para obtener atención médica.
 - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.

G. Reglas en caso de que se le solicite abandonar nuestro plan debido a algún motivo relacionado 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 debe llamar al Mediador de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



I. Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número al final de la página.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye notificaciones legales que aplican a su membresía en Molina Dual Options. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Tabla de contenidos

A. Aviso sobre las leyes	199
B. Aviso de no discriminación	199
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario	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 Healthy Connections 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 Healthy Connections Medicaid debe cumplir con las leyes que lo protegen contra actos de 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. Además, no lo discriminaremos ni trataremos de manera diferente debido a su comportamiento, capacidad mental, recepción de atención médica, orientación sexual ni uso de servicios.

Si tiene inquietudes o desea obtener más información sobre la discriminación o el trato injusto:

- llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. para Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Comuníquese con la Oficina local de Derechos Civiles. Puede llamar a la Comisión de Asuntos Humanos de Carolina del Sur al 1-800-521-0725. Esta llamada es gratuita.

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 pagador secundario

A veces alguna otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la Indemnización al Trabajador tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare por los cuales Medicare no es el pagador primario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados en el *Manual para los Miembros* 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, por ejemplo, comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Ayuda pagada pendiente: Puede continuar recibiendo los servicios autorizados previamente mientras esté esperando la decisión acerca de la apelación de Nivel 1 (y por un servicio de Healthy Connections Medicaid, mientras esté esperando la decisión de la apelación de Nivel 2). Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada pendiente”. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información. Si tiene otras preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.

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.

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 activos 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 médicos que usted obtendrá y cómo los obtendrá.

Equipo de cuidados: 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. Usted es un miembro importante del equipo de cuidado y puede incluir a otros familiares o amigos.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Queja: Una declaración escrita o verbal que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre su cuidado o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier duda sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar un reclamo”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Evaluación Integral: Una revisión destinada a considerar en mayor detalle sus necesidades médicas, necesidades sociales y capacidades. Obtendremos información suya, de sus proveedores y familiares/cuidadores cuando corresponda. Esta evaluación será llevada a cabo por profesionales de salud calificados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y coordinadores de cuidados.

Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, 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.

Organización de Atención Coordinada e Integrada (CICO): Otro nombre para un Medicare-Medicaid Plan.

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, los servicios y el apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Entrenamiento de competencia cultural: Entrenamiento que proporciona instrucción adicional para 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 o de venta libre (over-the-counter, OTC) son ejemplos de categorías de medicamentos. Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se incluye en una de las tres (3) categorías.

Equipo médico duradero (DME): Algunos elementos que su médico 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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 (Extra Help): Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de medicamentos recetados 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 un tribunal y demuestre que una decisión que tomamos no es correcta.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca 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 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.

Healthy Connections Medicaid: Programa Medicaid de South Carolina. Para obtener más información, consulte la definición de “Medicaid” que se incluye a continuación.

Healthy Connections Prime: Un programa de demostración conjuntamente operado por Carolina del Sur y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Healthy Connections Medicaid.

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 miembro que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho de elegir un centro de cuidado paliativo.
- 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 cuidado paliativo disponibles en su área.

Facturación inapropiada: Una situación en que un proveedor le factura por servicios una cantidad mayor que los costos compartidos del plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro de Molina

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



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.

Entidad de Revisión Independiente (IRE): Una organización que es contratada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Medicare & Medicaid Services, CMS) para llevar a cabo una revisión de una apelación de Nivel 2 para un servicio o un artículo que está cubierto solo por Medicare o tanto por Medicare como por Health Connections Medicaid. Si Molina Dual Options deniega la aprobación para un servicio o un artículo durante una apelación de Nivel 1 del miembro, la apelación denegada se envía a la IRE para llevar a cabo una revisión de Nivel 2. La IRE no está conectada con Molina Dual Options y no es un organismo gubernamental. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Examen de salud inicial: 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.

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 Apoyo a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS): Los servicios y asistencia a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a una residencia para ancianos u hospital.

Subsidio por ingresos bajos (low-income subsidy, LIS): Consulte “Ayuda Adicional (Extra Help)”.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de los servicios y apoyos a largo plazo.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted puede recibir los beneficios de los programas de Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario:

- Servicios que no son razonables y necesarios:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión o
- para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo mal formado o
- de otro modo médicamente necesario conforme a la ley de Medicare.
- Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos.
- De acuerdo con la ley y la regulación de Healthy Connections Medicaid, los servicios son médicamente necesarios si tienen las siguientes características:
 - Ser esenciales para prevenir, diagnosticar, evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar afecciones médicas que ponen en riesgo la vida, causan sufrimiento o dolor, causan una deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una incapacidad, u originar una enfermedad o dolencia **y**
 - Prestarse en un centro adecuado con el nivel de atención apropiado para el tratamiento de su afección médica; **y**
 - Prestarse de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de práctica médica.

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

Medicare Advantage Plan: Un programa Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “Plan MA” que ofrece planes a través de empresas 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 Healthy Connections Medicaid. Un afiliado a Medicare-Medicaid también se llama “persona compartida”.

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en el hospital, centro de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y centro de cuidado paliativo.

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



suministros para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B, ni de Healthy Connections Medicaid. Molina Dual Options incluye Medicare Parte D.

Medicamentos Parte D de Medicare: Los medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte D. El congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de nuestra cobertura como Medicamentos Parte D. Healthy Connections Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona que tiene Medicare y Healthy Connections Medicaid y es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, 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 adicionales 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 membresía, sus beneficios, sus querellas y sus apelaciones. Consulte el Capítulo 2 y la parte inferior de la página para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: Una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan a usted servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le dan a usted servicios de atención médica, equipo médico, así como servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y del estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros una suma adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también son llamados “proveedores del plan”.

Casa o centro para convalecientes: Un lugar que brinda cuidados a las personas que no pueden recibirlos en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Mediador (Mediador de Healthy Connections Prime): Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder a preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios de mediación son gratuitos. El Mediador de Healthy Connections Prime es el mediador para las personas inscritas en Healthy Connections Prime. Puede encontrar más información acerca del mediador en los Capítulos 2 y 9 de este manual, incluida información sobre cómo comunicarse con el Mediador de Healthy Connections Prime

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



Determinación de organización: El plan tomó una determinación de 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.

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

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

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 (over-the-counter, OTC): Los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta médica.

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”.

Información médica personal (también llamada información médica protegida [protected health information, PHI]): Información acerca de usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte la Notificación de las normas de privacidad de Molina Dual Options para obtener más información acerca de cómo Molina Dual Options protege, utiliza y divulga su información médica protegida (protected health information, PHI) y sobre sus derechos con respecto a esta.

Proveedor de cuidados primarios (primary care provider, PCP): Su proveedor de cuidados primarios es el médico u otro proveedor al que usted recurre primero para la mayoría de sus problemas de salud. Su PCP se asegura de que reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



- Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y remitirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de cuidados primarios antes de recurrir a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de cómo obtener cuidados de proveedores de cuidados primarios.

Autorización previa: Una aprobación de Molina Dual Options que debe obtener antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específicos, o para recurrir a un proveedor fuera de la red. Molina Dual Options podría no cubrir el servicio o medicamento si no obtiene una aprobación.

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

- 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 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 elementos 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 (Quality Improvement Organization, 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 cuidados primarios (primary care provider, PCP) debe darle la aprobación antes de poder recibir la atención de otro profesional. Si usted no recibe la aprobación, Molina Dual Options no podrá cubrir los servicios. No necesita una remisión para recurrir algunos especialistas, como los especialistas de salud de la mujer. Puede encontrar más información acerca de remisiones en el Capítulo 3 y acerca de servicios que requieren remisiones en el Capítulo 4.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener información adicional acerca de los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: Un área geográfica en la que el plan de salud acepta miembros. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, por lo general, también es el área donde puede

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.



recibir servicios de rutina (no de emergencia). Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Molina Dual Options.

Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Una residencia para ancianos 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 (skilled nursing facility, SNF): Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados de forma continua y diaria en un centro de atención enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

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

Agencia de Medicaid del estado: Se designa al Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina (SCDHHS) como la única agencia estatal para la administración del programa Medicaid (llamada "Healthy Connections Medicaid") en Carolina del Sur. SCDHHS es una agencia a nivel del gabinete del Gobernador del Estado de South Carolina.

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 (Supplemental Security Income, SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más de edad. Los beneficios SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Categoría: Una categoría es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos y de venta libre).

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	<p>(855) 735-5831 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.</p> <p>Las tecnologías de asistencia, incluidas las opciones de autoservicio y el correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.</p>
FAX	<p>Para servicios médicos/Para medicamentos de Healthy Connections Medicaid (No Parte D): Fax: (843) 740-1749</p> <p>Para los servicios de recetas de la Parte D: Fax: (866) 290-1309</p>
ESCRÍBANOS	<p>Para el Departamento de Servicios para Miembros:</p> <p>P.O. Box 40309 North Charleston, SC 29423-0309</p> <p>Para medicamentos de Healthy Connections Medicaid (No Parte D):</p> <p>P.O. Box 40309 North Charleston, SC 29423-0309</p> <p>Para los servicios de recetas médicas de la Parte D:</p> <p>7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047</p>
SITIO WEB	www.MolinaHealthcare.com/Duals