TX H8197-002-002

2023
Manual del Miembro

Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan

Texas H8197-002-002

Sirviendo de: Bexar y Harris

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2023

MOLINA HEALTHCARE

TEXAS Medicare Medicaid PLAN
Your Health Plan ★ Your Choice

TEXAS Health and Human Services

Manual del Miembro del Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan

01/01/2023 – 12/31/2023

Su Cobertura Médica y de Medicamentos bajo el Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan

Introducción al *Manual del Miembro*

En este manual, se le informa acerca de su cobertura Molina Dual Options STAR+PLUS hasta el 12/31/2023. Se explican los servicios de atención médica, cobertura médica de salud conductual, cobertura de medicamentos recetados y servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, LTSS). Los LTSS lo ayudan a usted a permanecer en su casa en lugar de acudir a una residencia para ancianos o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

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

Molina Healthcare of Texas ofrece este plan de Molina Dual Options STAR+PLUS. Cuando en este *Manual del Miembro* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Molina Healthcare of Texas. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, significa Molina Dual Options STAR+PLUS.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (866) 856-8699, TTY: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla español, los servicios de asistencia del idioma, sin costo, están disponibles para usted. Llame al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, 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 (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, 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 idioma distinto del inglés, póngase en contacto con el Estado al (800) 252-8263, 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. Para obtener este documento en un formato alterno, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Un representante puede ayudarlo a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede ponerse en contacto con su Coordinador de Servicios para obtener ayuda con las solicitudes permanentes.

2023 Molina Dual Options STAR+PLUS

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* 26

Capítulo 4: *Tabla de beneficios* 44

Capítulo 5: *Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan* 105

Capítulo 6: *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Texas Medicaid* 121

Capítulo 7: *Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos* 127

Capítulo 8: *Sus derechos y responsabilidades* 131

Capítulo 9: *¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 151

Capítulo 10: *Cómo terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid* 196

Capítulo 11: *Avisos legales* 202

Capítulo 12: *Definiciones de términos importantes* 204

Exenciones de responsabilidad

- Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Texas Medicaid para proporcionar beneficios de ambos programas a los afiliados.
- La cobertura conforme al plan Molina Dual Options STAR+PLUS 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 (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre los requisitos de la responsabilidad compartida individual.
- Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

Capítulo 1: Inicio como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información acerca de Molina Dual Options STAR+PLUS, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Medicaid de Texas, y su membresía en este. También le dice qué esperar y qué otra información obtendrá de Molina Dual Options STAR+PLUS. 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 STAR+PLUS 5

B. Información acerca de Medicare y Medicaid 5

B1. Medicare 5

B2. Texas Medicaid 6

C. Ventajas de este plan 6

D. Área de servicio de Molina Dual Options STAR+PLUS 7

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

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

G. Su plan de cuidados 8

H. Prima mensual del plan de Molina Dual Options STAR+PLUS 8

I. El *manual del miembro* 8

J. Otra información que obtendrá de nosotros 9

J1. Su Tarjeta de Identificación del Miembro de Molina Dual Options STAR+PLUS 9

J2. *Directorio de Proveedores y Farmacias* 9

J3. *Lista de los Medicamentos Cubiertos* 11

J4. *La Explicación de Beneficios* 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 STAR+PLUS

Molina Dual Options STAR+PLUS es un Medicare-Medicaid Plan. Un Medicare-Medicaid Plan es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyo y servicios a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de servicio y grupos de coordinación de servicio, quienes lo ayudan a usted a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Molina Dual Options STAR+PLUS fue aprobado por el estado de Texas y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para brindar servicios como parte del Proyecto Texas Dual Eligibles Integrated Care Demonstration Project.

Texas Dual Eligibles Integrated Care Demonstration Project es un programa de demostración operado conjuntamente por Texas y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Texas 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 Texas Medicaid.

Cada miembro cuenta

En Molina Healthcare, comprendemos que cada miembro es diferente y tiene necesidades únicas. Queremos asegurarnos de que nuestros miembros reciban la atención apropiada, en el lugar correcto y en el momento correcto. Ponemos al miembro a cargo de su propia atención. Los servicios de atención médica se adaptan a sus necesidades, y no al revés.

- Comenzamos con una evaluación de riesgos de salud. Esto nos ayuda a determinar no solamente sus necesidades médicas, sino también sus necesidades de transporte, alimentos y refugio. Utilizamos esta información para crear su Plan de cuidados/Plan de servicios individualizados (Individual Service Plan, ISP).
- Su grupo de coordinación de servicio trabaja en su nombre para tratar rápidamente sus problemas médicos.
- Un coordinador de servicios realizará visitas y brindará comentarios al equipo de atención para abordar las inquietudes antes de que se conviertan en problemas más importantes. Los coordinadores de servicios también son capaces de conectarlo con los organismos de servicio social y ayudarlo a crear un sistema de apoyo y red de seguridad.
- Trabajaremos con usted en la transición entre el hospital, el centro de enfermería y su hogar para que sea lo más tranquila posible.

La comunicación es muy importante para ayudarlo a que esté más sano y seguro en su hogar. Nos comunicaremos con usted con frecuencia.

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. Texas Medicaid

Texas 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 LTSS y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare.

Cada estado tiene su propio programa Medicaid y decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién califica,
- qué servicios se cubren, **y**
- el costo de los servicios.

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

Medicare y Texas deben aprobar Molina Dual Options STAR+PLUS cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Texas Medicaid a través de nuestro plan siempre que:

- sea elegible para participar en el proyecto Texas Dual Eligibles Integrated Care Demonstration Project;
- ofrezcamos el plan en su condado; **y**
- Medicare y el estado de Texas aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para servicios de Medicare y Texas Medicaid no cambiará.

C. Ventajas de este plan

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

Molina Dual Options STAR+PLUS ayudará a que sus beneficios de Medicare y Texas 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 de salud.
- Tendrá un grupo de coordinación de servicio que usted mismo ayudó a constituir. Su grupo de coordinación de servicio puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de la salud que estén cerca para ayudarlo a obtener la atención que usted necesita.
- Tendrá un coordinador de servicios. Esta es una persona que trabaja con usted, con Molina Dual Options STAR+PLUS y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que obtenga la atención médica que necesita.
- Usted será capaz de dirigir su propia atención médica con la ayuda de su grupo de coordinación de servicio y su coordinador de servicios.
- El grupo de coordinación de servicio y el coordinador de servicios trabajarán con usted para desarrollar un plan de atención médica específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades

de salud. El grupo de coordinación de servicio será responsable de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo, lo siguiente:

- Su grupo de coordinación de servicio se asegurará de que sus médicos conozcan sobre todos los medicamentos que usted toma para que ellos puedan reducir cualquier efecto secundario.
- Su grupo de coordinación de servicio 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 STAR+PLUS

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Bexar y Harris.

Solo las personas que viven en estos condados en nuestra área de servicio pueden acceder a Molina Dual Options STAR+PLUS.

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 es elegible para nuestro plan si cumple con las siguientes condiciones:

- tiene 21 años o más **y**
- vive en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio geográfica aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B **y**
- es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos **y**
- es elegible para Texas Medicaid y **al menos una** de las siguientes:
  - tiene una discapacidad física o mental y puede recibir los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) o
  - puede recibir los beneficios de Texas Medicaid porque recibe servicios de renuncia de Servicios en el hogar y basados en la comunidad (Home and Community based Services, HCS); **y**
- NO está inscrito en alguno de los siguientes programas de renuncia 1915(c):
  - Servicios de apoyo y asistencia para vivir en la comunidad (Community Living Assistance and Support Services, CLASS).
  - Programa para ciegos y sordos con discapacidades múltiples (Deaf Blind with Multiple Disabilities Program, DBMD).
  - Servicios de renuncia basados en el hogar y la comunidad (Home and Community-based Services, HCS).
  - Programa de Texas para vivir en casa (Texas Home Living Program, TxHmL).

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

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, obtendrá una evaluación de riesgos de la salud dentro de los primeros 90 días.

Utilizamos la Evaluación de Riesgos de la Salud (Health Risks Assessment, HRA) para preparar su Plan de cuidados/Plan de servicios individualizados (Individual Service Plan, ISP). Incluirá preguntas para ayudarnos a identificar sus Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) médicos, salud conductual y necesidades funcionales y sociales.

Nos comunicaremos con usted para llenar la HRA. Puede completarse por teléfono o personalmente.

Si Molina Dual Options STAR+PLUS es nuevo para usted, puede seguir recurriendo a sus doctores durante 90 días o hasta que finalice la nueva evaluación de riesgos de la salud.

Una vez que el periodo de continuidad de la atención médica finalice, es decir, 90 días para la mayoría de los servicios y 6 meses para los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), incluidos los servicios de centros de enfermería, pero 9 meses para las personas diagnosticadas con una enfermedad terminal y que reciben tratamiento por ella, o una vez que la evaluación esté completa y el Plan de Cuidados o el Plan de Cuidados Individualizados (Individual Service Plan, ISP) estén actualizados y acordados, usted deberá recurrir a médicos y otros proveedores de la red Molina Dual Options STAR+PLUS. 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 cuidados

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

Después de su evaluación de riesgos de la salud, su grupo de coordinación de servicio se reunirá con usted para hablar sobre los servicios que usted necesita y desea. Juntos, usted y su grupo de coordinación de servicio elaborarán su plan de cuidados.

Cada año, su grupo de coordinación de servicio trabajará con usted para actualizar su plan de cuidados si cambian los servicios de salud que necesita y desea.

H. Prima mensual del plan de Molina Dual Options STAR+PLUS

Molina Dual Options STAR+PLUS no tiene una prima mensual del plan.

I. El *manual del miembro*

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

Puede solicitarnos un *Manual del Miembro* llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede consultar el *Manual del Miembro* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo desde este sitio web.

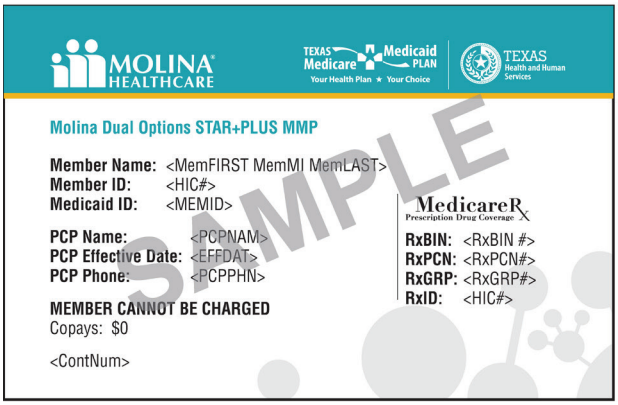
El contrato está vigente durante los meses en que está afiliado a Molina Dual Options STAR+PLUS entre el 01/01/2023 y el 12/31/2023.

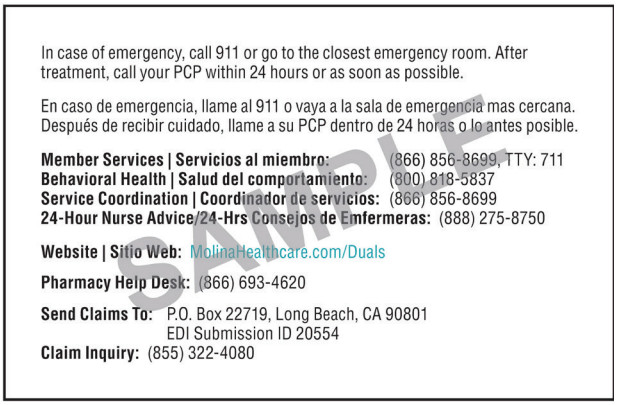
J. Otra información que obtendrá de nosotros

Usted ya debería haber recibido su Tarjeta de Identificación del Miembro de Molina Dual Options STAR+PLUS, la información sobre cómo acceder a un *Directorio de Proveedores y Farmacias*, y la información sobre cómo acceder a la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

J1. Su Tarjeta de Identificación del Miembro de Molina Dual Options STAR+PLUS

En nuestro plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Texas Medicaid, además de los servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) 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 pierde, daña o roban su tarjeta, llame de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local 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 Texas Medicaid de Beneficios para obtener los servicios. Mantenga las tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de Identificación del Miembro de Molina Dual Options STAR+PLUS, el proveedor puede fracturarle 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. **La única excepción es que utilizará su tarjeta de Original Medicare si necesita cuidado paliativo.**

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 STAR+PLUS. 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 7).

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* si llama al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo desde este sitio web.

El Directorio de Proveedores y Farmacias incluye el siguiente tipo de información:

- Cómo obtener la información más actualizada sobre los proveedores de la red en su área.
- Cuáles son los proveedores de la red, los proveedores de cuidados primarios y los especialistas incluidos (proveedores de atención médica para indígenas).
- Cómo comunicarse con su Coordinador de Servicios.
- Cómo elegir un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP).
- Cómo obtener Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long Term Services and Supports, LTSS).
- Cómo identificar a los proveedores de nuestra red.
- Cómo encontrar proveedores en su área.
- La Lista de proveedores dentro de la red, entre los que se incluyen:
  - profesionales de atención médica (PCP, especialistas de la red, etc.),
  - instalaciones (Hospitales, Centros quirúrgicos, etc.),
  - proveedores de apoyo (atención médica domiciliaria, DME, etc.).
- Las farmacias en nuestra red, lo que incluye lo siguiente:
  - farmacias minoristas,
  - pedidos por correo,
  - farmacias de infusiones en el hogar,
  - farmacias de atención a largo plazo.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro 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 incluyen clínicas, hospitales de atención intensiva, centros de enfermería, médicos de atención primaria, especialistas, enfermeros y otros profesionales de atención médica y proveedores auxiliares (agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipos médicos duraderos, etc.) de los cuales puede recibir servicios como miembro de nuestro plan. Los proveedores de la red también pueden incluir Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long-term Services and Supports, LTSS), que permiten que un miembro reciba servicios en la comunidad (es decir, servicios en el hogar). Estos servicios incluyen actividades de la vida diaria, tales como planificación de comidas, asistencia para las actividades de la vida diaria, cuidado personal, atención diurna para adultos y cuidado de crianza. Todos estos servicios están disponibles para los miembros en el resumen de beneficios de Medicare y 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.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local para obtener más información. Tanto el Departamento de Servicios para

Miembros como el sitio web de Molina Dual Options STAR+PLUS pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en los proveedores y farmacias de la red.

J3. *Lista de los Medicamentos Cubiertos*

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La llamamos "Lista de Medicamentos" para abreviar. En esta, se indica qué medicamentos recetados están cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS.

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

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals o llame al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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**. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber lo siguiente:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- 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 una residencia para ancianos u hospital.

- Atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Cambios en su cuidador (o cualquiera que sea responsable por usted).
- Si participa o decide participar en un estudio de investigación clínica (NOTA: No tiene la obligación de informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le animamos a que lo haga).

De haber cualquier cambio en la información, infórmenos llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

También puede realizar algunas actualizaciones de su información en línea si ingresa a www.MyMolina.com.

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 STAR+PLUS y de sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información acerca de cómo comunicarse con su coordinador de servicios y otros que puedan defenderlo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options STAR+PLUS 15

A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros 16

B. Cómo comunicarse con su Coordinador de Servicios 18

B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de servicios 18

C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras 19

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras 20

D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual y Abuso de Sustancias 20

D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual y abuso de sustancias 20

E. Cómo comunicarse con la Línea de Servicios de Transporte Médico que No Sea de Emergencia (Nonemergency Medical Transportation, NEMT) 20

E1. Cuándo comunicarse con la Línea de Servicios de NEMT 20

F. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 21

F1. ¿Cuándo contactar a HICAP? 21

G. Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) 22

G1. Cuándo contactar a KEPRO 22

H. Cómo comunicarse con Medicare 23

I. Cómo comunicarse con Texas Medicaid 24

J. Cómo comunicarse con la Oficina del Mediador de la HHSC 24

K. Cómo comunicarse con el Mediador de Atención a Largo Plazo de Texas 25

L. Otros recursos 25

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

LLAME AL	(866) 856-8699 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local 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. **En caso de emergencia:** llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana u otro entorno apropiado. Si no sabe si debe ir a una sala de emergencias, llame a su proveedor de cuidados primarios (PCP) o a la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día al (888) 275-8750. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
FAX	Para servicios médicos: (801) 858-0465 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Fax: (866) 290-1309
ESCRÍBANOS	Para el Departamento de Servicios para Miembros: Molina Dual Options STAR+PLUS P.O. Box 165089 Irving, TX 75016 Para medicamentos de Medicaid (los elementos marcados con un [*] son medicamentos que no están incluidos en la Parte D o medicamentos de venta libre cubiertos por Medicaid): Molina Healthcare of Texas Attn: Member Complaints & Appeals P. O. Box 165089 Irving, TX 75016 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Molina Dual Options STAR+PLUS 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
SITIO WEB	www.MolinaHealthcare.com/Duals

A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas acerca de reclamos, facturación o tarjetas de identificación 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, **o**
    - la suma que pagaremos por sus servicios de salud.
  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura acerca de la atención médica.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión acerca de su cobertura y pedirnos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.
- Quejas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor fuera de la red o de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentarnos una queja sobre la calidad del cuidado que recibió 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 sobre Molina Dual Options STAR+PLUS 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, **o**
    - la suma que pagaremos por los medicamentos.
  - Esto aplica a sus medicamentos Parte D, medicamentos recetados de Medicaid y medicamentos de venta libre de 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 forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

Para apelar a una decisión de cobertura acerca de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros o presente su apelación por escrito:

Información de contacto			
Si su apelación es acerca de: Medicamentos Parte D	**Esto es lo que tiene que hacer:** Debe solicitar la apelación dentro de los 60 días posteriores a la decisión de cobertura.	**Recibirá una decisión en:** 7 días naturales	**Para apelaciones sobre medicamentos Parte D, envíe un correo a:** Farmacia de Medicare 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047 Fax al: (866) 623-1309
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)	**Esto es lo que tiene que hacer:** Debe solicitar la apelación dentro de los 90 días posteriores a la decisión de cobertura	**Recibirá una decisión en:** 30 días naturales (más 14 días de extensión)	**Para apelaciones sobre medicamentos de Medicaid, envíe un correo a:** 1660 N. Westridge Circle Irving, TX 75038 **Fax al:** (713) 623-0645

- 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 sobre Molina Dual Options STAR+PLUS 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
  - Los miembros que soliciten reembolso por servicios deben comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options STAR+PLUS al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
  - 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 nosotros denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre apelaciones.

B. Cómo comunicarse con su Coordinador de Servicios

Su Coordinador de Servicios es su contacto principal. El Coordinador de Servicios lo ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios, y se asegurará de que usted obtenga lo que necesite. Usted y/o su representante autorizado legalmente pueden solicitar el cambio del Coordinador de Servicios que se le asignó si llaman a la Línea de coordinación de servicios. Podríamos realizar cambios en la asignación del Coordinador de Servicios del miembro de acuerdo con sus necesidades (culturales/lingüísticas/ físicas/de salud conductual) o su ubicación. Si tiene preguntas, llame a su Coordinador de Servicios para obtener más información.

LLAME AL	(866) 409-0039 Esta llamada es gratuita. de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro Las tecnologías de asistencia, incluidas las opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después del horario de atención habitual, y los sábados y domingos. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro
ESCRÍBANOS	Molina Dual Options STAR+PLUS P.O. Box 165089 Irving, TX 75016
SITIO WEB	www.MolinaHealthcare.com/Duals

B1. Cuándo comunicarse con su Coordinador de Servicios

- Tiene preguntas sobre su atención médica.
- Tiene preguntas acerca de cómo obtener servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, LTSS).
  - Hay un cambio en la condición de acuerdo con la salud o el cuidador.
  - Tiene preguntas sobre hospitalización o visitas a la sala de emergencias.
  - Tiene preguntas acerca de la educación en salud y bienestar, la administración de medicamentos o la ayuda con los proveedores.

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

- Servicios de Ayudante Personal (Personal Assistance Services, PAS).
- Servicios de Salud y Actividades durante el Día (Day Activity and Health Services, DAHS).
- Supervisión de protección.
- Terapia: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla.
- Servicios de relevo en el hogar o fuera del mismo.
- Servicios de enfermería a domicilio.

- Servicios de respuesta de emergencia (Emergency response services, ERS).
- Comidas entregadas en el domicilio.
- Modificaciones menores en el hogar.
- Dispositivos de adaptación.
- Suministros médicos.
- Servicios dentales.
- Cuidado suplente para adultos.
- Asistencia para las actividades de la vida diaria.
- Servicios de asistencia de transición.
- Servicios de administración financiera.
- Terapia de rehabilitación cognitiva.
- Asistencia al empleado.
- Empleo con apoyo.
- Rehabilitación.

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 integral 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, 7 días a la semana y 365 días al año. La NCQA está diseñada para cumplir con los estándares de información de la salud de la NCQA para los estándares aplicables para los planes de salud.

LLAME AL	(888) 275-8750 Esta llamada es gratuita. 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

D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual y Abuso de Sustancias

Usted puede llamar a la Línea de Crisis de Salud Conductual si necesita ayuda de inmediato o no está seguro de lo que debe hacer. Si tiene una emergencia que puede causarle la muerte o daños a usted o a terceros, acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano O llame al 911.

LLAME AL	(800) 818-5837 Esta llamada es gratuita. 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 para inglés y español Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual y abuso de sustancias

- Preguntas sobre servicios de salud conductual
- Preguntas sobre servicios de tratamiento de abuso de sustancias

E. Cómo comunicarse con la Línea de Servicios de Transporte Médico que No Sea de Emergencia (Nonemergency Medical Transportation, NEMT)

Recuerde programar los viajes lo antes posible y**, al menos, dos días laborales antes de que necesite el viaje.**

LLAME AL	866 462-4856 Esta llamada es gratuita. 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

E1. Cuándo comunicarse con la Línea de Servicios de NEMT

- Preguntas y ayuda para programar viajes a citas de atención médica que no sean de emergencia.

- Preguntas sobre el estado de su viaje programado.

F. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) le brinda asesoramiento gratuito sobre seguro médico a personas con Medicare. En Texas, SHIP recibe el nombre de Asesoramiento de Información sobre Salud y Programa de Defensoría de Texas (Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas, HICAP).

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

LLAME AL	1-800-252-3439
ESCRÍBANOS	Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP) PO Box 149104 Austin, TX 78714
CORREO ELECTRÓNICO	ConsumerProtection@tdi.texas.gov
SITIO WEB	www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/

F1. ¿Cuándo contactar a HICAP?

- Preguntas acerca de su seguro de atención médica de Medicare
  - Los asesores de HICAP pueden responder sus preguntas acerca de cómo cambiarse a un plan nuevo y ayudarlo a:
    - 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.

G. Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

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

LLAME AL	1-888-315-0636
TTY	855-843-4776 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRÍBANOS	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
CORREO ELECTRÓNICO	KEPRO.Communications@hcqis.org
SITIO WEB	www.tmf.org/

G1. 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.

H. 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 de audición o del habla. 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 brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, doctores, agencias de atención médica a domicilio y centros de 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.

I. Cómo comunicarse con Texas Medicaid

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

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que obtiene de Medicaid, comuníquese con la línea directa de Texas Medicaid.

LLAME AL	1-800-252-8263 o 2-1-1
TTY	1-800-735-2989 o 7-1-1
ESCRÍBANOS	Texas Health and Human Services P.O. Box 149024 Austin, TX 78714-9024
SITIO WEB	yourtexasbenefits.com/Learn/Home

J. Cómo comunicarse con la Oficina del Mediador de la HHSC

La oficina de la HHSC del Mediador trabaja como defensora en su nombre. Pueden responder a preguntas si tiene un problema o queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. La oficina de la HHSC del Mediador también ayuda a las personas inscritas en Texas Medicaid con problemas de servicio o facturación. No está relacionada con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. La oficina de la HHSC del Mediador es un programa independiente y sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-877-787-8999
TTY	1-800-735-2989 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRÍBANOS	Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman, MC H-700 P O Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/your-rights/hhs-office-ombudsman/ombudsman-managed-care-help

K. Cómo comunicarse con el Mediador de Atención a Largo Plazo de Texas

El Mediador de atención a largo plazo de Texas es un programa de mediación que ayuda a las personas a aprender sobre las residencias para 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.

LLAME AL	1-800-252-2412
TTY	1-877-688-9891 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRÍBANOS	Texas Long-Term Care Ombudsman Program Texas Health and Human Services P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9030
CORREO ELECTRÓNICO	ltc.ombudsman@dads.state.tx.us
SITIO WEB	apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/

L. Otros recursos

Corredor de inscripción: Línea de ayuda de STAR+PLUS 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro

Atención médica administrada de Medicaid 1-866-566-8989;

Atención médica administrada de Medicaid núm. TTY 7-1-1 o 1-800-735-2989 (Relay Texas)

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 con Molina Dual Options STAR+PLUS. También le informa sobre su Coordinador de Servicios, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en ciertas circunstancias especiales (incluidos 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 un equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro.*

Tabla de contenidos

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

B. Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) cubiertos por el plan 28

C. Información sobre su Coordinador de Servicios 30

C1. Qué es un Coordinador de Servicios 30
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de servicios 30
C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de servicios 30
C4. Qué puede hacer un coordinador de servicios por usted 30

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red, y cómo cambiar los planes de salud 30

D1. Atención de un proveedor de atención médica primaria 30
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red 32
D3. Qué hacer cuando un proveedor sale del plan 33
D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red 33
D5. Cómo cambiar los planes de salud 34

E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) 34

F. Cómo obtener servicios de salud conductual 34

G. Cómo obtener atención médica autodirigida 35

H. Cómo obtener Servicios de Transporte Médico que No Sea de Emergencia (Nonemergency Medical Transportation, NEMT) 35
H1. Qué son los servicios de NEMT 35
H2. Qué servicios se incluyen 35
H3. Cómo programar servicios de NEMT 36
I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere cuidado urgente, o durante un desastre 36
I1. Cuidado en casos de emergencia médica 36
I2. Atención médica requerida urgentemente 38
I3. Atención médica durante un desastre 38
J. Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan 39
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 39
K. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica 39
K1. Definición de estudio de investigación clínica 39
K2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica 40
K3. Aprenda más acerca de estudios de investigación clínica 40
L. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica 40
L1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica 40
L2. Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica 41
M. Equipo médico duradero (DME) 41
M1. DME como miembro de nuestro plan 41
M2. La propiedad de DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage 42
M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan 42
M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage 42

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

Los servicios incluyen atención médica, apoyo y servicios a largo plazo, 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 el apoyo y servicios a largo plazo se describen 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 su atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) cubiertos por el plan

Molina Dual Options STAR+PLUS cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Texas Medicaid. Esto incluye salud conductual y Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS).

Por lo general, Molina Dual Options STAR+PLUS 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 razonable o necesario para prevenir o tratar enfermedades o afecciones médicas o discapacidades. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También se refiere a servicios, suministros, equipos o medicamentos que cumplen los estándares aceptados de práctica médica.
- 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 no obtiene la aprobación, es posible que Molina Dual Options STAR+PLUS no cubra los servicios. No necesita una remisión para algunos especialistas, como los de salud de la mujer. Para obtener más información acerca de las remisiones, consulte la página 30.

- No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente o para ver al proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención médica sin tener una remisión del PCP. Para obtener más información acerca de esto, consulte la página 30.
- Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la página 30.
  - **Nota:** Durante sus primeros 90 días en nuestro plan, puede continuar recurriendo a sus proveedores actuales, sin costo alguno, si no son parte de nuestra red. Durante los*90 días*, nuestro Coordinador de Servicios se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar a los proveedores de nuestra red. Después de estos 90 días, ya no cubriremos su atención médica si continúa recurriendo a proveedores fuera de la red.

- **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 comprender qué significa una emergencia o atención médica requerida urgentemente, consulte la Sección I, página 36
  - 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 STAR+PLUS requiere autorización previa. Debemos tomar la decisión 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 30.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no puede atenderse con él durante un breve periodo. Usted puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
  - Cuando se inscriba en el plan, podrá continuar recurriendo a sus proveedores por al menos 90 días.
  - El plan debe permitir que las mujeres miembros con más de 24 semanas de embarazo permanezcan bajo la atención del obstetra ginecólogo actual hasta el momento del parto, la atención de posparto inmediata y el chequeo médico de seguimiento dentro de las primeras seis (6) semanas posteriores al parto.
  - El plan permite a los miembros, quienes al momento de la inscripción fueron diagnosticados con una enfermedad terminal o recibían tratamiento por una enfermedad terminal, que permanezcan bajo el cuidado de su proveedor actual por los servicios cubiertos por hasta nueve meses.
  - El plan permite a los miembros que reciben Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long Term Services and Supports, LTSS), en el momento de la inscripción, continuar recibiendo servicios por hasta seis meses.
  - El plan permite a los miembros que reciben servicios de centros de enfermería, en el momento de la inscripción, continuar recibiendo servicios por hasta seis meses.

C. Información sobre su Coordinador de Servicios

C1. Qué es un Coordinador de Servicios

Su coordinador de servicios es su contacto principal y lo ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

C2. Cómo puede comunicarse con su Coordinador de Servicios

Puede comunicarse con la Línea de coordinación de servicios al (866) 409-0039, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro. Esta llamada es gratuita.

C3. Cómo puede cambiar a su Coordinador de Servicios

Usted o su representante autorizado legalmente pueden solicitar el cambio del Coordinador de Servicios que se le asignó si llaman a la Línea de coordinación de servicios. Es posible que el personal de Servicios de Atención Médica de Molina Dual Options STAR+PLUS realice cambios en la asignación del Coordinador de Servicios de un miembro en función de las necesidades (culturales, lingüísticas, físicas, de salud conductual) o la ubicación del miembro.

C4. Qué puede hacer un Coordinador de Servicios por usted

Su coordinador de servicios puede ayudarlo a determinar su atención médica, sus servicios y apoyos a largo plazo y sus necesidades de atención de salud conductual, y puede ayudar a escribir un plan de servicios con usted y su médico. Su coordinador de servicios también puede hablar con los administradores de casos, proveedores, farmacéuticos u otras personas que usted considere importantes para sus necesidades de atención médica y ayudarlo a encontrar los servicios que necesita para mantenerse saludable.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red, y cómo cambiar los planes de salud

D1. Atención de un proveedor de atención médica primaria

Debe elegir un proveedor de cuidados primarios (PCP) para que le brinde y gestione 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 y/o una clínica o un hogar médico (centros de salud acreditados a nivel federal [FQHC]) que le brinda atención médica de rutina. Su PCP también le proporcionará la mayor parte de su atención médica y lo ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Esta incluye:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias.

- Cuidado de médicos especialistas.
- Admisiones al hospital.
- Cuidado de seguimiento.
- “Coordinar” sus servicios incluye consultar con otros proveedores de la red sobre su atención y desarrollo. Si usted necesita determinados tipos de servicios o proveedores cubiertos, debe obtener la aprobación previa de su PCP. En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros. Dado que el PCP será el que proveerá y coordinará su atención médica, deberá verificar que se hayan enviado sus historias clínicas al consultorio de este.
- En algunos casos especiales, un especialista puede desempeñarse como un PCP. El miembro/proveedor deberá llamar al Departamento de Servicios para Miembros para hacer esta solicitud. Molina Dual Options STAR+PLUS revisará la necesidad médica/idoneidad y obtendrá un acuerdo por escrito de parte de un especialista, quien será responsable de la coordinación de todas las necesidades de atención médica del miembro. Si el especialista no está dispuesto a desempeñarse como PCP, no se puede aprobar la solicitud.

Molina Dual Options STAR+PLUS mantiene una red de proveedores especializados para atender a sus miembros. Es posible que se requiera autorización previa en algunos casos para que reciba servicios especializados.

Su elección de PCP

La relación con su PCP es importante. Cuando escoja a su PCP, trate de elegir uno cerca de su hogar. Así facilitará las consultas y obtendrá el cuidado que necesita cuando lo necesite.

Para obtener una copia actualizada del Directorio de Proveedores y Farmacias, u obtener asistencia adicional para elegir un PCP, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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 durante el año. 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.

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local si desea obtener más información sobre nuestros proveedores del Molina Dual Options STAR+PLUS o si necesita ayuda para cambiar de PCP. El Departamento de Servicios para Miembros hará efectivo el cambio de PCP el primer día del siguiente mes. Para algunos proveedores, es posible que necesite una remisión de parte de su PCP (excepto en casos de servicios de cuidado urgente dentro o fuera del área de servicios).

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 o necesita atención inmediata durante el fin de semana).

NOTA: Los servicios deben requerirse de forma inmediata y ser médicamente necesarios.

- 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 la mujer. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías preventivas (radiografías del pecho), pruebas de Papanicolau y exploraciones pélvicas.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de atención médica para indígenas, puede recurrir a estos proveedores sin una remisión previa.
- Cualquier proveedor de servicios de salud conductual de la red
- Oftalmólogo u optometrista de la red para brindar servicios de atención médica para la vista, además de las cirugías.
- Servicios para Enfermedades de transmisión sexual (ETS), lo que incluye prevención del STD/VIH, examen preventivo, asesoramiento, diagnóstico y tratamiento.

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.

Contamos con muchos proveedores de atención especializada para cuidar a nuestros miembros. Si hay un especialista que desea consultar, solicíteselo a su PCP. Aunque no necesita una remisión para consultar a un proveedor de la red, su PCP de todos modos puede remitirlo o recomendarle otros proveedores de la red. Para algunos servicios, puede necesitar una autorización previa de nuestra parte. Usted, su coordinador de servicios o su proveedor pueden solicitar una autorización previa por teléfono, fax o correo.

Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 para obtener información acerca de los servicios que 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 un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de seleccionar 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 no podemos encontrar un especialista aprobado de la red que sea accesible para usted, debemos coordinar un especialista fuera de la red para brindarle atención.
- Si considera que no hemos remplazado al proveedor anterior con un proveedor aprobado o que su atención médica no está siendo bien administrada, tiene el derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.

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 (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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

Si los servicios o beneficios que usted necesita no están disponibles dentro de nuestra red, Molina Dual Options STAR+PLUS le brindará acceso a tiempo y adecuado a servicios fuera de la red, siempre que dichos servicios sean médicamente necesarios y no estén disponibles en la red. En la mayoría de los casos 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 usted recibe atención médica rutinaria de proveedores fuera de la red sin autorización previa, ni Medicare/Medicaid ni el plan serán responsables de los costos.

Si usted usa a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare o Texas Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare ni Texas Medicaid.
- Si consulta a un proveedor que no es 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.

D5. Cómo cambiar los planes de salud

Puede cambiar su plan de salud. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección A. También puede obtener ayuda de los siguientes recursos:

- Llame al contratista de servicios administrativos del estado al (877) 782-6440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del centro.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-800-252-3439.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, LTSS)

Los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long Term Services and Supports, LTSS) lo ayudan a cumplir con sus necesidades diarias de ayuda para permitirle funcionar tan independientemente como sea posible en un ambiente comunitario seguro.

Los miembros con diferentes exenciones pueden obtener distintas clases y sumas de LTSS. Si usted cree que necesita LTSS, puede hablar con su Coordinador de Servicios sobre cómo solicitar estos servicios y sobre todos los recursos disponibles para usted.

Su Coordinador de Servicios lo ayudará a entender cada programa. Para obtener más información, comuníquese con la Línea de coordinación de servicios al (866) 409-0039, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

F. Cómo obtener servicios de salud conductual

Usted tendrá acceso a servicios de salud conductual médicamente necesarios (salud mental y trastornos por consumo de sustancias) cubiertos por Medicare y Medicaid.

Molina Dual Options STAR+PLUS brinda acceso a muchos proveedores de atención de salud conductual. Puede encontrar una lista de proveedores en el sitio web de Molina Dual Options STAR+PLUS o llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Para obtener una copia actualizada del Directorio de Proveedores y Farmacias o para obtener asistencia adicional a fin de 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. Su proveedor de salud conductual obtendrá las autorizaciones necesarias. Usted puede autorremitirse a servicios de salud conductual y no requiere una remisión de su PCP. Para obtener más información sobre salud conductual, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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 afección 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 estándares aceptados de práctica médica y salud conductual. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia.

G. Cómo obtener atención médica autodirigida

Los Servicios dirigidos al consumidor están disponibles tanto para los miembros sin programas de exención como para los miembros sin programas de exención interesados en los Servicios dirigidos al consumidor (CDS, por sus siglas en inglés). Puede trabajar con su coordinador de servicios para determinar un plan. No todos los servicios son elegibles para CDS. En el modelo dirigido al consumidor, el afiliado o el representante legal autorizado del afiliado (LAR) es el empleador y tiene control sobre la contratación, administración y finalización de los servicios de ayudante personal (PAS), los cuidados de respiro en el hogar o fuera del hogar, centro de enfermería, fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) o terapia del habla y del lenguaje. Deberá elegir una Agencia de servicios de administración financiera (FMSA, por sus siglas en inglés) para ayudarlo con las funciones administrativas relacionadas con el empleador tales como la nómina, sustitutos y los informes relacionados a los impuestos

H. Cómo obtener Servicios de Transporte Médico que No Sea de Emergencia (Nonemergency Medical Transportation, NEMT)

H1. Qué son los servicios de NEMT

Los Servicios de NEMT proporcionan transporte a citas de atención médica que no sean de emergencia si no tiene otras opciones de transporte.

- Este transporte incluye viajes al consultorio del médico o del dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares donde usted recibe servicios de atención médica.
- Estos viajes **no** incluyen traslados en ambulancia.

H2. Qué servicios se incluyen

Los Servicios de NEMT incluyen lo siguiente:

- Pases o boletos para el transporte, como el transporte público dentro de ciudades o estados y entre ellos (incluso en tren o autobús).
- Servicios de transporte por aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte con sistema de respuesta a la demanda (de acera a acera) en autobuses privados, furgonetas o sedanes (incluso vehículos con acceso para sillas de ruedas, si es necesario).
- Reembolso del millaje por un participante de transporte individual (individual transportation participant, ITP) por un viaje verificado completo hacia un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una persona responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Costos de transporte para su asistente de NEMT si necesita que viaje con usted a su cita. Un asistente de NEMT puede ser:

- Un adulto que le brinda la movilidad o la asistencia personal o lingüística necesarias durante el transporte. (Por ejemplo, esto puede incluir a un adulto que trabaje como su asistente personal).
- Un animal de servicio que le brinda la movilidad o la asistencia personal necesarias durante el transporte y que ocupa un asiento que, de otro modo, otra persona podría ocupar.
- Un adulto que viaja con usted porque un proveedor de atención médica indicó por escrito que usted necesita un asistente.

- El transporte para los miembros de un centro de enfermería solo tiene cobertura cuando el miembro realiza un viaje de ida y vuelta de una cita de diálisis o si el miembro recibe el alta médica de un centro de enfermería a un nivel de atención inferior o al hogar.

H3. Cómo programar servicios de NEMT

Para programar un viaje, los miembros deben comunicarse con Access2Care al (866) 462-4856 TTY: 711 disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Recuerde programar los viajes lo antes posible y**, al menos, dos días laborales antes de que necesite el viaje**. Es posible que pueda programar viajes con menos tiempo de aviso en ciertos casos, entre los que se incluyen los siguientes:

- Viaje para recogerlo después de un alta hospitalaria.
- Viajes a la farmacia para adquirir medicamentos o suministros médicos aprobados.
- Viajes por afecciones urgentes. (Una afección urgente es una afección médica que no es una emergencia, pero es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de un plazo de 24 horas).

Programe el servicio de transporte para realizar viajes de larga distancia con, al menos, cinco días de anticipación.

Si tiene un viaje programado y su cita de atención médica se cancela **antes** del viaje, comuníquese con Access2Care al (866) 462-4856 TTY: 711 disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. de inmediato.

I. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere cuidado urgente, o durante un desastre

I1. Cuidado en casos de emergencia médica

Definición de emergencia médica

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

- serio riesgo para su salud o la de su hijo nonato **o**
- daño grave en las funciones corporales; **o**
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo **o**
- en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:

- no hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto;
- La transferencia puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato.

Qué hacer si ocurre una emergencia médica

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u 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. No es necesario que use un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con autorización estatal apropiada.
- **Informe a Molina Dual Options STAR+PLUS sobre su emergencia tan pronto como sea posible.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. El número del Departamento de Servicios para Miembros lo puede encontrar en el reverso de su tarjeta de identificación.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Medicare y Medicaid no proporcionan cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, salvo en circunstancias limitadas. Consulte con el plan para obtener más información.

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

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

Definición de post-estabilización

Los servicios de atención de posestabilización son servicios que mantienen su condición estable luego de una atención médica de emergencia.

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

¿Qué hacer si ocurre una emergencia de salud conductual?

Si experimenta una emergencia de salud conductual, concurra a la sala de emergencias más cercana o llame al 911 inmediatamente. También tenemos una Línea Directa de Crisis de Salud Conductual si necesita hablar con una enfermera de inmediato. El número de teléfono es el (800) 818-5837.

Obtener atención médica de emergencia si no era una emergencia

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

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

- recurre 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 situación que no es una emergencia, pero necesita atención inmediata. Por ejemplo, usted podría tener un brote de una afección existente o un dolor de garganta intenso que se produjo durante el fin de semana y que 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 no es posible ni conveniente conseguir un proveedor de la red, nosotros cubriremos la atención médica de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos de manera temporal, puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día al (888) 275-8750; los usuarios de TTY deben llamar al 711, o se puede acceder a cuidados de urgencia a través de cualquier centro de cuidados de urgencia dentro de la red disponible.

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.

I3. Atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igualmente podrá recibir atención de Molina Dual Options STAR+PLUS.

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

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

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

Si pagó por los servicios cubiertos o 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 STAR+PLUS cubre todos los servicios:

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

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

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

El Capítulo 9 explica qué hacer si usted desea que el plan cubra un servicio médico o elemento 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. Por lo general, en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare se solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted quiera participar, y usted exprese su interés de hacerlo, alguien que trabaje 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 de nuestro plan no relacionado con el estudio.

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

Le recomendamos que nos informe 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 Servicios 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 artículos 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.

Pagaremos cualquier costo si usted se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica no aprobado por Medicare, pero aprobado por nuestro plan. Si es parte de un estudio que Medicare o nuestro plan **no han aprobado**, tendrá que pagar 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 & Clinical Research Studies” (Medicare y Estudios de Investigación Clínica) en la página web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Este beneficio se provee únicamente para servicios de pacientes internados de Medicare Parte A (servicios no médicos 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.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

El equipo médico de uso prolongado incluye determinados elementos solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de venoclisis 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 STAR+PLUS, usted, por lo general, no será propietario del equipo médico duradero (durable medical equipment, DME), sin importar por cuánto tiempo lo haya alquilado.

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

Nuestro plan pagará por algunos equipos médicos duraderos (DME) y productos que normalmente se encuentran en una farmacia. Molina Dual Options STAR+PLUS paga nebulizadores, suministros de

ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre estos beneficios.

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

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

Nota: Usted puede encontrar definiciones de los Planes Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. Puede encontrar más información acerca de ellos en el manual *Medicare y Usted2023*. Si no tiene una copia de este cuadernillo, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov/) o llamar 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 articulo DME.
- No hay excepciones a esto cuando vuelve a Medicare Original o al plan Medicare Advantage.

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan

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

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

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa acerca de los servicios que Molina Dual Options STAR+PLUS 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 45
A1. En caso de emergencias de salud pública 45
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios 45
C. Tabla de beneficios de nuestro plan 45
D. La Tabla de Beneficios 46
E. Nuestros servicios basados en casa y en la comunidad 86
F. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options STAR+PLUS 102
F1. Cuidado paliativo 102
F2. Examen de Preadmisión y Revisión del Residente (Pre-Admission Screening and Resident Review, PASRR) 103
G. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS, Medicare ni Texas Medicaid 103

A. Sus servicios cubiertos

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

Puesto que recibe asistencia de Texas 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 Servicios o al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

A1. En caso de emergencias de salud pública

Molina Dual Options STAR+PLUS seguirá todas las indicaciones estatales y federales relacionadas con la cobertura requerida y la flexibilidad permitida durante las emergencias de salud pública. Cualquier tipo de flexibilidad (es decir, requisitos de autorización previa, plazos de apelaciones y quejas, etc.) permitida durante una emergencia de salud pública solo se aplicará durante dicha emergencia o hasta que se reciban indicaciones reguladoras diferentes. Los miembros pueden encontrar más información en nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Duals.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

No permitimos que los proveedores de Molina Dual Options STAR+PLUS le facturen a usted por 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 descritos en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas. Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Texas Medicaid se deben proporcionar de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Texas Medicaid.

- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica que padezca o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los estándares aceptados de práctica médica.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 contiene información adicional acerca de cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Su proveedor de cuidados primarios se hará cargo de la mayoría de sus necesidades médicas rutinarias y la coordinación de su atención médica. Esto incluye consultas con especialistas, radiografías, análisis de laboratorio, terapias, internaciones, cuidado de seguimiento y otros servicios cubiertos. En caso de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.
- 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 ver a alguien que no sea su PCP o utilizar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una remisión. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo conseguir una remisión y los casos en los que no necesita ninguna.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solamente si su doctor u otro proveedor de la red obtienen una aprobación previa de nuestra parte. Esto se denomina autorización previa (Prior Authorization, PA). Los servicios cubiertos que necesitan PA se indican en la Tabla de Beneficios con un asterisco (*).
- 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 que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal El plan pagará una vez para un examen preventivo de ultrasonido para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Acupuntura para dolor lumbar crónico* El plan pagará por hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor crónico de espalda baja, definido de la siguiente manera: • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no estar asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está asociado con una intervención quirúrgica; **y** • no está asociado con el embarazo. El plan pagará por 8 sesiones adicionales si muestra mejoras. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura cada año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora.	$0
	Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento El plan paga por un examen de detección de abuso de alcohol para adultos que lo usan indebidamente, pero no son dependientes. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si se le diagnostica que abusa del alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento psicológico por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento psicológico) suministradas por un proveedor de cuidados primarios capacitado o un proveedor médico en un entorno de atención médica primaria.	$0
	Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, helicópteros y en tierra. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan. En los casos que no son emergencias, el plan puede pagar para solicitar una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Consulta preventiva anual Si usted ha estado en Medicare Parte B durante más de 12 meses, puede recibir un chequeo médico anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan pagará por esto una vez cada 12 meses. **Nota:** Usted no puede tener su primer chequeo médico anual dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Usted tendrá cobertura para los controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. Usted no necesita haber tenido primero una consulta de “Bienvenida a Medicare”.	$0
	Servicios de salud conductual* El plan pagará por los siguientes servicios: • Administración de casos orientada a salud mental. • Servicios de rehabilitación para la salud mental.	$0
	Centros de maternidad El plan cubre servicios gratuitos en centros de maternidad en un centro de maternidad gratuito autorizado. Para saber si hay algún centro calificado en su área, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.	$0
	Mediciones de masa ósea 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. El plan pagará los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son médicamente necesarios. El plan también pagará por un médico para que examine y comente sobre los resultados.	$0
	Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) El plan pagará por los siguientes servicios: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)* El plan pagará por los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$0
	Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (tratamiento de enfermedades del corazón) El plan paga por una consulta anual a su proveedor de cuidados primarios para ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, es posible que su médico haga lo siguiente: • hable sobre el uso de la aspirina, • mida su presión arterial, o • le dé consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente.	$0
	Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón) El plan paga por los análisis de sangre para determinar si hay una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos exámenes de sangre también determinan si existen defectos debido a un elevado riesgo de enfermedades cardíacas.	$0
	Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino El plan pagará por los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicoláou y exploraciones pélvicas una vez cada 24 meses. • Para las mujeres que presentan alto riesgo de cáncer cervical: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	$0
	Servicios quiroprácticos El plan pagará por los siguientes servicios: • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Examen de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años de edad y mayores, el plan paga por los siguientes servicios: • Sigmoidoscopía flexible (o examen de enema de bario) cada 48 meses. • Prueba de sangre oculta en heces cada 12 meses. • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol o prueba fecal inmunoquímica cada 12 meses. • Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará por un examen preventivo de colonoscopia (examen de detección por enema de bario) cada 24 meses. Para personas que no presentan alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará por un examen preventivo de colonoscopia cada diez años (pero no dentro de los 48 meses después de una sigmoidoscopía). El examen preventivo Cologuard está cubierto.	$0
	Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: • El plan pagará por dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como servicio médico preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales con asesoramiento. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: • El plan pagará por dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. El plan también ofrece asesoramiento para dejar de fumar tabaco para mujeres embarazadas. El plan ofrece 8 sesiones de asesoramiento individual o grupal en un periodo de 12 meses para dejar de fumar o de consumir tabaco, además de su beneficio de Medicare.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios dentales Molina Dual Options STAR+PLUS pagará por los servicios que se mencionan a continuación, lo cual beneficia a los Miembros sin programas de renuncia de STAR+PLUS en la Comunidad: Servicios dentales preventivos: • Limpieza. • Radiografías dentales. • Tratamiento con fluoruro. • Exámenes orales. Molina Dual Options STAR+PLUS ofrece beneficios de cuidados dentales integrales.* Nuestro plan paga hasta $2,000 cada año por servicios médicos preventivos e integrales para los Miembros de STAR+PLUS sin una excepción de la Comunidad. Este límite anual es para todos los servicios dentales combinados: preventivos, integrales y de dentaduras postizas. Comuníquese con el plan para obtener más información. Los miembros en un centro de enfermería son elegibles para los siguientes beneficios dentales: Hasta $2,000 por año para exámenes dentales, radiografías y limpiezas para miembros mayores de 21 años.	$0
	Examen de detección de depresión El plan pagará por un examen de detección de la depresión una vez por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y remisiones.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Examen de detección de diabetes El plan pagará por este examen preventivo (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial alta (hipertensión). • Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia). • Obesidad. • Historial de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos otros casos, como por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de las pruebas, podría ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Suministros, servicios y capacitación para el autocontrol de la diabetes El plan pagará por los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para comprobar su glucosa en sangre, incluyendo los siguientes*: • 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. Podemos cubrir otras marcas si obtiene una autorización previa de nosotros. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, el plan pagará por lo siguiente: ◦ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas cada año natural, **o** ◦ un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas cada año (suministradas con dichos zapatos). El plan también pagará por el ajuste de zapatos terapéuticos moldeados o zapatos de profundidad personalizados. • El plan pagará por el entrenamiento para ayudarlo a controlar su diabetes, en algunos casos.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados* (Para obtener una definición de “Equipo médico de uso prolongado [DME]”, consulte el Capítulo 12, así como el Capítulo 3, Sección M de este manual). Están cubiertos los siguientes elementos: • 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 • Suministros para la incontinencia: Molina Dual Options STAR+PLUS trabaja con Longhorn Health Solutions para proporcionar todos los productos y servicios relativos a la incontinencia para nuestros miembros. Si desea trabajar con otro proveedor, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Otros elementos pueden estar cubiertos. Pagaremos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y Texas 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.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Atención médica de emergencia Atención de emergencia significa los siguientes servicios: • prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, **y** • necesarios para el tratamiento de una emergencia médica. Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente: • serio riesgo para su salud o la de su hijo nonato **o** • daño grave en las funciones corporales; **o** • disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo **o** • en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: ◦ no hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto; ◦ la transferencia puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato. Los servicios médicos prestados fuera del país no tienen cobertura.	$0 Si obtiene atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante hospitalización después de que su emergencia se haya estabilizado, debe regresar a un hospital de la red para que se cubra su atención médica. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para la atención durante hospitalización únicamente si el plan aprueba su permanencia.

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir a cualquier proveedor para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. El plan pagará por los siguientes servicios: • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico. • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parche, anillo, DIU, inyecciones, implantes). • Suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón). • Asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados. • Asesoramiento y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH. • 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). • Asesoramiento genético. 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: • El tratamiento de condiciones médicas de infertilidad (Este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH. • Pruebas genéticas* • Las pruebas de micromatriz citogenética general están cubiertas una vez en la vida.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Beneficio de Acondicionamiento Físico (Suplementario) Usted recibe una membresía de un centro de acondicionamiento físico para acudir a centros de acondicionamiento físico participantes. Si no puede asistir a un gimnasio o prefiere también ejercitarse en casa, puede seleccionar un kit de Home Fitness. El kit lo ayudará a mantenerse activo en la comodidad de su casa. Si decide ejercitarse en un centro de acondicionamiento físico, puede visitar el sitio web y seleccionar un centro participante, o bien puede ir directamente a un centro de acondicionamiento físico participante para comenzar. Los centros y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y se encuentran sujetos a cambios. Los kits están sujetos a cambios.	$0 Usted paga $0 por estos servicios. No se requiere remisión ni autorización previa para usar este beneficio. Siempre hable con su doctor antes de comenzar o cambiar su rutina de ejercicios.
	Kit de acondicionamiento físico Los Miembros de Centros de Enfermería pueden seleccionar un kit de acondicionamiento físico para el hogar. Los Miembros de STAR+PLUS sin una excepción de la Comunidad pueden elegir entre la membresía de un gimnasio, un kit de acondicionamiento físico para el hogar o ambos. El kit de acondicionamiento físico para el hogar incluye un dispositivo de seguimiento de la actividad física.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Programas educativos sobre salud y bienestar Estos son programas que se especializan en afecciones de salud tales como presión arterial alta, colesterol, asma y dietas especiales. Son programas diseñados para mejorar la salud y los estilos de vida de los miembros e incluyen control del peso, estado físico y control del estrés. El plan ofrece los siguientes programas educacionales de salud y bienestar: • Educación para la salud. • Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas. ◦ Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. • Beneficio nutricional/dietético (individual o grupal): hasta 12 sesiones de asesoramiento nutricional por teléfono, de entre 30 y 60 minutos cada una Asesoramiento telefónico individual sobre nutrición a solicitud. • Servicios de telemonitorización. • Servicios de consejería • Cupones para reuniones del programa Weight Watchers que se otorgan a Miembros en la Comunidad que tengan 21 años o más, con un IMC igual o superior a 30. Control de enfermedades mejorada: • Estos programas están diseñados para ayudarlo a manejar ciertas afecciones de salud. Algunas de estas afecciones incluyen asma, hipertensión, enfermedad de las arterias coronarias, insuficiencia cardíaca congestiva, EPOC y diabetes. También contamos con un programa especial si usted está embarazada. Los programas ofrecen materiales de aprendizaje, llamadas telefónicas y asesoramiento.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de audición El plan paga por exámenes de audición y equilibrio, realizados por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita un tratamiento médico. Están cubiertos como atención médica ambulatoria cuando los proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor aprobado. El plan también pagará por aparatos auditivos para un oído cada cinco años.* • Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio. • Examen auditivo de rutina • Colocación/evaluación del aparato auditivo El plan cubrirá un aparato auditivo cada 5 años desde el mes en que es surtido. Ya sea el derecho o el izquierdo, pero no ambos en el mismo periodo de 5 años. Los aparatos auditivos de repuesto necesarios dentro del mismo periodo de 5 años deben tener una autorización previa. Se pueden reembolsar las reparaciones o modificaciones sin autorización previa una vez al año después de que el periodo de garantía de 1 año haya finalizado si esta es una mejor versión que la adquirida. El plan cubre hasta $2000 adicionales por año para audífonos que superen el valor del beneficio proporcionado por Medicaid.	$0
	Examen de detección de VIH El plan paga por un examen de detección de VIH cada 12 meses para las personas que: • soliciten una prueba de detección de VIH **o** • tengan mayor riesgo de infección por VIH. Para las mujeres que están embarazadas, el plan paga hasta tres exámenes de detección de VIH durante el embarazo.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Atención de una agencia de atención médica domiciliaria* Antes de que pueda obtener servicios médicos domiciliarios, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	$0
	Terapia de infusiones en el hogar 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: • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; **y** • suministros, como tubos o un catéter. • El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, lo siguiente: • servicios profesionales, incluso los servicios de enfermería que se prestan de conformidad con su plan de cuidado; • 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
	Visitas Domiciliarias* El plan cubre hasta 8 horas adicionales de servicios de relevo para los Miembros de STAR+PLUS sin una excepción de la Comunidad que tienen 21 años o más.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Cuidados paliativos 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 un pronóstico terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede obtener cuidado de cualquier programa de centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un programa de centros de cuidado paliativo certificado por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. El plan pagará por lo siguiente mientras usted esté recibiendo servicios en un centro de cuidado paliativo: • Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas. • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo. • Atención a domicilio. **Los servicios de cuidado paliativo y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B se facturan a Medicare.** • Consulte la Sección F en este capítulo para obtener más información. **Para servicios que están cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS, pero no por la Medicare Parte A o B:** • Molina Dual Options STAR+PLUS cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan cubrirá los servicios, independientemente de si están o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Molina Dual Options STAR+PLUS** • Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. **Nota:** Si necesita un cuidado distinto del cuidado paliativo, debe llamar a su Coordinador de Servicios para coordinar los servicios. El cuidado distinto al cuidado paliativo es el que no está relacionado con su enfermedad terminal.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Inmunizaciones El plan pagará por los siguientes servicios: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B. El plan pagará por otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6 para obtener más información.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Atención en hospital para pacientes internados* El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería de rutina. • Costos de unidades de cuidados especiales como las unidades de cuidados intensivos o coronarias. • Medicamentos y medicinas. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Aparatos, tales como sillas de ruedas. • Servicios de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias • Sangre, incluyendo su conservación y administración. ◦ El plan pagará por sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comenzando con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Deberá pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año natural o donar la sangre usted o alguien más. ◦ El plan pagará por todas las demás partes de sangre comenzando con la primera pinta utilizada. • Servicios de médicos. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 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.

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Atención en hospital para pacientes internados* (continuación) • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si Molina Dual Options STAR+PLUS provee servicios de trasplante fuera del patrón de atención para su comunidad, y usted elige obtener el trasplante ahí, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Restricciones/limitaciones: Los servicios experimentales no están cubiertos. Se aplica limitación por duración de la enfermedad. Todos los servicios están aprobados siempre que sean médicamente necesarios.	
	Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico* El plan pagará por servicios de atención médica mental que requieren de una estadía en el hospital. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación en hospital. La cobertura básica **puede** tener limitaciones. Todos los servicios están aprobados siempre que sean médicamente necesarios. Por ejemplo, el beneficio no está cubierto para personas de entre 22 y 64 años de manera coherente con la provisión federal sobre instituciones de enfermedad mental. • El plan puede proporcionar servicios de paciente internado para afecciones psiquiátricas agudas en un hospital psiquiátrico independiente en lugar de un entorno hospitalario para paciente internado de atención aguda. • El plan puede proporcionar servicios para el tratamiento de trastornos de abuso de sustancias en un centro de tratamiento para dependencias químicas en lugar de un entorno hospitalario de paciente internado de atención aguda.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta* Si su estadía en el hospital no es razonable y necesaria, el plan no pagará por esta. Sin embargo, en algunos casos, el plan pagará por los servicios que obtenga mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • 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: ◦ sustituyen la totalidad o parte de un órgano interno (incluidos tejidos adyacentes) **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.	$0
	Servicios de Institución para enfermedades mentales (IMD) para personas de 65 años de edad o más* 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.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Materiales y servicios para enfermedades renales El plan pagará por los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones fundamentadas acerca de su atención médica. Debe tener una enfermedad renal crónica de fase IV y su médico debe remitirlo. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de está servicio no esté disponible o no puede atenderse con este de manera provisional. • 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. 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.	$0
	Examen de detección de cáncer de pulmón El plan pagará un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si: • tiene entre 50 y 77 años, **y** • tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado, **y** • ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después del primer examen de detección, el plan pagará por otro examen cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor aprobado.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Beneficio de alimentos* Este programa está diseñado exclusivamente para mantenerlo sano y fuerte mientras se recupera después de una internación en un hospital o un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), o si tiene una afección médica o una afección médica potencial que requiere que permanezca en su casa durante un tiempo. Si puede recibir los beneficios del programa, su Coordinador de Servicios lo inscribirá. También puede calificar si su médico solicita este beneficio para usted debido a su afección crónica. El beneficio proporciona 2 comidas al día, durante 14 días. Con aprobación adicional, puede obtener otros 14 días de 2 comidas al día. El máximo es 56 comidas en 4 semanas.	$0
	Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico. 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 Medicare Advantage o Medicare). Cubrimos 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.	$0
	Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) El plan pagará por los servicios del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP). El MDPP está diseñado para ayudar a fomentar un comportamiento saludable. Proporciona entrenamiento práctico en: • cambio de dieta a largo plazo **y** • aumento de actividad física **y** • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Medicamentos recetados de Medicare Parte B* Estos medicamentos están cubiertos según Medicare Parte B. Molina Dual Options STAR+PLUS pagará los siguientes medicamentos: • Medicamentos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo y se inyectan o se infunden mientras obtiene servicios del centro de cirugía ambulatoria, cuidado ambulatorio o de un médico. • Medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió el trasplante de órgano. • Medicamentos que se inyectan para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y usted mismo no puede inyectarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto de la heparina (cuando sea médicamente necesario), los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. El siguiente enlace lo(a) dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que podrían estar sujetos a terapia progresiva: www.MolinaHealthcare.com/Duals. También se cubren otras vacunas según nuestro beneficio de medicamentos recetados de Medicare partes B y D. En el Capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que debe seguir para contar con la cobertura de recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.	$0 Es posible que la terapia progresiva sea necesaria para ciertos medicamentos.

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de Transporte Médico que No Sea de Emergencia (Nonemergency Medical Transportation, NEMT) El plan pagará los servicios de transporte a citas de atención médica que no sean de emergencia si no tiene otras opciones de transporte. • Este transporte incluye viajes al consultorio del médico o del dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares donde usted recibe servicios de atención médica. • Estos viajes **no** incluyen traslados en ambulancia. Entre los servicios de NEMT, se incluyen los siguientes: • Pases o boletos para el transporte, como el transporte público dentro de ciudades o estados y entre ellos (incluso en tren o autobús). • Servicios de transporte por aerolíneas comerciales. • Servicios de transporte con sistema de respuesta a la demanda (de acera a acera) en autobuses privados, furgonetas o sedanes (incluso vehículos con acceso para sillas de ruedas, si es necesario). • Reembolso del millaje por un participante de transporte individual (individual transportation participant, ITP) por un viaje verificado completo hacia un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una persona responsable, un familiar, un amigo o un vecino. • El transporte para los miembros de un centro de enfermería solo tiene cobertura cuando el miembro realiza un viaje de ida y vuelta de una cita de diálisis o si el miembro recibe el alta médica de un centro de enfermería a un nivel de atención inferior o al hogar.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Cuidado en los centros de enfermería Cuidado de custodia en centro de enfermería incluye habitación semiprivada y alimentación, cuidado de enfermería, suministros médicos, equipos, elementos para las necesidades personales, servicios sociales y medicamentos de venta libre. Además, los beneficios adicionales pueden ser provistos basados en la necesidad médica, lo que incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de habla, servicios dentales de emergencia y transporte en ambulancia de emergencia y de no emergencia, silla de rueda y dispositivos de comunicación de aumento del habla. Los miembros de un centro de enfermería solo pueden acceder a transporte médico que no sea de emergencia desde y hacia citas de diálisis; de igual manera, cuando reciben el alta médica de un centro de enfermería a un nivel de atención inferior o al hogar.	$0
	Kit de enfermería especializada El plan proporcionará los siguientes elementos a los miembros nuevos en el centro de enfermería dentro de los 30 días de la inscripción confirmada al centro de enfermería: • Bolso de mano de accesorios (solo una vez). • Reloj digital con letra de molde grande (solo una vez). • Manta personal (solo una vez). • Calcetines antideslizantes (solo una vez).	$0
	Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan pagará por servicios de asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de atención médica primaria. De esa forma, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de cuidados primarios para obtener más información.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de programas para tratamiento de opioides (Opioid treatment program, OTP) Con el plan, se pagarán los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD): • Actividades de ingesta. • Evaluaciones 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
	Suministros y servicios terapéuticos, y pruebas de diagnóstico ambulatorias El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Radiografías. • 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. • El plan pagará comenzando con la primera pinta de sangre que necesite.* • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias.* • Servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico (como imágenes IRM, TAC).*	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* 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. El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria ◦ Los servicios de observación permiten que el 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 las hospitalizaciones o los servicios ambulatorios en la siguiente ficha técnica: www.medicare.gov/media/11101 • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención médica mental, que incluye el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica sin ella se requeriría tratamiento como paciente internado. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital. • Suministros médicos, tales como férulas y yesos. • Evaluaciones preventivas y servicios listados en la Tabla de Beneficios. • Algunos medicamentos que usted no se pueda administrar a sí mismo.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Atención médica mental ambulatoria* El plan pagará por los servicios de salud mental proporcionados por los siguientes: • 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 **o** • cualquier otro profesional de atención médica mental aprobado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Servicios clínicos. • Tratamiento durante el día* • Servicios de rehabilitación psicosocial. • Administración de casos orientada a salud mental.	$0
	Servicios de rehabilitación ambulatorios* El plan pagará por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatorios de los Departamentos de Pacientes Ambulatorios del hospital, Consultorios de Terapeutas Independientes, Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y otros centros de salud.	$0
	Servicios ambulatorios por abuso de sustancias* Tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias: Servicios ambulatorios, lo que incluye: • Evaluación. • Servicios de control de la abstinencia. • Asesoramiento. • Terapia asistida de medicación.	$0
	Cirugía ambulatoria* El plan pagará por servicios y cirugía ambulatoria en centros de salud para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Artículos de venta libre (OTC) Usted obtiene $120 cada trimestre para gastar en elementos, productos y medicamentos de venta libre (over the counter, OTC) aprobados por el plan. Su cobertura incluye productos de salud y bienestar de venta libre sin receta médica como vitaminas, bloqueadores solares, analgésicos, medicinas para la tos y resfrío y vendas. Puede ordenar: • **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. Consulte su Catálogo de artículos OTC del 2023 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 2023.	$0 Usted obtiene $120 cada trimestre para comprar elementos, productos y medicamentos de venta libre (over the counter, OTC) aprobados por el plan. 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: • De enero a marzo. • De abril a junio. • De julio a septiembre. • De octubre a diciembre. Los $120 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.
	Servicios de hospitalización parcial * El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intensivo que el cuidado que usted recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Puede ayudarlo a evitar que deba permanecer en el hospital.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de asistencia personal* El plan cubre asistencia personal para actividades de la vida diaria. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • aseo personal; • alimentarse; • bañarse; • vestirse e higiene personal; • tareas funcionales de la vida/asistencia con planificación; • preparar alimentos; • transporte o asistencia para asegurar transporte; • asistencia con ambulancia y movilidad; • refuerzo del apoyo conductual o actividades de terapias especializadas; y • asistencia con medicamentos. Estos servicios pueden ser autodirigidos si así lo desea. Esta opción le permite a usted o a su representante legal autorizado ser el empleador de alguno de los proveedores de servicio y dirigir los servicios de programa.	$0
	Sistema Personal de Auxilio para Emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)* PERS es un sistema de alarma médica en el hogar que puede conseguirle ayuda en caso de emergencia. Si califica, se le entregará un dispositivo móvil, un celular o un dispositivo de línea fija y un pequeño colgante que debe usar en todo momento. El colgante se puede usar en el cuello, la muñeca o en el cinturón. Con sólo presionar un botón, se conectará con un representante del Centro de Atención de la compañía de monitoreo. Los operadores están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y permanecerán en línea con usted en caso de emergencia. Ya sea que necesite un servicio médico urgente o un miembro de la familia para ayudarlo, el representante del Centro de Atención de clientes le ayudará a conseguir la ayuda que necesita. Su Administrador de Casos decidirá si usted puede recibir este beneficio. Se necesita autorización previa.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	El plan pagará por los siguientes servicios: • Atención médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en lugares tales como los siguientes: ◦ Consultorio del médico. ◦ centro de cirugía ambulatoria certificado ◦ departamento de pacientes ambulatorios del hospital • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. Vea a su médico de atención primaria para obtener una remisión o a fin de que lo ayude a conseguir una autorización previa antes de ir a ver a un especialista. • Exámenes de audición y de equilibrio básicos proporcionados por su proveedor de cuidados primarios, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, para miembros en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal (IRET) de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental en los siguientes casos: ◦ Asiste a una consulta presencia en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud. ◦ Asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal. • 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:	

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	◦ 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. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio (continuación) • 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: ◦ no es un paciente nuevo **y** ◦ la evaluación no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días **y** ◦ la evaluación no conduce a una visita 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 • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental no rutinario. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: ◦ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, ◦ ajustes de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, ◦ extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación de cáncer neoplásico **o** ◦ servicios que estarían cubiertos al ser suministrados por un médico.	
	Servicios de podología* El plan pagará por los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón). • Cuidado de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes. • Hasta 12 visitas por año para cuidado de los pies de rutina	$0
	Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, el plan paga por los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Un examen rectal digital. • Una prueba del antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA).	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados* Los dispositivos ortopédicos reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. El plan pagará por los siguientes dispositivos ortopédicos y tal vez otros dispositivos que no aparecen aquí: • Bolsas de colostomía y materiales relacionados con el cuidado de la colostomía. • Marcapasos. • Aparatos ortopédicos. • Zapatos ortopédicos. • Piernas y brazos artificiales. • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). El plan también pagará por algunos materiales relacionados con dispositivos ortopédicos. Ellos también pagarán para reparar o reemplazar los dispositivos ortopédicos. El plan ofrece cierta cobertura después de quitar las cataratas o después de la cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado para la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.	$0
	Servicios de rehabilitación pulmonar El plan pagará los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave. El miembro debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la EPOC.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) El plan pagará los exámenes de detección preventivos de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección preventivos están cubiertos para las mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de cuidados primarios debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. El plan también cubrirá hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de elevada intensidad cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. El plan pagará por estas sesiones de asesoramiento como un servicio médico preventivo únicamente si son brindadas por un proveedor de cuidados primarios. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención médica primaria, como, por ejemplo, el consultorio de un médico.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Atención en centros de enfermería especializada (SNF)* Los servicios de centros de enfermería especializada médicamente necesarios están cubiertos por un total de 100 días cada año. • Los servicios de centros de enfermería especializada requieren autorización previa según necesidad médica de acuerdo con la determinación del plan. • Los primeros 20 días están 100 % cubiertos sin pago de una “obligación por parte del paciente” como lo determina la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) de Texas. • Los días 21 a 100 requieren un pago de una “obligación por parte del paciente” como lo determina la HHSC. • Los miembros que utilicen todo su beneficio para centros de enfermería especializada pueden recibir los beneficios de atención a largo plazo en centros de enfermería, de acuerdo con la necesidad médica, según lo determina la HHSC. • Las internaciones en los centros de enfermería a largo plazo son ilimitadas de acuerdo con la necesidad médica según lo determina el Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de Texas. • Las internaciones en centros de enfermería a largo plazo no requieren autorización previa. Las internaciones en centros de enfermería especializada y las internaciones en centros de enfermería a largo plazo no requieren una internación hospitalaria de 3 días. El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Atención en centros de enfermería especializada (SNF)* (continuación) • 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, incluidas su conservación y administración ◦ El plan pagará por sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comenzando con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Deberá pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año natural o donar la sangre usted o alguien más. ◦ El plan pagará por todas las demás partes de sangre comenzando con la primera pinta utilizada. • Materiales médicos y quirúrgicos, proporcionados por centros de enfermería. • Pruebas de laboratorio administradas por centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología, proporcionados por centros de enfermería. • Aparatos, tales como sillas de ruedas, habitualmente administrados por centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores. 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: • 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.	

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Beneficio de teléfono inteligente Los Miembros de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP que pueden recibir los beneficios del Programa Federal Lifeline y el Programa de Conectividad Asequible reciben un beneficio de valor añadido exclusivo con las siguientes características: • Teléfono Inteligente Android Gratuito. • Minutos Ilimitados para Llamadas Gratuitos. • Mensajes de Texto Ilimitados Gratuitos. • Datos Ilimitados Gratuitos. • Llamadas Internacionales Gratuitas a México, Canadá, China, Corea del Sur y Vietnam.	$0
	Atención médica requerida urgentemente Atención médica requerida urgentemente es la atención proporcionada para el tratamiento de: • un caso que no es de emergencia, **o** • una enfermedad médica repentina, **o** • una lesión, **o** • una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención médica requerida urgentemente, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede recurrir a proveedores fuera de la red cuando no puede acudir a un proveedor de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan o durante el fin de semana). Los servicios médicos prestados fuera del país no tienen cobertura.	$0

	Servicios que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
	Cuidado para la vista 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 examen 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. Para las personas con mayor riesgo de glaucoma, el plan cubrirá un examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas con mayor riesgo de glaucoma, se incluyen las siguientes: • personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, • personas con diabetes • afroamericanos de 50 años o mayores, e • hispanoamericanos de 65 años o mayores. El plan cubre un examen de los ojos cada 12 meses. El plan pagará por un par de lentes y marcos para anteojos cada dos años.* El plan cubrirá anteojos y lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. Adicionalmente, nuestro plan cubre hasta $300 por un (1) par de lentes y monturas para anteojos o lentes de contacto por año.	$0
	Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" El plan cubre una consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" por única vez. La consulta incluye lo siguiente: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento acerca de los servicios médicos preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes y vacunas) y • remisiones para atención adicional si la necesita. **Nota:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" únicamente durante los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su doctor que usted desea programar su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".	$0

E. Nuestros servicios basados en casa y en la comunidad

Además de estos servicios generales, nuestro plan cubre servicios de exención basados en el hogar y la comunidad. Estos son servicios que usted puede usar en vez de dirigirse a un centro. Para obtener alguno de estos servicios, necesita poder recibir los beneficios de los servicios de renuncia basados en el hogar y la comunidad (STAR+PLUS). Su Coordinador de Servicios trabajará junto a usted para decidir si estos servicios son adecuados y si estarán en su plan de atención.

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Suministros y equipos de adaptación médicos* El plan cubre los siguientes dispositivos, controles, aparatos o elementos que son necesarios para tratar sus necesidades específicas, lo que incluye aquellos necesarios para el apoyo vital hasta un límite de $10,000 por año. **(continúa en la siguiente página)**	$0

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Suministros y equipos de adaptación médicos* (continuación) El plan puede pagar los siguientes suministros si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros elementos/servicios que no se indican a continuación: • Elevadores, lo que incluye elevador para auto. • Dispositivos de ayuda para la movilidad. • Aparatos ortopédicos correctores. • Interruptores de control/interruptores neumáticos y dispositivos. • Unidades de control ambiental. • Suministros médicamente necesarios. • Dispositivos de ayuda para comunicación (incluye baterías). • Equipos modificados/adaptados para actividades de la vida diaria. • Sujetadores de seguridad y dispositivos de seguridad. Los coordinares de servicios pueden ayudarlo a obtener suministros y equipos médicos.	
Cuidado suplente para adultos* El plan cubre arreglos de vivienda las 24 horas en un hogar temporal si sufre alguna limitación física, mental o emocional o si es incapaz de continuar viviendo independientemente en su hogar. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Preparación de comidas. • Limpieza del hogar. • Cuidado personal. • Tareas de enfermería. • Supervisión. • Servicios de compañía. • Asistencia para la vida diaria. • Transporte.	

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios de asistencia para las actividades de la vida diaria* El plan cubre arreglos de vivienda las 24 horas en un hogar temporal si es incapaz de continuar viviendo independientemente en su hogar. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Casa de hospedaje/atención de compañía que le brinda lo siguiente: ◦ Asistencia personal. ◦ Tareas funcionales de la vida. ◦ Supervisión de su seguridad. ◦ Actividades de habilitación. • Vida supervisada que le brinda: ◦ Asistencia personal. **(continúa en la siguiente página)**	$0

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios de asistencia para las actividades de la vida diaria* (continuación) ◦ Tareas funcionales de la vida. ◦ Supervisión de su seguridad. ◦ Actividades de habilitación. • Servicios de cuidado residencial que le brinda: ◦ Asistencia personal. ◦ Tareas funcionales de la vida.	
Terapia de rehabilitación cognitiva* El plan cubre servicios que lo ayudan a aprender o volver a aprender las destrezas cognitivas. Estas destrezas pueden haberse perdido o haber sido alteradas como resultado del daño a las células cerebrales o a la química cerebral.	$0
Servicios de recuperación de habilidades por día* Estos servicios lo ayudan a obtener, retener o mejorar las destrezas necesarias para vivir de manera satisfactoria en el hogar y/o en un lugar de la comunidad. Promueven la independencia, la elección personal y el logro de los resultados identificados en su plan de servicio.	$0

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios dentales El plan cubre los siguientes servicios para ayudarlo a preservar su dentadura y satisfacer sus necesidades médicas con un límite de hasta $5,000 por año. Si se requiere el servicio de un cirujano oral, puede obtener una suma adicional de $5,000 por año. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: **(continúa en la siguiente página)**	$0

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios dentales (continuación) • Tratamiento dental de emergencia. • Tratamiento dental preventivo. • Tratamiento dental terapéutico (restauración, mantenimiento, etc.). • Tratamiento dental de ortodoncia.	
Servicios de respuesta a emergencias* El plan cubre servicios de respuesta de emergencia para usted a través de un sistema de monitoreo electrónico las 24 horas al día, los 7 días de la semana. En caso de emergencia, puede presionar el botón para pedir ayuda.	$0

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Asistencia de empleo* El plan puede pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: **(continúa en la siguiente página)**	$0

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Asistencia de empleo* (continuación) • Identificar las preferencias, destrezas laborales y requisitos del empleado para el ámbito y las condiciones laborales. • Ubicar a los empleados actuales ofreciéndoles un empleo compatible con sus preferencias, destrezas y requisitos identificados. • Contactar a un posible empleador en su nombre y negociar su empleo. • Transporte. • Participar en las reuniones del equipo de planificación del servicio.	

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios de tareas funcionales de la vida* Estos servicios lo ayudan con: • Planificar y preparar comidas. • Transporte o ayuda para asegurar transporte. • asistencia con ambulancia y movilidad; **(continúa en la siguiente página)**	$0

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios de tareas funcionales de la vida* (continuación) • Refuerzo del apoyo conductual o actividades de terapias especializadas. • asistencia con medicamentos.	
Comidas entregadas en la vivienda* El plan cubre comidas calientes y nutritivas servidas en su hogar. Las comidas se limitan a 1 o 2 por día.	$0

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Modificaciones menores para el hogar* El plan cubre modificaciones menores en el hogar para garantizar su salud, asistencia pública y seguridad, y para permitirle vivir con más independencia en su hogar. El plan cubrirá hasta $7,500 solo una vez y también cubrirá $300 por año para reparaciones. **(continúa en la siguiente página)**	$0

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Modificaciones menores para el hogar* (continuación) El plan puede pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • instalación de rampas y barandas; • ampliación de la puerta de entrada; • modificaciones en la cocina y el baño; y • otras adaptaciones especiales de accesibilidad.	
Servicios de enfermería El plan cubre el tratamiento y el monitoreo de sus afecciones médicas, especialmente si sufre de una afección crónica que requiere servicios de enfermería especiales.	$0
Terapia ocupacional* El plan cubre terapia ocupacional, la que brinda evaluación y tratamiento por un terapeuta ocupacional autorizado. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Examen de detección y evaluación. • Desarrollo de planes de tratamiento terapéuticos. • Intervención terapéutica directa. • Asistencia y entrenamiento con equipos de adaptación y dispositivos de comunicación de aumento del habla. • Consulta y entrenamiento con otros proveedores de servicios y miembros familiares. • Participación en el equipo de planificación del servicio, cuando sea apropiado.	$0

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios de asistencia personal* El plan cubre asistencia personal para actividades de la vida diaria. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • aseo personal; • alimentarse; • bañarse; • vestirse e higiene personal; • tareas funcionales de la vida/asistencia con planificación; • preparar alimentos; • transporte o asistencia para asegurar transporte. • asistencia con ambulancia y movilidad; • refuerzo del apoyo conductual o actividades de terapias especializadas; **y** • asistencia con medicamentos.	$0
Fisioterapia* El plan cubre fisioterapia, pruebas y tratamientos por un fisioterapista autorizado. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Examen de detección y evaluación. • Desarrollo de planes de tratamiento terapéuticos. • Intervención terapéutica directa. • Asistencia y entrenamiento con equipos de adaptación/dispositivos de comunicación de aumento del habla. • Consulta y entrenamiento con otros proveedores de servicios y miembros familiares. • Participación en el equipo de planificación del servicio, cuando sea apropiado.	$0

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios de cuidado de respiro* El plan puede pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios hasta 30 consultas por año y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Asistencia personal. • Actividades de habilitación. • Actividades comunitarias. • Actividades de ocio. • Supervisión de su seguridad. • Desarrollo de comportamientos valorados por la sociedad. • Desarrollo de destrezas de la vida diaria. Los servicios de cuidado de respiro se brindan para asegurar su comodidad, salud y seguridad. Se puede proporcionar en algunos de los siguientes lugares: su hogar o lugar de residencia, hogar de cuidado suplente para adultos, centro de enfermería certificado por Texas Medicaid y centro de ayuda con la vida diaria.	$0
Terapia de la audición, del habla y del lenguaje* El plan puede pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Examen de detección y evaluación. • Desarrollo de planes de tratamiento terapéuticos. • Intervención terapéutica directa. • Asistencia/entrenamiento con equipos de adaptación y dispositivos de comunicación de aumento del habla. • Consulta y entrenamiento con otros proveedores de servicios y miembros familiares. • Participación en el equipo de planificación del servicio, cuando sea apropiado.	$0

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Consulta de apoyo* El plan cubre consulta de apoyo opcional brindada por un asesor de apoyo certificado elegido. Este asesor lo ayudará para aprender o llevar a cabo las responsabilidades del empleador. El plan puede pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Reclutamiento, detección y contratación de trabajadores. • Preparación de descripciones del trabajo. • Verificación de la elegibilidad y calificación del empleo y otros documentos requeridos para emplear a un individuo. • Administración de trabajadores. • Otras destrezas profesionales según sean necesarias.	$0
Empleo con apoyo* El plan cubre empleo con apoyo provisto para usted en su lugar de trabajo si: • necesita servicios de apoyo para mantener su empleo debido a una discapacidad; • recibe el sueldo mínimo (o más) por el trabajo realizado; y • su lugar de trabajo es competitivo e integrado. El plan también cubre transporte desde y hacia el lugar de trabajo y supervisión y entrenamiento superior al que el empleador brindaría comúnmente.	$0
Servicios de asistencia en la transición* El plan cubre una transición desde un centro de enfermería hacia su hogar en la comunidad, hasta un límite de $2,500. **(continúa en la siguiente página)**	$0

Servicios basados en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que debe pagar
Servicios de asistencia en la transición* (continuación) El plan puede pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Pagar los depósitos de seguridad requeridos para alquilar un departamento o una casa. • Establecer tarifas y depósitos para establecer servicios para el hogar, lo que incluye teléfono, electricidad, gas y agua. • Comprar el mobiliario esencial para el departamento o la casa, lo que incluye mesa, sillas, persianas, vajilla, elementos para cocinar y ropa blanca. • Pagar los gastos de mudanza necesarios para mudarse a un nuevo departamento o casa. • Pagar los servicios para asegurar su salud en el departamento o en la casa tales como control de plagas, control de alérgenos o limpieza antes de ingresar.	$0

F. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options STAR+PLUS

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

F1. Cuidado paliativo

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. Puede obtener cuidado de cualquier programa de centro de cuidado paliativo certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Los programas de servicios de cuidado paliativo brindan a los miembros y a sus familias cuidados paliativos y de apoyo para satisfacer las necesidades específicas que resultan de problemas físicos, psicológicos, espirituales, sociales y económicos que se experimentan durante las etapas finales de una enfermedad y durante la defunción. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

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

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

- El centro proveedor de cuidado paliativo facturará por sus servicios a Medicare. Medicare cubrirá los servicios de cuidado paliativo y cualquier servicio de Medicare Parte A o B. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no estén relacionados con un pronóstico terminal:

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

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

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

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

F2. Examen de Preadmisión y Revisión del Residente (Pre-Admission Screening and Resident Review, PASRR)

Este es un programa para asegurarse de que los miembros no estén ubicados en hogares de ancianos inapropiados. Esto requiere que el miembro (1) sea evaluado en busca de enfermedad mental, discapacidad intelectual o ambas, (2) se le ofrezca la institución más apropiada para sus necesidades (en la comunidad, centro de enfermería o entornos de atención aguda) y (3) obtenga los servicios que necesita en dichas instituciones.

G. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS, Medicare ni Texas Medicaid

Esta sección describe los tipos de beneficios excluidos por el plan. Excluidos significa que el plan no paga por estos beneficios. Medicare y Texas 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. Incluso, aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no cubrirá los servicios. 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:**

- Servicios que considerados como “no justificados ni necesarios,” de acuerdo con los estándares de Medicare y Texas Medicaid, a menos que estos servicios figuren en la lista de servicios cubiertos por nuestro plan.
- 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, página 28, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando es médicamente necesario y Medicare paga por el mismo.

- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Enfermeros de guardia privados.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como teléfono o televisor.
- Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos, la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el desempeño sexual, el rendimiento atlético, los fines cosméticos, el rendimiento mental o aquellos contra el envejecimiento), excepto en casos médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, el plan pagará por la reconstrucción del seno después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama para que coincidan.
- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna según las pautas de cobertura de Medicare.
- Calzado ortopédico, a menos que el calzado sea parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que esté incluido en el costo del dispositivo, o el calzado para personas con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de soporte para pies, excepto calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.
- Para revertir intervenciones de esterilización y dispositivos anticonceptivos sin receta médica.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Servicios prestados a veteranos en centros de 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.

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. Se incluyen los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y algunos con receta médica y medicamentos de venta libre cubiertos por Texas Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual del Miembro.

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

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que se le administran mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Se incluyen algunos de los medicamentos para quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos utilizadas durante una consulta a un consultorio de un doctor u otro proveedor, algunos suministros de atención médica domiciliaria (tiras reactivas, lancetas o espaciadores) 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 médico u otro proveedor debe emitir su receta médica, la cual debe ser válida según la ley estatal vigente. Por lo general, esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de cuidados primarios lo refirió.
2. Su recetador no debe estar en las Listas de Preclusión o Exclusión de Medicare.
3. Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento.
4. 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.
5. 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 (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por determinadas referencias médicas.

Tabla de contenidos

A. Cómo surtir sus recetas médicas 107
A1. Una farmacia de la red le surtirá su receta médica 107
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica 107
A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red 107
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red 107
A5. Cómo usar una farmacia especializada 108
A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos 108
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos 109
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan 110
A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica 110
B. Lista de Medicamentos del plan 110
B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos 110
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos 111
B3. Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos 111
B4. Categorías de la Lista de medicamentos 112
C. Límites para algunos medicamentos 112
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto 114
D1. Obtener un suministro temporal 114
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 116
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 117
F1. Si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan 117
F2. Si usted está en un centro de atención a largo plazo 118
F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare 118
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 118
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura 118
G2. Programas para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos 119
G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura 119

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. Puede recurrir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

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.

En algunos casos, **si la farmacia no es capaz de obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta médica cuando la recoja**. Puede pedirnos luego que le rembolsemos el dinero. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con el Departamento de Servicios para Miembros. Haremos todo lo que podamos para ayudarlo.

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

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

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

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

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 farmacia de la red nueva, 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 Servicios*.

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 a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si usted tiene dificultad para acceder a nuestros beneficios de medicamentos en dicho centro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan Servicios de salud para indígenas americanos/Programa de Salud Indígena Urbana/Tribal. Excepto en caso de emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación extraordinaria, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (Nota: Estos casos suceden con muy poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con el Coordinador de Servicios.

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

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

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de al menos 30 días y no mayor de 90 días. Un suministro 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, llame a Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, 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. Llame Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local si su pedido por correo se retrasa.

Procesos para pedidos de medicamentos por correo

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

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

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

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

   Una vez que la farmacia reciba la receta médica de un proveedor de atención médica, lo contactará a usted para saber si desea que los medicamentos se surtan inmediatamente o en 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 resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento.

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

Para cancelar su suscripción a nuestro programa que prepara automáticamente los pedidos de renovación por correo, comuníquese con nosotros llamando a Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

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

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica cuáles son las farmacias que le pueden proveer un suministro 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.
- La cobertura estará limitada a un suministro de 31 días, a menos que la receta médica se haya expedido para un periodo menor.

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

A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica

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

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

B. Lista de Medicamentos del plan

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

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

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

B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos

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

“La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca registrada y genéricos”. O “La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca registrada, genéricos y biosimilares”.

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.

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 la página web del plan en MolinaHealthcare.com/Duals. La lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
- Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.
- Pregúntele a su coordinador de servicios 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 STAR+PLUS*no* pagará por los medicamentos incluidos en esta sección. Se les llama medicamentos excluidos. Si obtiene una receta médica por un medicamento excluido, usted debe pagar el mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de Medicare Parte D y Texas Medicaid) no puede pagar por un medicamento que ya está cubierto por Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Parte B tienen cobertura gratuita de Molina Dual Options STAR+PLUS, 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 Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su afección. Su médico puede recetarle algún medicamento para tratar su afección, a pesar de que no haya sido aprobado para tratarla. Esto se llama uso fuera de lo indicado. Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para uso fuera de lo indicado.

También, por ley, los tipos de medicamentos indicados abajo no están cubiertos por Medicare o Texas 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 utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que fabrica los mismos dice que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle servicios.

B4. Categorías de la Lista de medicamentos

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

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

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

El Capítulo 6 le 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 (prior authorization, PA): se debe cumplir con ciertos criterios antes de que un medicamento sea cubierto. Por ejemplo, diagnósticos, valores de laboratorio o tratamientos previos probados y fallidos.

Terapia progresiva (step therapy, 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.

B vs. D: algunos medicamentos pueden ser cubiertos por Medicare Parte D o Parte B, 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 si existe una versión genérica.
   - Sin embargo, si su proveedor nos informa que existe una razón médica que demuestra que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos serán eficaces para tratar la misma afección, entonces cubriremos el costo del medicamento de marca registrada.

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

   En el caso de algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener una aprobación de Molina Dual Options STAR+PLUS antes de surtir la receta médica. Si no obtiene la aprobación, es posible que Molina Dual Options STAR+PLUS no cubra el medicamento.

   Puede obtener un suministro de 72 horas de un medicamento cubierto por Texas Medicaid si es una emergencia.

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.

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

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

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

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

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

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede darle un suministro provisional de un medicamento cuando el medicamento no 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 está 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:
   - Es nuevo en el plan.
     - Cubrimos un suministro provisional del **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
     - Este suministro provisional se otorgará por hasta 31 días.
     - Si su receta médica está escrita por menos días, le permitiremos múltiples renovaciones para proveer hasta un máximo de 31 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 recetado en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
   - 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 provisional anterior.

- Si usted es un residente nuevo de un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC) y ha estado inscrito en nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o está sujeto a otras restricciones, tales como una terapia progresiva o dosis limitadas, nosotros cubriremos un suministro provisional de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que la receta médica sea 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 requiera que realice una transición desde un centro de tratamiento a otro. En dichas circunstancias, usted sería elegible para una excepción provisional de un surtido por única vez, aunque hayan pasado los primeros 90 días como miembro del plan. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los medicamentos que son "medicamentos de la Parte D" y comprados en una farmacia de la red. La política de transición no 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.
- 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 afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

  O

- Puede solicitar una excepción.

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

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

  - Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento de Medicare Parte D 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 Servicios.

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 STAR+PLUS 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 la PA o la autorización previa para algún medicamento. (Una PA es el permiso otorgado por Molina Dual Options STAR+PLUS 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 enteramos de que un medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento sea retirado del mercado.

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

- Consultar la Lista de Medicamentos actualizada en línea de Molina Dual Options STAR+PLUS en www.MolinaHealthcare.com/Duals **o**
- Llamar al Express Scripts para ver la Lista de Medicamentos actual al (866) 856-8699.

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

- Los planes que, por lo demás, cumplen con todos los requisitos y quieren tener la opción de reemplazar inmediatamente los medicamentos de marca registrada por sus equivalentes genéricos, deben proporcionar el siguiente aviso general de cambios por adelantado: **un nuevo medicamento genérico está 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 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 doctor 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**
  - Reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de Medicamentos **o**
  - cambiamos las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca 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 doctor u otro recetador. Él o ella lo podrá ayudar a decidir:

- Si hay algún otro medicamento similar en la Lista de Medicamentos que pueda tomar en su lugar o
- 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.
- 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 Medicare 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 distintas enfermedades y/o participa en un programa de administración de medicamentos para ayudarlo a utilizar los medicamentos con opioides de forma segura, 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

Usted obtendrá un resumen por escrito de esta conversación. 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 sobre estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o el Coordinador de Servicios.

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

Molina Dual Options STAR+PLUS 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 (Drug Management Program, DMP).

Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si

decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepina no es seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Exigir que obtenga todas las recetas médicas para esos medicamentos **de determinadas farmacias** o **de un médico específico.**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted.

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

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

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

El DMP puede no aplicar a usted si:

- tiene determinadas afecciones 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 Texas 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 elementos cubiertos por Texas Medicaid **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Texas Medicaid, obtiene "Ayuda Adicional” (Extra Help) 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". Le indica:
    - Qué medicamentos paga el plan
    - En cuál de las tres (3) categorías se encuentra cada medicamento
    - Si hay algún límite en los medicamentos
  - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestra página web en www.MolinaHealthcare.com/Duals. La Lista de Medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
- Capítulo 5 de este *Manual del miembro*.
  - En el Capítulo 5, se indica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio del plan.
  - Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.
  - En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han decidido trabajar con nuestro plan.
  - El *Directorio de Proveedores y Farmacias* tiene una lista de farmacias de la red. Usted puede leer más acerca de las farmacias de la red en el Capítulo 5.

Tabla de contenidos

A. La Descripción de Beneficios (EOB) 123

B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos 123

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo 124

C1. Las categorías del plan 124
C2. Sus opciones de farmacia 124
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 125
C4. Lo que paga usted 125

D. Vacunas 126

D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna 126

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 propio 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**. En el resumen, se le indica qué medicamentos recetados recibió durante el mes anterior. 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 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.**

   Envíenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó usted. Puede pedirnos que le ayudemos a recibir un reembolso por el medicamento. Contacte a su coordinador de servicios para obtener más información acerca de cómo recibir un reembolso.

   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.
   - 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 el Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program), un programa de asistencia para medicamentos del VIH, 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 STAR+PLUS, no debe pagar nada por sus medicamentos cubiertos mientras siga las reglas del plan.

C1. Las categorías 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) niveles. No tiene copagos por los medicamentos recetados y de venta libre (Over-the-counter, OTC) de la Lista de Medicamentos de Molina Dual Options STAR+PLUS. Para encontrar el nivel de sus medicamentos, puede consultar la Lista de Medicamentos.

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**
- 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 en este manual y en nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

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 de costo compartido (medicamentos genéricos)	$0	$0	$0	$0
Categoría 2 de costo compartido (medicamentos de marca registrada)	$0	$0	$0	$0
Categoría 3 de costo compartido (Medicamentos de venta libre [OTC]/ medicamentos recetados que no están a cargo de Medicare)	$0	$0	$0	$0

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

D. Vacunas

Nuestro plan cubre las vacunas de Medicare Parte D. Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D se divide en dos partes:

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

D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna

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

- Podemos brindarle información sobre la cobertura que nuestro plan ofrece para su vacunación.
- Nosotros podemos indicarle cómo mantener sus costos en un nivel bajo utilizando los proveedores y las 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 STAR+PLUS para asegurarse de que no tenga ningún costo inicial para una vacuna de Medicare 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 127

B. Cómo enviar una solicitud de pago 128

C. Decisiones de cobertura 129

D. Apelaciones 129

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 169.

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

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Coordinador de Servicios 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 cuidado médico de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red**

   Debe pedirle al proveedor que facture al plan.

   - Si usted paga la suma total cuando recibe la atención, puede pedirnos un reembolso. Envíenos la factura y 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 STAR+PLUS cuando obtenga cualquier servicio o receta médica. Una facturación inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un hospital o un doctor) le factura por servicios una cantidad mayor que los costos compartidos del plan. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si le dan alguna factura.**

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

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

- Podemos cubrir los medicamentos recetados en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos.
- Consulte el Capítulo 5 para obtener información adicional acerca de las farmacias fuera de la red.

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

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

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

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

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

   - Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Lista de Medicamentos) del plan o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total de este.
     - Si no paga por el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
     - Si usted y su 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 debe estar cubierto, pagaremos el servicio o el 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 una prueba de cualquier pago que haya realizado. La prueba 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 Servicios.

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

Para servicios médicos:
Molina Dual Options STAR+PLUS
P.O. Box 165089
Irving, TX 75016

Para los servicios de la Parte D/Medicaid (Rx):
Molina Dual Options STAR+PLUS
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

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

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

- Si desea presentar una apelación sobre cómo recibir un reintegro por un servicio de atención médica, consulte la página 169.
- Si desea presentar una apelación sobre un reintegro por un medicamento, consulte la página 170.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades 132

B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos 133

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (personal health information, PHI) 135

C1. Cómo protegemos su información médica protegida (protected health information, PHI) 136

C2. Usted tiene derecho a ver su historia clínica 136

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos 143

E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente 144

F. Su derecho a abandonar el plan 144

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 144

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica 144

G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo 145

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 146

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado 146

H1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos 147

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 147

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

Debemos asegurar que reciba **todos** los servicios de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios de intérprete gratuitos para responder a preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también le puede brindar materiales en idiomas distintos al inglés y en formatos tales como letra de molde grande, sistema Braille o audio. También contamos con material escrito disponible en español.
- 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 idioma distinto del inglés, comuníquese con el Estado al (800) 252-8263, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local para actualizar el registro con su idioma de preferencia. Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (877) 787-8999, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Un representante puede ayudarlo a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede ponerse en contacto con su Coordinador de Servicios para obtener ayuda con las solicitudes permanentes.

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 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.
- Medicaid de Texas al 1-800-252-8263 o al 211. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al 1-800-735-2989.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Para presentar una queja ante el Equipo de Ayuda de la Atención Médica Administrada del Mediador, de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission Ombudsman Managed Care Assistance Team), puede llamar al número de teléfono gratuito 1-877-787-8999. Si desea presentar una queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission Ombudsman Managed Care Assistance Team
HHS Office of Ombudsman
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247

A. Usted tiene derecho a recibir información de una manera que cumpla con sus necesidades

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

- Para obtener información de una manera que pueda entender, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan de salud cuenta con personal que puede contestar preguntas en diferentes
- Nuestro plan también le puede ofrecer materiales en otros idiomas aparte de inglés y en formatos como letra grande, sistema braille o audio. Contamos con material por escrito disponible es español. Para hacer una solicitud continua de materiales en un lenguaje diferente al inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (877) 787-8999, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Usted puede pedir que siempre le enviemos información en el idioma o formato que necesite. Esto se conoce como una solicitud permanente. Realizaremos un seguimiento de su solicitud permanente de modo que usted no necesite hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Estado al (800) 541-5555, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5.00 p. m., hora local) para actualizar su registro con el idioma que usted prefiere. Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8.00 p. m., hora local. Un representante puede ayudarlo a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su administrador de casos para obtener ayuda con respecto a la solicitud permanente.
- Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan de salud debido a problemas de idioma o una discapacidad y usted desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Puede presentar una queja con la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, por sus siglas en inglés) llamando gratuitamente al 1-877-787-8999. Si desea presentar su queja por escrito, por favor envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission Ombudsman Managed Care Assistance Team
Oficina del Mediador de la HHSC
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247

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

Si usted no puede obtener los servicios dentro de un periodo razonable, debemos pagarle el cuidado fuera de la red. Si tiene dificultades para obtener atención médica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Trabajaremos con usted para derivarlo a otro proveedor. De ser necesario, también podemos remitirlo a un proveedor fuera de la red si no podemos brindarle el servicio dentro de la red.

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene el derecho a una oportunidad razonable de elegir un plan de salud y 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.
- El PCP es el doctor o proveedor de atención médica a quien usted recurrirá la mayor parte del tiempo y quien coordinará su atención. Puede encontrar más información acerca de cómo elegir a un PCP en al Capítulo 3.
  - Llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer más acerca de proveedores de la red y cuáles médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Eso incluye el derecho a:
  - Recibir información sobre cómo elegir y cambiar su plan de salud y PCP.
  - Elegir un plan de salud deseado que esté disponible en su área y a su PCP de ese plan.
  - Estar informado sobre la frecuencia con la que puede cambiar de plan.
  - Estar informado sobre los otros planes disponibles en su área.
- Tiene derecho a recurrir a un especialista en salud de la mujer sin una remisión. Una remisión es la aprobación de su PCP para recurrir a otro profesional médico.
- Puede obtener servicios tales como los que se detallan a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP:
  - Servicios de salud conductual de un proveedor de la red.
  - Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
  - Cualquier servicio de Afecciones de Emergencia (lo que incluye servicios de salud conductual de emergencia);
  - Servicios de planificación familiar
  - Oftalmólogo u optometrista de la red para brindar servicios de atención médica para la vista, además de las cirugías.
  - Servicios para Enfermedades de transmisión sexual (ETS), lo que incluye prevención del STD/VIH, examen preventivo, asesoramiento, diagnóstico y tratamiento.
  - Atención médica requerida urgentemente obtenida de proveedores dentro de la red; o bien, proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda tener acceso a ellos temporalmente o; por ejemplo, cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.
  - Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan (Si es posible, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área).
  - Tiene acceso a setenta y dos (72) horas de suministros de emergencia de medicamentos recetados que no corresponden a la Parte D.
- 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 atención o servicios de emergencia que se requieran con urgencia sin autorización previa (PA).
- También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados surtidos en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede recurrir a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.
- Tiene el derecho de estar de acuerdo o negarse al tratamiento y participar activamente en las decisiones sobre el tratamiento. Eso incluye el derecho a:
  - Trabajar como parte de un equipo con su proveedor sobre cómo decidir qué atención médica es la mejor para usted.
  - Aceptar o rechazar la atención recomendada por su proveedor.
- Usted tiene derecho al acceso oportuno a atención médica sin obstáculos de comunicación ni de acceso físico. Eso incluye el derecho a:
  - Tener acceso telefónico a profesionales médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir la atención de emergencia o el cuidado urgente que necesite.
  - Obtener atención médica de emergencia de manera oportuna.
  - Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto incluye acceso sin barreras para personas con discapacidad u otras condiciones que limiten la movilidad, según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
  - La presencia de intérpretes, de ser necesario, durante las citas con sus proveedores y cuando hable con su plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna de la persona que recibe los beneficios, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o lo ayuda a entender la información.
  - Ser informado de manera que comprenda sobre la normas de sus planes de salud, lo que incluye los servicios de atención médica que pueda obtener y cómo obtenerlos.

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 sobre su información y a controlar de cómo se utiliza su PHI. Le daremos un aviso por escrito que informa sobre estos derechos. El aviso se denomina “Notificación de las normas 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.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no damos su información médica protegida (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.
- Estamos obligados a dar su información médica protegida (protected health information, PHI) a Medicare. Si Medicare divulga su información médica protegida (protected health information, PHI) para fines de investigación u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes federales. También estamos obligados a compartir su historia clínica con Texas Medicaid.

C2. Usted tiene derecho a ver su historia clínica

Usted tiene derecho a examinar su historia clínica y a obtener una copia de esta.

Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos su historia clínica. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica 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 preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica protegida (protected health information, 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 a usted 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 (protected health information, 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 (protected health information, PHI).

¿Por qué Molina usa o comparte la información médica protegida (protected health information, 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 (protected health information, 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 (protected health information, PHI)?

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su información médica protegida (protected health information, PHI) para cualquier propósito que no se haya especificado anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Revisar su información médica protegida (protected health information, PHI)
- Obtener una copia de su información médica protegida (protected health information, PHI)
- Enmendar su información médica protegida (protected health information, PHI)
- Poder pedirnos que no usemos ni compartamos su información médica protegida (protected health information, PHI) de ciertas maneras
- Obtener una lista de personas o lugares con quienes hemos compartido su información médica protegida (protected health information, PHI)

¿Cómo protege Molina su información médica protegida (protected health information, PHI)?

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

- Molina cuenta con políticas y reglas para proteger la información médica protegida (protected health information, PHI).
- Solo el personal de Molina que necesite conocer la información médica protegida (protected health information, PHI) puede usarla.
- Se capacita al personal de Molina para proteger y asegurar la información médica protegida (protected health information, PHI).
- El personal de Molina debe aceptar de manera escrita seguir las reglas y políticas que protegen y aseguran la información médica protegida (protected health information, PHI).
- La información médica protegida (protected health information, PHI) está segura en nuestras computadoras y 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 (protected health information, PHI).
- Darle información por escrito, como esta, sobre nuestros deberes y normas de privacidad acerca de su información médica protegida (protected health information, 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 un reclamo ante el 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 en 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 1-866-856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

MOLINA HEALTHCARE OF TEXAS

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 Texas ("**Molina Healthcare**", "**Molina**", "**nosotros**" o "**nuestro**") usa y comparte información médica protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina Duals 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 marzo del 2015.

PHI (protected health information) significa 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 (protected health information, PHI)?

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

Para tratamientos

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

Para funciones de atención médica

Molina puede usar o compartir información médica protegida (protected health information, PHI) sobre usted para implementar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamo para informarle a usted acerca de un programa de salud que pudiera ayudarlo. También podemos usar o compartir su información médica protegida (protected health information, PHI) para resolver inquietudes de los miembros. Su información médica protegida (protected health information, 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 (protected health information, 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 (protected health information, PHI) para recordarle sus citas. Podemos usar su información médica protegida (protected health information, PHI) para darle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

¿Cuándo puede Molina usar o compartir su información médica protegida (protected health information, 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 (protected health information, 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 (protected health information, PHI) cuando así lo requiera la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud Pública

Su información médica protegida (protected health information, 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 (protected health information, PHI) puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su información médica protegida (protected health information, PHI) para realizar auditorías.

Investigación

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

Cumplimiento de la ley

Su información médica protegida (protected health information, 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 (protected health information, PHI) para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Se puede compartir su información médica protegida (protected health information, PHI) con el gobierno para funciones especiales.

Víctimas de Abuso, Abandono o Violencia Doméstica

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

Indemnización al trabajador

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

Divulgación con otros fines

Su información médica protegida (protected health information, 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 (protected health information, PHI)?

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su información médica protegida (protected health information, PHI) para cualquier propósito que no se haya especificado en esta notificación. Molina necesita su autorización antes de que divulguemos su información médica protegida (protected health information, 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 (protected health information, 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:

- **Solicitarrestricciones respecto del uso o la divulgación de información médica protegida (protected health information, PHI) (difusión de su información médica protegida)**

Puede pedirnos que no compartamos su información médica protegida (protected health information, PHI) para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su información médica protegida (protected health information, 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 (protected health information, PHI)**

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

- **Revisión y Copia de su información médica protegida (protected health information, PHI)**

Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información médica protegida (protected health information, PHI) que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para realizar cobertura, quejas 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.*

- **Enmendar su información médica protegida (protected health information, PHI)**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su información médica protegida (protected health information, PHI). Esto incluye solamente 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 (protected health information, PHI) (difusión de su información médica protegida)**

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

- para tratamientos, pagos o funciones de atención médica;
- a personas sobre su propia información médica protegida (protected health information, 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 (protected health information, PHI) divulgada en interés de la seguridad nacional o para el propósito de inteligencia; o
- 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 este aviso. Para comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina, llame al 1-866-856-8699, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben 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 Texas
Attention: Director of Member Services
1660 N. Westridge Circle
Irving, TX 75038

Teléfono: 1-866-856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Puede presentar una queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a la siguiente dirección:
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights - Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Dallas, TX 75202

1-800-368-1019; 1-800-537-7697 (TTY);

(202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina debe hacer lo siguiente:

- Mantener su información médica protegida (protected health information, 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 (protected health information, PHI).
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su información médica protegida (información médica protegida [PHI]) no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones.
- Cumplir con los términos de este aviso.

Este Aviso está sujeto a cambios

Molina se reserva el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la información médica protegida (protected health information, PHI) que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, Molina publicará el aviso revisado en nuestro sitio web y enviará el aviso revisado, o bien enviará información acerca del cambio importante y de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por Molina.

Información de Contacto

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

Molina Healthcare of Texas

Attention: Director of Member Services

1660 N. Westridge Circle

Irving, TX 75038

Teléfono: 1-866-856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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

Como miembro de Molina Dual Options STAR+PLUS, usted tiene derecho a recibir información de nosotros. 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, llámenos al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, 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. Comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local para solicitar materiales en un idioma que no sea inglés 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 en www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Servicios cubiertos (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6), y sobre las reglas que usted debe seguir, que incluye lo siguiente:
  - 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.
- El motivo por el cual un servicio no tiene cobertura y lo que usted puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), lo que incluye solicitarnos que realicemos lo siguiente:
  - Pongamos por escrito el motivo por el cual algo no está cubierto.
  - Cambiemos una decisión que hemos tomado.
  - Paguemos una factura que usted recibió.

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

Los 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.

F. Su derecho a salirse del plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea. Puede abandonar el plan en cualquier momento durante el año.

- 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. Sin embargo, usted debe seguir recibiendo sus servicios Medicaid a través de un plan de atención administrada de Medicaid STAR+PLUS. Si quiere realizar un cambio, puede llamar a la línea de ayuda STAR+PLUS al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del centro. TTY: 711 o 1-800-735-2989.
- 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. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conozca sus opciones.** Tiene derecho de ser informado acerca de todos los tipos de tratamiento.
- **Conozca los riesgos.** Usted tiene derecho a conocer cualquier riesgo posible. Usted debe conocer con antelación si cualquier servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene el derecho de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Obtenga una segunda opinión.** Tiene el derecho a recurrir a otro doctor antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.
- **Diga "no"**. Tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su 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.

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

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

- 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.

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

- **Obtener el formulario.** Usted puede obtener un formulario de su doctor, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que dan información a las personas acerca de Medicare o Texas Medicaid, como La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Health and Human Services Commission, HHSC), también pueden tener formularios de directivas anticipadas. Puede comunicarse con HHSC al 1-866-566-8989 (TTY: 1-800-735-2989) o visitar su sitio web en hhs.texas.gov/laws-regulations/forms/advance-directives. 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 doctor. 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. Conserve una copia en su hogar.
- Si usted va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **conserve una copia de esta para el hospital**.

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

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

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

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y considera que un doctor u hospital no siguió las instrucciones consignadas en la directiva, podrá presentar una queja ante el Equipo de Ayuda de la Atención Médica Administrada del Mediador de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas llamando al número de teléfono gratuito al 1-866-566-8989. Si desea presentar una queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission Ombudsman Managed Care Assistance Team
HHS Office of Ombudsman
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247

Si puede acceder a Internet, puede presentar su queja en la siguiente dirección:

correo electrónico: ltc.ombudsman@hhsc.state.tx.us

También puede presentar una queja ante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486 2048) o visitar su sitio web en http://www.medicare.gov

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

El Capítulo 9 le indica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de su atención médica cubierta o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Usted también tiene derecho de solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento por parte del estado.

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.

Tiene el derecho de obtener una respuesta en tiempo ante una queja.

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

Si considera que lo han tratado injustamente, y que **no** se trata de discriminación debido a los motivos que se indican en el Capítulo 11, o si desea más información sobre sus derechos, puede comunicarse con las siguientes entidades para obtener ayuda:

- Departamento de Servicios para Miembros.
- El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). En Texas, SHIP recibe el nombre de Asesoramiento de Información sobre Salud y Programa de Defensoría de Texas (Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas, HICAP). 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. TTY 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).
- Puede llamar al Equipo de Ayuda de la Atención Médica Administrada del Mediador, de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

  Llame al 1-877-787-8999

- Escriba a la siguiente dirección: Texas Long-Term Care Ombudsman Program

  Texas Health and Human Services
  P.O. Box 13247
  Austin, TX 7811-3247

- Correo electrónico: ltc.ombudsman@hhsc.state.tx.us
- Página web: https://apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

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

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

- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a que le brinden el mejor cuidado.
  - Proporcióneles la información que necesitan acerca de usted y su salud. Aprenda tanto como pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores tengan información acerca de todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si usted formula una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores. Esperamos que cancele sus citas con anterioridad cuando no pueda asistir y que mantenga las citas acordadas.
- **Derechos y responsabilidades del miembro**
- Los derechos y las responsabilidades de los miembros incluyen, entre otros, lo siguiente:
  - Derecho a recibir información acerca de su organización, sus servicios, sus médicos y proveedores y los derechos y responsabilidades de los miembros.
  - El derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
  - El derecho a participar con los médicos a la hora de tomar decisiones sobre su atención médica.
  - El derecho a una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento apropiado o médicamente necesario para su condición, independientemente del costo o beneficio de la cobertura.
  - El derecho a expresar quejas o apelaciones acerca de la organización o la atención que proporciona.
  - El derecho a hacer recomendaciones con respecto a las políticas sobre los derechos y responsabilidades del miembro de la organización.
  - La responsabilidad de brindar información (hasta donde sea posible) a la organización y sus médicos y proveedores para que le brinden el cuidado adecuado.
  - La responsabilidad de seguir los planes e instrucciones del cuidado que haya acordado con sus médicos.
  - La responsabilidad de entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordados hasta el grado posible.

- Los miembros tienen responsabilidades adicionales cuando usan los servicios de NEMT. Estas responsabilidades son las siguientes:
  1. Al solicitar los servicios de NEMT, debe proporcionar la información que solicita la persona que organiza o verifica su transporte.
  2. Debe cumplir todas las normas y los reglamentos relacionados con sus servicios de NEMT.
  3. Debe devolver los fondos anticipados que no haya utilizado. Debe probar que asistió a su cita médica antes de recibir fondos anticipados.
  4. No debe abusar o acosar de forma verbal, sexual ni física a nadie mientras solicita o recibe servicios de NEMT.
  5. No debe perder los boletos ni las fichas de autobús y debe devolver los que no haya utilizado. Debe utilizar los boletos o las fichas de autobús solo para dirigirse a su cita médica.
  6. Solo debe utilizar los servicios de NEMT para trasladarse a sus citas médicas y regresar.
  7. Si programó un servicio de NEMT y ya no lo necesita por algún motivo, debe comunicarse con la persona que lo ayudó a programar el transporte lo más pronto posible.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Mensualidades de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Molina Dual Options STAR+PLUS, Medicaid paga su mensualidad de la Parte A y 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 STAR+PLUS. 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 Original Medicare 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 Texas Medicaid sobre su nueva dirección cuando usted se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de Medicare y Texas 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.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.
- Debe cumplir con las políticas y los procedimientos del plan de salud. Como parte de sus responsabilidades, debe hacer lo siguiente:
  - Asegurarse de tener aprobación por parte de su proveedor de cuidados primarios antes de consultar a un especialista.
- Debe compartir información sobre su salud con su proveedor de cuidados primarios y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Como parte de sus responsabilidades, debe hacer lo siguiente:
  - Ayudar a sus proveedores a obtener su historia clínica.

  - Trabajar en equipo con su coordinador de servicios para decidir qué atención médica es la mejor para usted.
- Usted es responsable cuando utiliza los Servicios de Transporte Médico que No Sea de Emergencia (Nonemergency Medical Transportation, NEMT). Como parte de sus responsabilidades, debe hacer lo siguiente:
  - Proporcione la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte. (También debe comunicarse con la persona lo antes posible si por algún motivo ya no necesita el servicio de NEMT).
  - Cumpla todas las normas y los reglamentos relacionados con los servicios de NEMT.
  - Sea respetuoso. (No abuse o acose a nadie de forma verbal, sexual o física mientras solicita los servicios de NEMT).
  - Devuelva los fondos anticipados que no haya utilizado. (Pruebe que asistió a su cita médica antes de obtener fondos anticipados en el futuro).
  - Mantenga los boletos o las fichas de autobús en un lugar seguro. (No los pierda. Solo utilice los boletos o las fichas de autobús para trasladarse a su cita médica y devuelva los que no haya utilizado).
  - Utilice los servicios de NEMT **solo** para trasladarse a sus citas médicas y para regresar.
  - Si sufre el robo o la pérdida de sus boletos, comuníquese de inmediato con la línea de Servicios de NEMT al 866-462-4856 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si siente que se lo ha tratado injustamente o se lo discriminó, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de Estados Unidos al número gratuito 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles HHS en línea en hhs.gov/ocr.

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 médico y otros proveedores determinen como necesarios para el cuidado de la salud como parte del Plan de Cuidado. **Si tiene problemas con su atención, puede llamar a la Oficina del Mediador de la HHSC al 1-877-787-8999 para recibir ayuda.** En este capítulo, se explican las opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero puede llamar a la Oficina del Mediador de la HHSC para que lo ayuden a orientarlo con su problema.

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.

Tabla de contenidos

A. Qué hacer si tiene algún problema 154

A1. Información acerca de los términos legales 154

B. A dónde llamar para pedir ayuda 154

B1. Dónde obtener más información y ayuda 154

C. Problemas relacionados con sus beneficios 156

C1. Cómo usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas 156

D. Decisiones de cobertura y apelaciones 156

D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura 156
D2. Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura 157
D3. Cómo usar la sección de este capítulo que lo ayudará 157

E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D) 159

E1. Cuándo usar esta sección 159
E2. Solicitar una decisión de cobertura 160
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D) 161
E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D) 165
E5. Problemas de pago 169

F. Medicamentos de la Parte D 170

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 170
F2. Qué es una excepción 171
F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones 172
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, incluyendo una excepción 173
F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D 176
F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D 178

G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital 179

G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare 179
G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 180
G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 182
G4. Qué sucede si no cumple con una fecha límite de la apelación 183

H. Qué hacer si cree que su atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o servicios del centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan demasiado pronto 185

H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura 186
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica 186
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica 188
H4. Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de nivel 1 189

I. Llevar su apelación más allá del Nivel 2 190
I1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare 190
I2. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Texas Medicaid 191
J. Cómo presentar una queja 191
J1. ¿Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas? 191
J2. Quejas internas 192
J3. Quejas externas 193

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

A1. Información acerca de los términos legales

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

Por ejemplo, diremos:

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

Conocer los términos legales apropiados puede 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 en la Oficina del Mediador de HHSC

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a la Oficina del Mediador de la HHSC. En la Oficina del Mediador de la HHSC pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre programas de mediación.

La Oficina del Mediador de la HHSC no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Pueden ayudarlo a comprender qué proceso utilizar. El número de teléfono para la Oficina del Mediador de la HHSC es 1-877-787-8999. Los servicios son gratuitos.

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

También puede ponerse en contacto con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (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 Texas, SHIP recibe el nombre de Programa de Protección y Orientación sobre Seguros de Salud (HICAP). El número de teléfono del HICAP es el 1-800-252-3439 y su sitio web es http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/.

Cómo obtener ayuda de Medicare

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. The call is free.
- Visite el sitio web de Medicare en www.medicare.gov.

Cómo recibir ayuda de Texas Medicaid

Puede llamar a Texas Medicaid directamente para obtener ayuda cuando tenga problemas. Existen dos maneras de obtener ayuda de Texas Medicaid:

- Llamando al 1-800-252-8263 o 2-1-1. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2989 o 7-1-1. The call is free.
- Visite el sitio web de Texas Medicaid www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home.

Cómo obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options STAR+PLUS

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda:

- Llame al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Consulte www.MolinaHealthcare.com/Duals

Cómo obtener ayuda de la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)

- Escriba a KEPRO

5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900
Tampa, FL 33609

- Llame al (888) 315-0636
- TTY: (855) 843-4776
- Fax: (833) 868-4060
- Correo electrónico: KEPRO.Communications@hcqis.org
- Visite nuestro sitio web en: http://www.keproqio.com

C. Problemas relacionados con sus beneficios

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

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. 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 156.	**No.** Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura. Avance a la **Sección J, "Cómo presentar una queja"** en la página 191.

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 no están seguros de si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Texas 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 usted quiere no está cubierto por Medicare o Texas Medicaid o ya no lo cubre. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

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

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

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas:

- Llame al **Departamento de Servicios para Miembros** al 1-866-856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Llame a la **Oficina del Mediados de la HHSC** para recibir ayuda gratuita. La Oficina del Mediador de la HHSC ayuda a las personas inscritas en Texas Medicaid a resolver problemas con el servicio o la facturación. El número de teléfono es 1-877-787-8999.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)** para obtener ayuda gratuita. SHIP es una organización independiente. No está asociado con nuestro plan. En Texas, SHIP recibe el nombre de Asesoramiento sobre Información sobre Salud y Programa de Protección (HICAP). El número de teléfono es **1-800-252-3439**.
- 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”.
  - Además, puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web 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:**

- **En la Sección E** de la página 159 se brinda información si tiene problemas acerca de los servicios, elementos y medicamentos (pero **no** con los 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 use la Sección E si estos medicamentos no tienen cobertura en 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 6 en la página 170 para obtener información sobre 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 atención hospitalaria, 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 atención. Consulte las Secciones G y H en las páginas 179 y 185.
- Es posible que se desestime su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en los que podríamos desestimar su solicitud son los siguientes: si su solicitud está incompleta; si alguien realiza la solicitud por usted, pero no nos dio pruebas de que usted aceptó que la hicieran, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará el motivo y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación. Este proceso de apelación se denomina revisión.

- **En la Sección F** de la página 170 se brinda información sobre los medicamentos de la 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 (prior authorization, PA).
  - 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 179**, se brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una internación más prolongada en un 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 185**, se brinda información si usted cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de cuál sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699 TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si necesita más ayuda o información, llame a la Oficina del Mediador de la HHSC al 1-877-787-8999.

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

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección es acerca de lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por concepto de sus servicios médicos, de salud conductual y atención médica a largo plazo. También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluyendo los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos con un (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F para obtener información sobre apelaciones por medicamentos Parte D.

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

1. Considera que cubrimos un servicio médico, de salud conductual o servicio de atención a largo plazo que necesita, pero no está recibiendo.

   Lo que puede hacer: puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 160 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: puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la Sección E3 en la página 161 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 161 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 rembolsemos el dinero. Consulte la Sección E5 en la página 169 para obtener información sobre cómo pedirle al plan que pague.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un cierto servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

   Lo que puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir o detener el servicio. Consulte la Sección E3 en la página 161 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).

E2. Solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener un servicio médico, de salud conductual o servicio de atención a largo plazo

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

- Puede llamarnos al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Puede enviarnos un fax al (844) 251-1451
- Puede escribirnos a:

  Molina Dual Options STAR+PLUS
  Attn: Utilization Management
  200 Oceangate, Suite 100
  Long Beach CA 90802

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

Por lo general, demora hasta 3 días laborables después de que solicitó, 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 informamos nuestra decisión dentro de los 3 días laborables (o 72 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B), usted puede apelar.

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

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, solicite que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de 1 día laborable (o dentro de las 24 horas 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 llamarnos al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, o envíenos un fax al (866) 420-3639. Si desea obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede decirle a su médico o a su representante que nos llame.

A continuación se explican las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está solicitando cobertura por atención médica o un elemento que aún no ha recibido.** (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de atención médica o por un artículo que ya ha recibido).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si la fecha límite estándar de 3 días laborables (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B) puede causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar normalmente.**
   - Si su médico 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 médico, 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 3 días laborables (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B).
     - Esta carta le informará que, si su médico 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 191.

Si la decisión de cobertura es No ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta con nuestras razones para decirle que **No**.

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

E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, elementos 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.

Si necesita ayuda durante proceso de apelación, puede comunicarse con la Oficina del Mediador de la HHSC al 1-877-787-8999. La Oficina del Mediador de la HHSC 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 elemento no está cubierto, su caso puede enviar una Apelación de Nivel 2.

¿Cómo puedo hacer una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar una apelación, usted, su doctor u otro proveedor, o su representante, deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, 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".
- 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 STAR+PLUS
    Attn: Grievance and Appeals Dept.
    P.O. Box 22816
    Long Beach, CA 90801-9977
    Correo electrónico: Medicare.AppealsandGrievances@MolinaHealthCare.com
  - Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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. Usted también puede solicitar una apelación si nos llama.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, **tiene menos días para presentar una apelación** si desea mantener ese servicio mientras su proceso de apelaciones está en proceso.
- Siga leyendo esta sección para saber más sobre qué fecha límite aplica a su apelación.

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.

Si no recibimos este formulario y otra persona actúa en su representación, su solicitud de apelación se desestimará. Si esto sucede, tiene derecho a que otra persona revise nuestra decisión. Le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

A fin de obtener un Formulario para nombramiento del representante, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y solicite uno, o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestro sitio web 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 el motivo de la demora cuando hace su apelación.

NOTA: Si presenta una apelación porque le informamos 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 186 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 (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

¿Puede mi médico darles más información acerca de mi apelación?
Sí, usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?
Revisamos detalladamente toda la información sobre 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 la decisión original se basó en la falta de necesidad médica, entonces el revisor será un médico.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

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

Debemos responderle dentro de 30 días naturales tras haber recibido su apelación (o dentro de 7 días naturales después de recibir su apelación para un medicamento recetado de 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 191.
- 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 la cobertura un servicio o artículo de Texas 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 165.

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 un artículo o servicio cubierto por Texas 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 165.

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

Si solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su 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, 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 191

- 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 la cobertura un servicio o artículo de Texas 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 165.

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 un artículo o servicio cubierto por Texas Medicaid, en la carta, se le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Si desea obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 165.

¿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 antes de realizar la acción. Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una Apelación de Nivel 1 y solicitar que continuemos con sus beneficios. Debe **efectuar la solicitud antes de lo siguiente** a fin de continuar sus beneficios, lo que ocurra después:

- Dentro de los 10 días laborables 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 en disputa mientras se sucede el proceso de apelación.

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

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

Si decimos que **No** a 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 Texas 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 se refiere a un artículo o servicio de **Texas Medicaid**, puede pedir una Apelación de Nivel 2 (también conocido como Audiencia Imparcial) con la División de apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. 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 Texas Medicaid**, automáticamente tendrá una Apelación de Nivel 2 con la IRE. También puede solicitar una Apelación de Nivel 2 (conocida como Audiencia Imparcial) en la División de Apelaciones de la HHSC.

¿Qué es una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es una apelación externa, que la realiza una organización independiente que no está relacionada con el plan. La organización de Apelación de Nivel 2 de Medicare es una Entidad de Revisión Independiente (IRE). La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo. La Apelación de Nivel 2 de Texas Medicaid se conoce como Audiencia Imparcial. Las solicitudes para una Audiencia Imparcial se presentan ante Molina Dual Options STAR+PLUS, pero las revisa la División de Apelaciones de la HHSC.

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

Una Apelación de Nivel 2 para servicios o elementos de Texas Medicaid recibe el nombre de “Audiencia Imparcial.”

Si desea solicitar una Audiencia Imparcial, debe comunicarse con Molina Dual Options STAR+PLUS por escrito. Le enviaremos una solicitud para una Audiencia Imparcial a la *División de Apelaciones HHSC. Usted o su* representante deben preguntar por una audiencia imparcial **dentro de los 120 días** posteriores a la fecha de la carta en que se rechazó la Apelación de Nivel 1 a nuestro plan. Si tiene una razón para demorarse, la División de Apelaciones de la HHSC puede extender esta fecha límite.

Envíe su solicitud por escrito a:

Molina Healthcare of Texas
Attn: Member Inquiry Research and Resolution Unit
P.O. Box 165089
Irving, TX 75016

O

Fax: (877) 816-6416

O llame al Departamento de Servicios para Miembros, al (866) 856-8699, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local Le podemos ayudar con su solicitud. Si necesita una decisión rápida debido a su salud, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedir una Audiencia Imparcial acelerada.

Luego de que la División de Apelaciones de la HHSC reciba su solicitud de apelación, obtendrá un paquete de información en el que se le indicará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las Audiencias Imparciales se llevan a cabo por teléfono. Durante la audiencia, usted o su representante le pueden hacer saber a su oficial de audiencias porque necesita el servicio que le denegamos.

La División de Apelaciones de la HHSC le informará la decisión final dentro de los 90 días desde la fecha en la que usted solicitó la audiencia. Si califica para una Audiencia Imparcial acelerada, la División de Apelaciones de la HHSC debe darle una respuesta dentro de las 72 horas. Sin embargo, si la División de Apelaciones de la HHSC necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales.

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 solicitarnos una copia de su archivo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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 Texas Medicaid?

Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Texas Medicaid, automáticamente tendrá una Apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial. Las solicitudes para una Audiencia Imparcial se presentan ante Molina Dual Options STAR+PLUS, pero las revisa la División de Apelaciones de la HHSC. Siga las instrucciones en la página 165.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?

Si su problema se refiere a un servicio cubierto por **Medicare o por Medicare y Texas Medicaid**, sus beneficios por ese servicio continuarán durante el proceso de apelación del Nivel 2.

Si su problema se refiere a un servicio cubierto por **solo por Texas Medicaid**, sus beneficios por ese servicio continuarán durante el proceso de apelación del Nivel 2 si:

- su apelación es sobre nuestra decisión de reducir o detener la prestación de un servicio que antes estaba autorizado; **y**
- Si solicita una Apelación de Nivel 2 *(audiencia imparcial) dentro de los 10 días laborables posteriores al envío de nuestra carta en la que se le avisa que rechazamos su Apelación de Nivel 1 o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que sea posterior.*

¿Cómo me enteraré acerca de la decisión?

Si su Apelación de Nivel 2 (audiencia imparcial) se envió a la División de Apelaciones de la HHSC, le avisarán por escrito sobre la decisión de la audiencia.

- Si la División de Apelaciones HHSC **acepta** lo que solicitó, en parte o en su totalidad, debemos autorizar la cobertura dentro de las siguientes 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la audiencia.
- Si la División de Apelaciones HHSC **rechaza** su solicitud, en parte o en su totalidad, 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 HHSC, y estas toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de revisión independiente y la División de Apelaciones HHSC deciden que **Si** para todo o parte de lo que solicitó, le daremos el servicio o artículo más cercano aprobado a lo que solicitó en su apelación.

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

Si su Aapelación de Nivel 2 (audiencia imparcial) se envió a la *División de Apelaciones HHSC, puede apelar nuevamente si solicita una revisión administrativa. En la carta que reciba de la División de Apelaciones HHSC, se explicará la siguiente opción de apelación.*

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 189 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 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 E3 de la página 161. 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”. También se denomina “rechazar su apelación”). En la carta que reciba, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede tener. Usted puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con una cantidad mínima. Consulte la Sección I en la página 190 para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y, por lo general, el servicio o el elemento está cubierto por Medi-Cal, puede presentar una Apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E4 en la página 165).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas 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 Medicare Parte D no cubre, pero que Texas 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 5 de la página 159.

¿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.

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

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

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

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

¿En qué situación se encuentra?			
¿Necesita usted un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos o que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos?	¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos y cree que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como, por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita?	¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado?	¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera?
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección F2** en la página 171. También consulte las secciones F3 y F4 en las páginas 172 y 173.	**Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.** Avance a la **Sección F4** en la página 173.	**Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero.** (Este es un tipo de decisión de cobertura). Avance a la **Sección F4** en la página 173.	**Puede presentar una apelación.** (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Avance a la **Sección F5** en la página 176.

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que no está normalmente en nuestra Lista de Medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o no está cubierto en la forma en que usted quisiera, puede solicitarnos que hagamos una "excepción".

Cuando solicita una excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué la requiere.

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

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de Medicamentos.
2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
   - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
     - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca registrada.
     - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se denomina “autorización previa” [PA]).
     - 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 en ocasiones 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 profesional que receta deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Se les llama "medicamentos alternativos". Si un medicamento alternativo puede tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causa más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Le diremos Sí o No a su solicitud de excepción

- Si decimos **Sí** a su solicitud de excepción, por lo general la excepción dura hasta el final del año natural. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si respondemos **No** a su solicitud de una excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección F5 en la página 175, se explica cómo presentar una apelación si nuestra respuesta es **No**.

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

> **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.

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que usted desea. Llame, escriba o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Puede llamarnos al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, 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 156 a fin de 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 solicita una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”. Su doctor u otro recetador debe darnos las razones médicas para la excepción del medicamento. A esto lo llamamos la “declaración de apoyo”.
- Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien pueden darnos la indicación por teléfono y luego enviar una declaración por fax o por correo.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Utilizaremos los “plazos estándar” a menos que hayamos acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

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

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita un medicamento que aún no haya recibido.** (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas.**

Si su 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 apoyo 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 191.

Fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta dentro de las 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 médico o recetador en la que se avale su solicitud.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si estamos usando 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 médico o recetador.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta con los motivos por los que 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 donde le explicaremos 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. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo.
- Si usted solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, 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 (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si usted está apelando una decisión tomada por nuestro plan por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su doctor u otro recetador deberá decidir si usted requiere una "apelación rápida".

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

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” y se detallan en la Sección F4 en la página 173.

Nuestro plan revisará su apelación y le dará nuestra decisión

- Volveremos a analizar toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información. El revisor será una persona que no tomó la decisión de la cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si estamos usando los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, le enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente 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.

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 (Independent Review Entity, IRE) evaluará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, deberá presentar la solicitud de apelación por escrito. En la carta que le enviemos acerca de nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1, se le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando haga una apelación a la IRE, le enviaremos el archivo de su caso. Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRE para respaldar su apelación.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si usted desea que la Entidad de Revisión Independiente evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días naturales** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico u otro recetador, o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará a usted una carta en la que se explique su decisión.

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

Plazos para “apelaciones rápidas” en el Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, 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 (Independent Review Entity, IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación".

Si usted decide ir al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicitó tendrán que cumplir con un valor mínimo de dinero en dólares. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, podrá solicitar una apelación de Nivel 3. La carta que usted reciba de la IRE le indicará la cantidad en dólares necesaria para continuar con el proceso de apelación.

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

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar el cuidado que usted pueda requerir después del alta médica.

- El día que le dan de alta del hospital se llama su "fecha de alta".
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta médica.

Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación más prolongada en el hospital. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

G1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare

Dentro de los siguientes dos días después de que usted sea admitido en el hospital, un trabajador social o una enfermera le dará a usted un aviso denominado Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos. Si usted no recibe este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. 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 ver una copia de este aviso por anticipado, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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.

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 Texas, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO.

Para hacer una apelación para cambiar su fecha de alta médica llame a KEPRO al: 1-888-315-0636.

¡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 183.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado al 1-800-315-0636 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 1-866-856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al **1-800-252-3439** o a la Oficina del Mediador de la HHSC al 1-877-787-8999.

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de Calidad?

Está conformada por un grupo de doctores y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Reciben pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

Debe solicitar a la Organización de Mejoramiento de Calidad una “revisión rápida” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted le pide a la organización que aplique los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándares.

El término legal para una “revisión rápida” es **“revisión inmediata”**.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de 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 1-866-856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. 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 consular un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Si la Organización de Mejoramiento de 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 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 Texas, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al **(888) 315-0636**.

- 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 (888) 315-0636 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.

También puede solicitar una Revisión médica independiente al DMHC para continuar su internación en el hospital. Consulte la Sección 5.4 en la página 165 para obtener información sobre cómo solicitar al DMHC una Revisión médica independiente.

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.

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 las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificaremos si la decisión sobre su fecha de alta del hospital fue justa y si se cumplieron todas las reglas.
- Aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para comunicarle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas posteriores de haber solicitado una "revisión rápida".
- **Si aceptamos su revisión rápida,** esto significa que estamos de acuerdo en que usted aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta médica. Continuaremos cubriendo servicios hospitalarios por el tiempo que sea médicamente necesario.
- También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si rechazamos su revisión rápida,** significa que su fecha de alta médica programada nos parece adecuada por razones médicas. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados termina el día en que decidimos que terminaría su cobertura.
  - Si permaneció internado en el hospital después de su fecha de alta programada, puede tener que pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta programada.
- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al momento de **rechazar** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la "Entidad de Revisión Independiente". Cuando hacemos esto, significa que su caso pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Guía rápida: cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una "revisión rápida" de su fecha de alta del hospital.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

El término legal para una "revisión rápida" o "apelación rápida" es **"apelación acelerada"**.

Apelación Alternativa de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite u otras fechas límites. En la Sección J en la página 191, se explica cómo presentar una queja.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su "revisión rápida". Esta organización decide si debe cambiarse nuestra decisión.

Guía rápida*:* cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

- La IRE hará una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.
- Si la respuesta de la IRE es **Sí** en relación con su apelación, tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención médica que usted haya recibido en el hospital desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era adecuada por razones médicas.
- El aviso que usted reciba de la IRE le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es administrado por un juez.

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

Esta parte describe solamente los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada
- Cuidado de rehabilitación que usted recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor.
  - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene el derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico dice que usted los necesita.
  - Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo a usted antes de la terminación de sus servicios. Cuando su cobertura por esa atención finaliza, dejaremos de pagar por su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días 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. En la Sección J de la página 191, se describe cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico al 1-800-252-3439.

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 Texas, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al: 1-888-315-0636. También encontrará información sobre la Organización de Mejoramiento de Calidad en la Notificación de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le informaron que dejaríamos de cubrir su atención.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan que continúe su atención médica

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al 1-888-315-0636 y pida una "apelación rápida".

Llame antes de salir de la agencia o centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha programada de alta médica.

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de Calidad?

Está conformada por un grupo de doctores y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Reciben pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

¿Qué debe solicitar usted?

Solicite una "apelación rápida". Esta es una revisión independiente para verificar si es apropiado por razones médicas que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

¿Cuál es su 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 189.

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 1-866-856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede 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.
- **En el plazo de un día entero, después de haber recibido toda la información necesaria, los revisores le comunicarán a usted su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.

El término legal de la carta en la que se explican los motivos de finalización de sus servicios es "**explicación detallada de no cobertura**".

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores **aprueban** su apelación, debemos continuar suministrando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si los revisores dicen No?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha indicada. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.

- Si decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o atención en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de esta atención médica.

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

Si la Organización de Mejoramiento de 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 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) prestados después de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

En Texas, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con la KEPRO llamando al (888) 315-0636. 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.

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 (888) 315-0636 y pida otra revisión.

Llame antes de salir de la agencia o centro que está proporcionándole atención médica y antes de su fecha programada de alta médica.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de Mejoramiento de Calidad tomará una decisión dentro de los siguientes 14 días naturales de recibir su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización revisora dice que Sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura. Debemos continuar proporcionando cobertura de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización revisora dice que No?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que usted reciba le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que es administrado por un juez.

H4. Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite 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, atención en centros de enfermería especializada o 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 número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros y solicite una "revisión rápida".

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas.

- **Si 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 rechazamos** 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.

Para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas al momento de **rechazar** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la "Entidad de Revisión Independiente". Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para una "revisión rápida" o "apelación rápida" es **"apelación acelerada"**.

Apelación Alternativa de Nivel 2 para continuar recibiendo su cuidado por más tiempo

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite u otras fechas límites. En la Sección J de la página 191 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.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan continúe con su atención médica

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

- La IRE hará una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE dice que Sí** a su apelación, entonces le reembolsaremos nuestra parte de los costos de atención médica. También tendremos que continuar nuestra cobertura de sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la IRE dice que No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de servicios es médicamente apropiado.

El aviso que usted reciba de la IRE le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es administrado por un juez.

I. 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 elementos 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 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 a la Oficina del Mediador de la HHSC. El número de teléfono es 1-877-787-8999.

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

Usted también tiene más derechos de apelación si su apelación es acerca de elementos o servicios que podrían estar cubiertos por Texas Medicaid. Si tiene dudas sobre sus derechos adicionales de apelación, puede llamar a la Oficina del Mediador de la HHSC al 1-877-787-8999.

Si no está de acuerdo con la decisión del oficial de la Audiencias Imparciales, puede solicitar una Revisión Administrativa dentro de los 30 días desde la fecha de dicha decisión.

La carta que usted reciba de la División de Apelaciones de la HHSC le dirá qué hacer si usted desea continuar con el proceso de 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, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Quejas acerca de la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención médica, 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 STAR+PLUS lo trató mal.
- Usted cree que está siendo presionado para salir del plan.

Guía rápida*:* Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna con nuestro plan o una queja externa con una organización que no esté vinculada a nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección J3 en la página 193.

Quejas sobre la accesibilidad

- Usted no puede acceder físicamente a las instalaciones y los servicios de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda una adaptación razonable que usted necesita como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Usted tiene problemas para concertar una cita o ha tenido que esperar demasiado para conseguirla.

- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud o el Departamento de Servicios para Miembros u otros miembros del personal del plan lo han hecho esperar demasiado tiempo.

Quejas sobre la limpieza

- Usted cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso al idioma

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

Quejas sobre las comunicaciones de nuestra parte

- Usted cree que no le dimos un aviso o una carta que debió haber recibido.
- Usted cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o proporcionarle el servicio o reembolsarle por ciertos servicios médicos.
- Usted considera que no remitimos su caso a tiempo a la Entidad de Revisión Independiente.

El término legal de “queja” es “**reclamo**”.

El término legal de “enviar una queja” es “**presentar un reclamo**”.

¿Existen diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta a nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta a una organización que no está afiliada a nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede comunicarse con la Oficina del Mediador de la HHSC al 1-877-787-8999.

J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, 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. Los reclamos querellas presentados por escrito deben responderse por escrito. Las quejas pueden presentarse de forma oral llamándonos al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local; o escriba por correo a la siguiente dirección: Molina Dual Options STAR+PLUS Appeals and Grievances,PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610.

> **El término legal** de “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 no tomamos una decisión dentro de los 30 días naturales porque necesitamos más información, le notificaremos por escrito. También le daremos una actualización del estado y el tiempo estimado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para resolver una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con alguna parte o la totalidad de su queja, le informaremos y le daremos nuestras razones. Le responderemos si estamos de acuerdo o no con la queja.

J3. Quejas externas

Usted puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare se encuentra disponible en el siguiente sitio: 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. The call is free.

Usted puede informar a Texas Medicaid sobre su queja

Una vez que haya atravesado el procedimiento para quejas del plan, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) de Texas llamando al número gratuito 1-877-787-8999. Si desea presentar una queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:
Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247

Si puede acceder a Internet, puede presentar su queja en el siguiente enlace: https://www.hhs.texas.gov/about/your-rights/office-ombudsman/hhs-ombudsman-managed-care-help.

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si le parece que no se lo trató justamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso por discapacidad o asistencia con el idioma El número de teléfono para la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede contactar a la Oficina de Derechos Civiles local al:

Bexar
11307 Roszell, Room 2100
MC 279-4
San Antonio, Texas 78217
Teléfono: 210-619-8166

Dallas
801 S. State Highway 161, Suite 600
MC 012-5
Grand Prairie, Texas 75051
Teléfono: 972-337-6245

Harris
P.O. Box 16017
Houston, Texas 77222-6017
Teléfono: 713-767-2382

Hidalgo
2520 S. Veterans Boulevard
MC 108-1
Edinburg, Texas 78539
Teléfono: 956-316-8393

También puede tener derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la legislación del estado de Texas. También puede ponerse en contacto con la Oficina del Mediador de la HHSC para asistencia. El número de teléfono es 1-877-787-8999.

Puede presentar una queja en la Organización de Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se relaciona con la calidad del cuidado, usted también tiene dos opciones:

- Si usted lo prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad del cuidado directamente ante la Organización de Mejoramiento de Calidad (sin presentar la queja ante nosotros).
- O usted puede presentar su queja ante nosotros **y** ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que se proporciona a los pacientes de Medicare. Para obtener más información acerca de la Organización de Mejoramiento de Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Texas, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-888-315-0636.

Capítulo 10: Cómo terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid

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 Texas 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 197

B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan 197

C. Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente 198

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado 198

D1. Formas de obtener sus servicios Medicare 198

D2. Cómo obtener sus servicios Medicaid 200

E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado 200

F. Otras situaciones cuando acaba su membresía 200

G. Reglas en caso de que se le solicite abandonar nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud 201

H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan 201

I. Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan 201

A. Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid

Puede terminar su membresía en Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro Medicare-Medicaid Plan o cambiándose a Original Medicare.

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 enero, la cobertura con nuestro plan terminará el 31 de enero. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente (1 de febrero en este ejemplo). Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones de Medicare en la tabla que se encuentra en la página 197.
- Los servicios de Texas Medicaid en la página 199.

Puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía llamando a:

- La línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del centro. Los usuarios TTY deben llamar al 711 o al 1-800-735-2989.
- Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-3439.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD 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 Texas Medicaid o Medicare que quiere abandonar Molina Dual Options STAR+PLUS:

- Llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro. Los usuarios TTY deben llamar al 711 or 1-800-735-2989; **O**
- Enviar el Formulario de Inscripción de STAR+PLUS Medicare-Medicaid a la línea de ayuda STAR+PLUS. Puede obtener el formulario si llama a la línea de ayuda STAR+PLUS al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro si necesita que le envíen uno por correo; **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 auditivos 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 la tabla de la página 197 hay más información sobre cómo obtener sus servicios Medicare cuando abandone nuestro plan.

C. Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Texas Medicaid juntos en un solo plan, puede inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan.

Para inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan:

- Llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro. Los usuarios TTY deben llamar al 711 o al 1-800-735-2989. Dígales que desea abandonar Molina Dual Options STAR+PLUS e inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan. Si no sabe en qué plan desea inscribirse, ellos le pueden informar sobre otros planes disponibles en el área; **O**
- Enviar el Formulario de Inscripción de STAR+PLUS Medicare-Medicaid a la línea de ayuda STAR+PLUS. Puede obtener el formulario llamando a la línea de ayuda STAR+PLUS al 1-877-782-6440 si necesita que le envíen uno por correo.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si no quiere inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan después de cancelar su inscripción en Molina Dual Options STAR+PLUS, volverá a recibir sus servicios de Medicare y 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.

1. Puede cambiar a:	**Esto es lo que tiene que hacer:**
Un plan de salud de Medicare (por ejemplo, un Plan Medicare Advantage o un Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido [Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE])	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, SHIP recibe el nombre de Programa de Protección y Asesoramiento de Información Médica (Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas, HICAP). Su inscripción en Molina Dual Options STAR+PLUS se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.

2. Puede cambiar a: **Original Medicare con un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado**	**Esto es lo que tiene que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, SHIP recibe el nombre de Programa de Protección y Asesoramiento de Información Médica (Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas, HICAP). Su inscripción en Molina Dual Options STAR+PLUS se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.
3. Puede cambiar a: **Original Medicare sin un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado** **NOTA:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir. Usted solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Protección y Asesoramiento de Información Médica (Health Information Counseling & Advocacy Program, HICAP) de Texas al 1-800-252-3439.	**Esto es lo que tiene que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, SHIP recibe el nombre de Programa de Protección y Asesoramiento de Información Médica (Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas, HICAP). Su inscripción en Molina Dual Options STAR+PLUS se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.

D2. Cómo obtener sus servicios Medicaid

Sus servicios Texas Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y atención médica para la salud conductual.

Si abandona el Medicare-Medicaid Plan, conservará automáticamente nuestro plan para recibir sus servicios de Texas Medicaid.

- Para elegir cambiarse a otro plan de salud solo Medicaid, comuníquese con la línea de ayuda STAR+PLUS.
- Recibirá una tarjeta de identificación del miembro nueva, un manual del miembro nuevo y un *Directorio de Proveedores y Farmacias* nuevo.

E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado

Si abandona Molina Dual Options STAR+PLUS, podría pasar algún tiempo antes de que termine su membresía y comience su cobertura nueva de Medicare y Texas Medicaid. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos recetados y atención médica a través de nuestro plan.

- Acuda a los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Utilice las farmacias de nuestra red, incluido a través de nuestros servicios de pedidos de farmacia por correo, para que le surtan sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que termine su membresía, su hospitalización 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 STAR+PLUS 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 Texas Medicaid. Nuestro plan es para personas que pueden recibir los beneficios de los programas de Medicare y Texas 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 lo encarcelan por un delito criminal.
- 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 Texas 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 a Texas Medicaid al 1-800-252-8263 o 211. Los usuarios TTY deben llamar al 711 o al 1-800-735-2989.

H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

I. Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que aplican a su membresía en Molina Dual Options STAR+PLUS. 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 203

B. Aviso de no discriminación 203

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario 203

A. Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de no discriminación

Toda compañía o agencia que trabaje con Medicare y Texas Medicaid deben 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.

Si tiene inquietudes o desea obtener más información sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-888-388-6332.

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.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados en el *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye la definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria: corresponde a las actividades que las personas realizan en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Directiva Anticipada: un documento legal escrito que usted puede utilizar cuando no puede tomar decisiones de atención médica para dar instrucciones sobre su atención médica.

Ayuda pagada pendiente: puede continuar recibiendo sus beneficios mientras esté esperando una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada pendiente”.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado en el hospital y que no anticipan necesitar más de 24 horas de atención médica.

Apelación: una manera de cuestionar nuestra acción si usted cree que hemos cometido un error. Usted puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

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.

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.

Estudio de investigación clínica: una manera 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. También se denominan ensayos clínicos.

Community First Choice (CFC): proporciona servicio de asistencia en el hogar y basados en la comunidad y apoya a los receptores de Medicaid con discapacidad. Se incluyen una variedad de servicios tal como ayuda con las actividades de la vida diaria y tareas relacionadas con la salud a través de ayuda activa, supervisando o dando pautas, servicios para ayudar al individuo a aprender cómo cuidarse a sí mismo, y entrenamiento para seleccionar, manejar y despedir a asistentes.

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”.

Evaluación integral de riesgo de salud: una evaluación se utiliza para confirmar el nivel de riesgo apropiado y desarrollar su plan de cuidados. Las pruebas integrales de riesgo de salud incluirán, pero no se limitarán a, salud física y conductual, necesidades sociales, estado funcional, dominios de bienestar y prevención, capacidades y estado del cuidador, como así también sus preferencias, fuerzas y metas.

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.

Servicios dirigidos al consumidor: el miembro o su tutor legal es el empleador y tiene control sobre la contratación, la gestión y la finalización de una persona que brinda asistencia personal o descanso.

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 apoyo prolongados, 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 nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar servicios y cumplir con sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Cancelación de inscripción: el proceso de terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Categorías de medicamentos: grupos de medicamentos en la misma Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca, 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 de uso prolongado (durable medical equipment, 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, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida de una función

corporal y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto. Los síntomas médicos pueden ser dolor severo o lesión grave.

Atención de emergencia: servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia.

Excepción: Permiso para obtener cobertura en el caso de un medicamento que, por lo general, no tiene cobertura, o bien para utilizar el medicamento sin que se apliquen determinadas reglas y limitaciones.

Apelación acelerada: es un proceso acelerado mediante el cual el STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan debe responder a una apelación hecha por el afiliado si la decisión del STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan puede poner en peligro la vida, la salud o la capacidad de conseguir, mantener o volver a alcanzar su funcionamiento máximo.

Apelación externa: una apelación, subsiguiente a la decisión de la apelación del STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan, al proceso de audiencia imparcial para la acción adversa relacionado con Medicaid o el proceso de Medicare para las acciones adversas relacionadas con Medicare.

Ayuda adicional: 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 mensualidades, deducibles y copagos. A este programa de Ayuda Extra (Extra Help) 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.

Agencia de servicios de administración financiera (Financial Management Service Agency, FMSA): una organización que ayuda a los miembros o a sus representantes legales autorizados (legally authorized representative, LAR) a alquilar o mantener los proveedores de servicios basados en el hogar y la comunidad.

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.

Queja: 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 prolongados y otros proveedores. También tiene coordinadores de servicios que lo ayudan a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Evaluación de riesgos para la salud: una revisión de los antecedentes médicos de un paciente y su afección actual. Se usa para determinar la salud del paciente y los cambios que podría experimentar en el futuro.

Auxiliar de atención médica domiciliaria: una persona que proporciona servicios que no necesitan las destrezas de un miembro de enfermería o terapeuta autorizados, como ayuda para el

cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

Centro de cuidado paliativo: un programa de atención y apoyo para ayudar a personas que tienen un pronóstico terminal a mejorar su calidad de vida. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un afiliado que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho de elegir 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 STAR+PLUS debe proporcionarle una lista de proveedores de cuidado paliativo disponibles en su área.

Facturación inapropiada: una situación en la que un proveedor (como un hospital o un doctor) le factura a usted por servicios una cantidad mayor que los costos compartidos del plan. Muestre su Tarjeta de Identificación del Miembro de Molina Dual Options STAR+PLUS cuando obtenga cualquier servicio o receta médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.

Puesto que Molina Dual Options STAR+PLUS paga todo el costo de sus servicios, no debe nada por costos compartidos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Plan de servicios individualizados (Individual Service Plan, ISP): un plan de cuidado de los servicios de atención que obtiene y cómo los obtiene, una vez que se evalúan sus necesidades de atención médica, un equipo de cuidados se reunirá con usted para hablar de los servicios que necesita. Juntos, usted y su equipo de cuidados harán un plan de cuidados.

Hospitalizado: un término utilizado cuando se lo ingresa 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 doctores 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 prolongados (Long-term services and supports, LTSS): los servicios y apoyo prolongados son servicios que ayudan a mejorar una afección 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 apoyo prolongados.

- 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 reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Texas Medicaid en su estado.

Indicación médica aceptada: esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por determinados libros de referencia.

Médicamente necesario: esto se refiere a servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para evitar, diagnosticar o tratar una afección médica, o mantener su estado actual de salud. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los estándares 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 insuficiencia renal terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal crónica que deben recibir servicios de diálisis o un 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 plan Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “Planes MA”, que ofrecen planes a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: son los 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.

Persona inscrita en Medicare-Medicaid: una persona que recibe los beneficios de la cobertura de Medicare y de Medicaid. Un afiliado a Medicare-Medicaid también se llama “individuo con doble elegibilidad”.

Medicare-Medicaid Plan (MMP): un Medicare-Medicaid Plan es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo prolongados y otros proveedores. También tiene coordinadores de servicios que lo ayudan a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

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 privadas de seguro médico proporcionar beneficios de Medicare a través de un Medicare Advantage Plan.

Medicare Parte D: el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar) la Parte D cubre medicamentos recetados, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura de Medicare Parte A, Parte B ni de Texas Medicaid. Molina Dual Options STAR+PLUS incluye Medicare Parte D.

Medicamentos de Medicare Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte D. El congreso específicamente excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Texas Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona que tiene Medicare y Texas Medicaid, y que es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscripta 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* e Información de Divulgación:** este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los anexos o cláusulas que explican su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Modelo de cuidado: el Modelo de cuidado de Molina Healthcare de Texas refleja cómo le aseguramos a una persona un centro para acercarnos al cuidado. Combina todos los niveles de cuidado médico, salud mental, dependencia química, farmacia y servicios de atención a largo plazo. Este modelo ayuda a que la familia y la comunidad trabajen juntas. Aliente el mayor contacto entre los miembros y sus proveedores. Incorpora el uso de un equipo de cuidados, con su proveedor de cuidados primarios (PCP) y el coordinador de servicios, para ayudarlo a administrar su atención y brindar servicios y apoyos. Los miembros pueden solicitar reuniones con todos los proveedores de atención médica. El Modelo de Cuidado se creó para asegurar que nuestros miembros reciban la atención apropiada, en el lugar correcto y en el momento correcto.

Farmacia de la red: una farmacia (droguería) que aceptó 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 doctores, personal de enfermería 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”.

Transporte médico que no es de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT): servicios relacionados con el transporte que no es de emergencia disponibles a través del plan estatal de Medicaid. Los servicios de NEMT proporcionan transporte a citas de atención médica que no son de emergencia para miembros que no tienen otras opciones de transporte.

Casa/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.

Terapia ocupacional: tratamiento que ayuda a las personas que tienen problemas físicos o mentales a aprender a realizar las actividades de la vida diaria.

Mediador: una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder a preguntas si tiene un problema o queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios del mediador son gratuitos. Puede encontrar más información acerca del mediador en los capítulos 2 y 9 de este manual.

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 doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades que fija el Congreso.

- Puede recurrir a cualquier doctor, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original consta de 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 aceptó 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 de un profesional de la salud.

Parte A: consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: consulte “Medicare Parte D”.

Medicamentos Parte D: consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Servicios de ayudante personal (Personal Assistance Services, PAS): ayuda con actividades de la vida diaria y tareas del hogar necesarias para mantener limpios y seguros los ambientes del hogar en un entorno comunitario. Los servicios pueden incluir supervisión de protección y ayudar en la realización de tareas relacionadas con la salud delegadas por una enfermera.

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, consultas con el médico y antecedentes médicos. Consulte la Notificación de las Normas de Privacidad de Molina Dual Options STAR+PLUS para obtener más información acerca de cómo Molina Dual Options STAR+PLUS protege, utiliza y divulga su información médica protegida (protected health information, PHI) y sobre sus derechos con respecto a esta.

Plan de cuidados: un plan de cuidados basado en la persona que se dirige a los servicios de atención médica que obtendrá y cómo lo hará. El plan se desarrolla a través del coordinador de servicios junto con usted, su familia, como se apropiado y sus proveedores. El Plan de Cuidados contendrá su historia de salud; un resumen de su salud actual, a corto y largo plazo y sus necesidades sociales, preocupaciones y metas y una lista de los servicios requeridos, su frecuencia y una descripción de quienes proveerán tales servicios.

Fisioterapia: el tratamiento de una enfermedad, lesión o discapacidad por medios físicos y mecánicos.

Posestabilización: los servicios de posestabilización son servicios que mantienen su afección estable después de una atención de emergencia.

Proveedor de Cuidados Primarios (Primary Care Provider, PCP): su proveedor de cuidados primarios es el doctor 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. Esta persona también puede hablar con otros doctores y proveedores de atención médica sobre su cuidado y remitirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe recurrir a su proveedor de cuidados primarios antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de cómo obtener cuidados de proveedores de cuidados primarios.

Autorización previa (Prior Authorization, PA): debe obtener una aprobación de Molina Dual Options STAR+PLUS antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específicos, o para recurrir a un proveedor fuera de la red. Molina Dual Options STAR+PLUS podría no cubrir el servicio o el medicamento si usted no recibe esta aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una PA de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan una PA de nuestro plan se indican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si usted obtiene una PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan una PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Protésicos y Ortóticos: estos son dispositivos médicos pedidos por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de mejoramiento de calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de doctores 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 cantidad: 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 (PCP) debe darle la aprobación antes de poder recibir la atención de otro profesional, que no es su PCP. Si no obtiene la aprobación, es posible que Molina Dual Options STAR+PLUS no cubra los servicios. No necesita una remisión para algunos especialistas, como los 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 servicios: un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si establece límites con respecto a la membresía en función del lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los doctores y hospitales que puede usar, por lo general, también es el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Molina Dual Options STAR+PLUS.

Equipo de coordinación de servicios: un equipo de coordinación de servicios puede incluir doctores, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud que estén cerca para ayudarlo a obtener el cuidado que usted necesita. El equipo de coordinación de servicios también lo ayudará a hacer el Plan de Cuidado.

Coordinador de servicios: la persona principal que trabaja con usted, el plan de salud y sus proveedores de cuidado, para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.

Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): un centro de enfermería con personal y equipo que da atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención en centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería

especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un doctor.

Especialista: un doctor que provee servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica.

Terapia del habla y lenguaje: entrenamiento para ayudar a las personas con problemas del habla y del lenguaje a hablar más claramente.

Agencia de Medicaid del estado: la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Health and Human Services Commission, HHSC) es la única agencia del estado responsable de la operación y en algunos casos, supervisar, el estado del programa Medicaid.

Terapia progresiva: una regla de cobertura que le exige a usted que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.

Seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera o mayores de 65 años. Los beneficios SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Telesalud (atención médica virtual): el uso de la tecnología de las telecomunicaciones y la informática para brindar acceso a la evaluación, el diagnóstico, la intervención, la consulta, la supervisión y la información de la salud a cualquier distancia.

Atención 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 STAR+PLUS

Método	Información de Contacto
Llamada	(866) 856-8699 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local Las tecnologías de asistencia, incluidas las opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablen inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local
FAX	Para el Departamento de Servicios para Miembros: (801) 858-0465
ESCRÍBANOS	Para el Departamento de Servicios para Miembros: Molina Healthcare of Texas P.O. Box 165089 Irving, TX 75016
SITIO WEB	www.MolinaHealthcare.com/Duals