

2024

Manual del Miembro

Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid

South Carolina H2533-001

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

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2024

Manual para los Miembros del Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid

01/01/2024 – 12/31/2024

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

Introducción al *Manual del Miembro*

Este manual le informa acerca de su cobertura bajo Molina Dual Options hasta el 12/31/2024. Explica los servicios de atención médica, cobertura médica conductual, cobertura de medicamentos recetados y servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo le proporcionan la ayuda que necesita, ya sea que reciba los servicios en el hogar o en una residencia para ancianos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual del Miembro.

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

Molina Healthcare of South Carolina ofrece este plan llamado Molina Dual Options. Cuando en este Manual para los Miembros se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Molina Healthcare of South Carolina. Los términos “el plan” o “nuestro plan” se refieren a Molina Dual Options.

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

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema Braille, audio o en letras grandes. Llame al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. Esto se llama una solicitud permanente. Haremos un seguimiento de su solicitud permanente de modo que usted no necesite hacer solicitudes separadas cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un formato alternativo o en un idioma que no sea inglés, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Si prefiere recibir documentos como este en el futuro en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Coordinador de atención para obtener ayuda con solicitudes permanentes.



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

Tabla de Contenidos

Capítulo 1:	Inicio como miembro.....	4
Capítulo 2:	Números telefónicos y recursos importantes.....	14
Capítulo 3:	Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos.....	30
Capítulo 4:	Tabla de beneficios.....	53
Capítulo 5:	cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.....	117
Capítulo 6:	Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Healthy Connections Medicaid.....	138
Capítulo 7:	Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	145
Capítulo 8:	Sus derechos y responsabilidades.....	150
Capítulo 9:	¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	170
Capítulo 10:	Cómo terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid.....	221
Capítulo 11:	Avisos legales.....	228
Capítulo 12:	Definiciones de términos importantes.....	230



Exenciones de responsabilidad

- ❖ La cobertura conforme a Molina Dual Options es una cobertura médica apta denominada "cobertura esencial mínima". Cumple con los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de impuestos internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre los requisitos de la responsabilidad compartida individual.
- ❖ Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud con contratos con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- ❖ Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.



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

Capítulo 1: Inicio como miembro

Introducción

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

Tabla de contenidos

A.	Bienvenido a Molina Dual Options.....	5
B.	Información acerca de Medicare y Medicaid.....	5
	B1. Medicare.....	5
	B2. Medicaid.....	6
C.	Ventajas de este plan.....	6
D.	Área de servicio de Molina Dual Options.....	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.....	8
G.	Su plan de cuidados.....	9
H.	Prima mensual del plan Molina Dual Options.....	10
I.	El manual del miembro.....	10
J.	Otra información importante que obtendrá de nosotros.....	10
	J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options.....	10
	J2. Directorio de Proveedores y Farmacias.....	11
	J3. Lista de Medicamentos Cubiertos.....	12
	J4. La explicación de beneficios.....	12
K.	Cómo mantener su registro de membresía actualizado.....	13
	K1. Privacidad de su información médica personal (PHI).....	13



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

A. Bienvenido a Molina Dual Options

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

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

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

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

B. Información acerca de Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de atención médica 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).



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

B2. Medicaid

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

Cada estado decide:

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

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

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

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

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

C. Ventajas de este plan

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

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

- Podrá trabajar con un plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Usted tendrá un grupo de atención médica que ayudó a constituir. Su grupo de atención médica puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de la salud que estén cerca para ayudarle a obtener la atención que usted necesita.



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

- Tendrá un coordinador de cuidados. Esta es una persona que trabaja con usted, con Molina Dual Options y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que obtenga la atención médica que necesita.
- Podrá dirigir su propia atención médica con la ayuda de su grupo de atención médica y su coordinador de cuidados.
- El grupo de atención médica y el coordinador de cuidados trabajarán con usted para desarrollar un plan de cuidados específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El grupo de atención médica será responsable de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo:
 - El equipo de atención médica se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para poder reducir cualquier efecto secundario.
 - Su equipo de atención médica se asegurará de que los resultados de sus exámenes médicos se compartan con todos sus médicos y otros proveedores.

D. Área de servicio de Molina Dual Options

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

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

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

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

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

- vive en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella); **y**
- tiene 65 años o más al momento de la inscripción; **y**
- tiene Medicare Partes A, B y D; **y**



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

- es elegible para los beneficios completos de Healthy Connections Medicaid; **y**
- es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos.

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

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

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

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

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

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

También obtendrá una evaluación integral dentro de los primeros 60 o 90 días según sus necesidades de salud. La evaluación integral considerará en mayor detalle sus necesidades médicas, necesidades sociales y capacidades. Obtendrá información suya, de sus



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

proveedores y familiares/cuidadores cuando corresponda. Esta evaluación será llevada a cabo por profesionales de salud calificados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y Coordinadores de atención.

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

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

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

Muchos de sus médicos y otros proveedores ya se encuentran en nuestra red, pero si no lo están, después de 180 días en nuestro plan, deberá usar a los médicos y otros proveedores de nuestra red. Podemos ayudarlo a realizar la transición a un proveedor de la red en menos de 180 días una vez que haya completado su evaluación integral, desarrollado un plan de transición y solo si está de acuerdo. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo conseguir atención médica.

G. Su plan de cuidados

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

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

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



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

H. Prima mensual del plan Molina Dual Options

Molina Dual Options no tiene una prima mensual del plan.

I. El manual del miembro

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

Para solicitar un *Manual del Miembro*, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. También puede consultar el *Manual del Miembro* en www.MolinaHealthcare.com/Duals o descargarlo desde este sitio web.

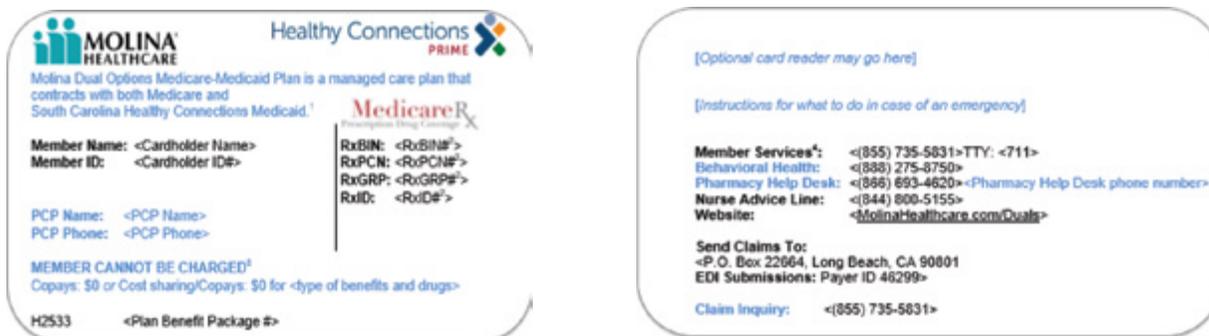
El contrato está vigente durante los meses en que está afiliado a Molina Dual Options, entre el 01/01/2024 y el 12/31/2024.

J. Otra información importante que obtendrá de nosotros

Usted ya debería haber recibido su tarjeta de identificación de miembro de Molina Dual Options, 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

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



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

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

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

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias* se enumeran los proveedores y farmacias de la red de Molina Dual Options. Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 35).

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

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

Definición de proveedores dentro de la red

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

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



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

Definición de farmacias dentro de la red

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

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

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

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

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

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite nuestra página web utilizando la información que figura al final de la página o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

J4. La explicación de beneficios

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

En la EOB, se informa la suma total que usted, u otras personas en su nombre, han gastado en los medicamentos recetados de la Parte D y la suma total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos durante el mes. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. El Capítulo 6, se proporciona información adicional acerca de la EOB y cómo puede ayudarle 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.



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

K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado

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

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

Háganos saber lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono
- cambios de cualquier otra cobertura de seguro médico, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja de hecho, o indemnización al trabajador
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Admisión a un centro de enfermería u hospital.
- atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- cambios en su cuidador (o cualquiera que sea responsable por usted)
- Es parte o se vuelve parte de un estudio de investigación clínica (NOTA: no tiene la obligación de informarle a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero le alentamos a que lo haga).

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

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

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



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

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Introducción

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

Tabla de contenidos

A.	Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options	15
	A1. Cuándo contactar al Departamento de Servicios para Miembros.....	16
B.	Cómo comunicarse con su Coordinador de Cuidados.....	18
	B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado.....	19
C.	Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras.....	20
	C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras.....	20
D.	Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP).....	21
	D1. Cuándo contactar a I-CARE.....	21
E.	Cómo comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO).....	22
	E1. Cuándo contactar a KEPRO.....	22
F.	Cómo comunicarse con Medicare.....	23
G.	Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid.....	24
H.	Cómo comunicarse con el Mediador de Healthy Connections Prime	24
I.	Cómo comunicarse con el Mediador de Atención a Largo Plazo de South Carolina	25
J.	Otros recursos.....	26



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

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

LLAME AL	<p>(855) 735-5831. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora local</p> <p>Las tecnologías de asistencia, incluidas opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después de horas hábiles y los sábados y domingos.</p> <p>Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora local</p>
FAX	<p>Para el Departamento de Servicios para Miembros/para medicamentos de Healthy Connections Medicaid (no de la Parte D):</p> <p>Fax: (843) 740-1749 para servicios de recetas de la Parte D:</p> <p>Fax: (866) 290-1309</p>
ESCRIBA A	<p>Para el Departamento de Servicios para Miembros:</p> <p>P.O. Box 40309 North Charleston, SC 29423-0309</p> <p>Para medicamentos de Healthy Connections Medicaid (No Parte D):</p> <p>P.O. Box 40309 North Charleston, SC 29423-0309</p> <p>Para los servicios de recetas médicas de la Parte D:</p> <p>7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047</p>
SITIO WEB:	<p>www.MolinaHealthcare.com/Duals</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite 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 servicios cubiertos, ●
 - 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 presentar una queja ante nosotros o ante la Organización de mejoramiento de la calidad sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la Sección F a continuación).
 - Si la queja es sobre una decisión de cobertura de su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja acerca de Molina Dual Options directamente a Medicare. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9.
- Decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y los medicamentos cubiertos, ●



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

- la suma que pagaremos por los medicamentos.
- o Esto se aplica a sus medicamentos recetados de Medicare, medicamentos recetados de Healthy Connections Medicaid y medicamentos de venta libre de Healthy Connections Medicaid.
- o Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre los medicamentos
 - o Una apelación es una manera formal de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

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

<p>Si su apelación es acerca de:</p> <p>Medicamentos de la Parte D</p>	<p>Debe realizar las siguientes acciones:</p> <p>Debe solicitar la apelación dentro de los 60 días de la decisión de cobertura.</p>	<p>Recibirá una decisión en:</p> <p>7 días calendario</p> <p>Para apelaciones rápidas, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.</p>	<p>Para apelaciones sobre medicamentos de la Parte D, envíe un correo a:</p> <p>Medicare Pharmacy 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047</p> <p>Enviar por fax al: 866-290-1309</p>
<p>Si su apelación es acerca de:</p> <p>Medicamentos que no son de la Parte D (estos tienen un asterisco al lado de ellos en la Lista de medicamentos)</p>	<p>Debe realizar las siguientes acciones:</p> <p>Debe solicitar la apelación dentro de los 60 días de la decisión de cobertura.</p>	<p>Recibirá una decisión en:</p> <p>7 días calendario</p> <p>Para apelaciones rápidas, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.</p>	<p>Para apelaciones sobre medicamentos de Medicaid, envíe un correo a:</p> <p>Molina Healthcare Appeals Department P.O. Box 40309 North Charleston, SC 29423-0309</p> <p>Enviar por fax al: 877-823-5961</p>



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

- o Para obtener más información sobre la presentación de una apelación sobre los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Quejas sobre los medicamentos
 - o Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja acerca de sus medicamentos recetados.
 - o Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - o Puede enviar una queja acerca de Molina Dual Options directamente a Medicare. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - o 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
 - o Para obtener más información acerca de cómo solicitarnos un reembolso, o para pagar una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.
 - o Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones.

B. Cómo comunicarse con su Coordinador de Cuidados

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



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

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

B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de cuidado

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

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

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



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

C. Cómo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras

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

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

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras

- Preguntas sobre su atención médica



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

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

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) le brinda asesoramiento gratuito sobre seguro médico a personas con Medicare. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Ancianos (I-CARE). I-CARE no está asociado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

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

LLAME AL	1-800-868-9095. Esta llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	TTY: 711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
CORREO ELECTRÓNICO	askus@aging.sc.gov
SITIO WEB:	www.aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud

D1. Cuándo contactar a I-CARE

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



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

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

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

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

E1. Cuándo contactar a KEPRO

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



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

F. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.</p>
SITIO WEB:	<p>www.medicare.gov</p> <p>Esta es la página web oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y centros de cuidado paliativo.</p> <p>Incluye 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 comentarles lo que usted requiere. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán a usted.</p>



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

G. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid

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

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

LLAME AL	1-888-549-0820. Esta llamada es gratuita. Este número está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
TTY	1-888-842-3620. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	South Carolina Department of Health and Human Services P.O. Box 8206 Columbia, SC 29202
SITIO WEB:	www.scdhhs.gov

H. Cómo comunicarse con el Mediador de Healthy Connections Prime

El Mediador de Healthy Connections Prime es el defensor del pueblo para las personas inscritas en Healthy Connections Prime. Un defensor del pueblo es una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene algún problema o queja y puede ayudarlo a entender qué hacer. La oficina del Mediador de Healthy Connections Prime también ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime con problemas de servicio o facturación. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-844-477-4632 Las horas de consulta son de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	TTY: 711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
FAX	1-803-734-4534



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

ESCRIBA A	Healthy Connections Prime Advocate Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
CORREO ELECTRÓNICO	primeadvocate@aging.sc.gov
SITIO WEB:	www.healthyconnectionsprimeadvocate.com

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

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

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

LLAME AL	1-800-868-9095. Esta llamada es gratuita. Las horas de consulta son de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
ESCRIBA A	Long Term Care Ombudsman Department on Aging 1301 Gervais St., Suite 350 Columbia, SC 29201
CORREO ELECTRÓNICO	lcombudsman@aging.sc.gov
SITIO WEB:	www.aging.sc.gov



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

J. Otros recursos

Contactos regionales del Mediador

Región 1: **Appalachia**

Greenville, SC

Teléfono: 864 -242-9733

Sirviendo a: **Anderson, Cherokee, Greenville, Oconee, Pickens y Spartanburg**

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

Región 2: **Upper Savannah**

Greenwood, SC

Teléfono: 864-941-8070

Sirviendo a: **Abbeville, Edgefield, Greenwood, Laurens, McCormick y Saluda**

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

Región 3: **Catawba**

York, SC

Teléfono: 803-329-9670

Sirviendo a: **Chester, Lancaster, York y Union**

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

Región 4: **Central Midlands**

Columbia, SC

Teléfono: 803-376-5389

Sirviendo a: **Fairfield, Lexington, Newberry y Richland**

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

Región 5: **Lower Savannah**

Aiken, SC

Teléfono: 803-649-7981

Sirviendo a: **Aiken, Allendale, Bamberg, Barnwell, Calhoun y Orangeburg**

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Región 6: Santee Lynch

Sumter, Carolina del Sur

Teléfono: 803-775-7381

Sirviendo a: **Clarendon, Kershaw, Lee y Sumter**

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

Región 7: Pee Dee

Hartsville, Carolina del Sur.

Teléfono: 843-383-8632

Sirviendo a: **Chesterfield, Darlington, Dillon, Florencia, Marion y Marlboro**

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

Región 8: Waccamaw

Georgetown, Carolina del Sur

Teléfono: 843-546-4231

Sirviendo a: **Georgetown, Horry y Williamsburg**

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

Región 9: Tridente

Charleston, Carolina del Sur

Teléfono: 843-554-2280

Sirviendo a: **Georgetown, Horry y Williamsburg**

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

Región 10: Lowcountry

Yemassee, Carolina del Sur

Teléfono: 843-726-5536

Sirviendo a: **Beaufort, Colleton, Hampton y Jasper**

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

State Long Term Care Ombudsman's Office

Lt. Governor's Office on Aging

1301 Gervais St., Suite 200

Columbia, SC 29201

Teléfono: 803-734-9900

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

Appalachia Area Agency
SC Appalachian Council of Governments
30 Century Drive
Greenville, SC 29606
864-242-9733

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

Upper Savannah Area Agency
Upper Savannah Council of Governments
222 Phoenix Avenue Greenwood, SC 29648
800-922-7729 (gratuito)
864-941-8053

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

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

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

Central Midlands Area Agency
Central Midlands Council of Governments
236 Stoneridge Drive
Columbia, SC 29210
803-376-5390
866-394-4166 (gratuito)

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

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



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

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

Santee-Lynches Area Agency
Santee-Lynches Regional Council of Governments
36 West Liberty,
Sumter, SC 29151
803-775-7381

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

Pee Dee Area Agency
Vantage Point Hartsville, SC 29551
843-383-8632

AAA -Región VIII (Georgetown, Horry y Williamsburg)

Waccamaw Area Agency
Waccamaw Regional Council of Governments
1230 Highmarket Street
Georgetown, SC 29440
843-546-4231

AAA -Región IX (Berkeley, Charleston y Dorchester)

Trident Area Agency
4450 Leeds Place West, Suite B
North Charleston, SC 29405
843-554-2275

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

Lowcountry Area Agency
Lowcountry Council of Governments
I-95 Exit 33 Hwy. 17
Point South, SC 29945-0098
843-726-5536



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

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

Introducción

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

Tabla de contenidos

A.	Información acerca de "servicios", "servicios cubiertos", "proveedores" y "proveedores de la red".....	33
B.	Reglas para obtener su atención médica, servicios de salud conductual y servicios a largo plazo y apoyos (LTSS) cubiertos por el plan.....	33
C.	Información acerca de su Coordinador de Cuidados.....	35
	C1. Qué es un coordinador de cuidados.....	35
	C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidados.....	35
	C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidados.....	35
D.	Atención de proveedores de cuidados primarios, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red.....	36
	D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP).....	36
	Servicios que puede obtener sin obtener primero la aprobación del PCP.....	37
	D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red.....	38
	D3. Qué hacer cuando un proveedor sale del plan.....	39
	D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red.....	40



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

E.	Cómo obtener servicios de salud conductual.....	40
F.	Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).....	41
G.	Cómo obtener atención médica autodirigida	42
	G1. Qué es la atención médica autodirigida.....	42
	G2. Quién puede tener atención médica autodirigida (Nota: Esto se limita a las población exenta, según el Paquete de Beneficios del Plan).....	42
	G3. Cómo obtener ayuda al emplear a los proveedores de atención médica personal (si aplica).....	42
H.	Cómo obtener servicios de transporte	43
I.	Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre.....	43
	I1. Cuidado en casos de emergencia médica.....	43
	I2. Atención médica requerida urgentemente.....	45
	I3. Atención médica durante un desastre	46
J.	Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan	46
	J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan.....	47
K.	Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	48
	K1. Definición de estudio de investigación clínica.....	48
	K2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	48
	K3. Obtenga más información acerca de estudios de investigación clínica	49
L.	Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	49
	L1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica.....	49
	L2. Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica.....	49



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

M. Equipo médico duradero (DME)..... 50

 M1. DME como miembro de nuestro plan 50

 M2. La propiedad de DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage... 51

 M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan..... 51

 M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage 52



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

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

Los servicios incluyen atención médica, servicios y asistencia a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos incluyen cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica cubierta y los LTSS se describen en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4.

Los proveedores incluyen médicos, enfermeros y otras personas que le proporcionen servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, en clínicas y en otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico, así también como servicios y apoyos a largo plazo.

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

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

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

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

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que se debe incluir en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesaria significa que los servicios son razonables y necesarios:

Para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión o

Para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme o

De otro modo médicamente necesario conforme a la ley de Medicare.

- De acuerdo con la ley y regulación de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben:



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Ser esenciales para prevenir, diagnosticar, aliviar, corregir, curar afecciones médicas, y evitar el empeoramiento de estas, que ponen en riesgo la vida, causan sufrimiento o dolor, causan una deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una incapacidad, u originan una enfermedad o dolencia.

Prestarse en un centro adecuado con el nivel de atención apropiado para el tratamiento de su afección médica; y

Prestarse de acuerdo con las normas generalmente aceptadas 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 consultar a alguien que no sea su PCP o utilizar a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama una **remisión**. Si usted no recibe la aprobación, Molina Dual Options no podrá cubrir los servicios. No necesita una remisión para acudir algunos especialistas, como los especialistas de salud de la mujer. Para obtener más información acerca de las remisiones, consulte la página 37.

No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente o para acudir 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 este tema, consulte la página 37.

Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la página 36.

- **Debe recibir atención médica de los proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubre la atención médica de un proveedor que no trabaja con el plan de salud. Aquí hay algunos casos en los que no se aplica esta regla:

El plan cubre la atención de emergencia o la atención médica requerida urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para conocer más sobre lo que significa una emergencia o atención médica requerida urgentemente, consulte la Sección I, página 43.

Si requiere la atención médica que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proveérsela, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Molina Dual Options requiere una autorización y decisión previas de que la atención es médicamente necesaria antes de recibir atención de un proveedor de la red. En este caso, cubriremos la atención como si la hubiera recibido a través de un proveedor de la red. Para informarse acerca de cómo obtener la aprobación para recurrir a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 36.



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

El plan cubre servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no se encuentra accesible durante un breve periodo. Usted puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede continuar usando a sus proveedores actuales hasta por 180 días o hasta que haya completado su evaluación integral y creado un plan de transición con el que esté de acuerdo. Si necesita continuar usando a esos proveedores fuera de la red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención si el proveedor celebra un acuerdo de caso único con nosotros. Si está recibiendo tratamiento permanente de un proveedor fuera de la red y cree que puede necesitar un acuerdo de caso único para que lo continúe tratando, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

C. Información acerca de su Coordinador de Cuidados

C1. Qué es un coordinador de cuidados

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

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidados

Si desea comunicarse con su coordinador de cuidados, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. TTY: 711. O bien, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidados

Para solicitar un cambio del coordinador de cuidados asignado según sea necesario, el miembro o cuidador puede llamar a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros. El personal de Molina Dual Options puede realizar cambios en la asignación de un coordinador de cuidados para un miembro según las necesidades (culturales, lingüísticas, físicas, de salud conductual) o la ubicación de los miembros.



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

D. Atención de proveedores de cuidados primarios, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

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

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

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

- 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 necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación previa de su PCP (como una remisión para consultar a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros. También debe haber enviado su historia clínica anterior al consultorio de su PCP.

Su elección de PCP

La relación con su PCP es importante. Le recomendamos que elija un PCP cerca de su casa. Tener a su PCP cerca hace que sea más fácil recibir atención médica y entablar una relación abierta y de confianza. Para obtener una copia actualizada del Directorio de proveedores y farmacias o para obtener asistencia adicional para elegir un PCP, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Si desea utilizar un especialista o un hospital determinado, asegúrese primero de que su PCP realice remisiones a ese especialista o



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

utilice ese hospital. Una vez que haya elegido su PCP, le recomendamos que transfiera toda su historia clínica al consultorio del nuevo PCP. De esta manera, su PCP tendrá acceso a su expediente médico y estará al corriente de cualquier condición médica existente que usted pueda tener. Ahora su PCP es responsable de todos sus servicios de atención médica de rutina. Por lo tanto, si tiene alguna inquietud relacionada con la salud, será el primero con el que debe comunicarse. Encontrará el nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP impreso en su tarjeta de miembro.

Opción de cambiar de PCP

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

Para cambiar su PCP, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.

Todos los cambios que se realicen entrarán en vigor el primer día del mes siguiente, con las siguientes excepciones: 1. Si el miembro se está comunicando desde el consultorio del proveedor, la fecha de vigencia será la fecha de la llamada telefónica, 2. Si el miembro se encuentra en el primer mes de inscripción, la fecha de vigencia será el primer día del mes actual. Sin embargo, le recomendamos que primero consulte a su médico para conocer a su PCP antes de cambiar.

Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener más información acerca de cualquiera de nuestros proveedores de Molina Healthcare. Para algunos proveedores, es posible que necesite una remisión de parte de su PCP (excepto en casos de servicios de atención médica urgente y de emergencia).

Servicios que puede obtener sin obtener primero la aprobación del PCP

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



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

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 ayudarle a obtener la diálisis mientras está lejos).
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19, *así como* la hepatitis B y la neumonía, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de planificación familiar y atención médica de rutina para mujeres. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de atención médica para indígenas, puede recurrir a estos proveedores sin una remisión previa.

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

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

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

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

Para servicios médicos:

PO Box 40309

North Charleston, SC 29423-0309

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

Fax: (866) 423-3889



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Para medicamentos de Healthy Connections Medicaid (No Parte D):

PO Box 40309
North Charleston, SC 29423-0309
Teléfono: (855) 735-5831
Fax: (855) 571-3011

Para los servicios de recetas médicas de la Parte D:

7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047
Teléfono: (855) 735-5831
Fax: (866) 290-1309

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

D3. Qué hacer cuando un proveedor sale del plan

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

- Debemos brindarle a usted acceso ininterrumpido a proveedores calificados, aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año.
- Le notificaremos que su proveedor abandona su plan, a fin de que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.

Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, se lo notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.

Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o lo ha visitado en los últimos tres meses.

- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene el derecho a solicitar que su tratamiento o terapias médicamente necesarios continúen y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que esto no suceda.
- Le informaremos sobre los distintos periodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red aprobado y accesible para usted, debemos coordinar con un especialista fuera de la red para que le atienda cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Si considera que no hemos reemplazado 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 asistirle en la búsqueda de un nuevo proveedor y en la administración de su atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

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

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

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

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Healthy Connections Medicaid.
- Si acude a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle a usted si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Cómo obtener servicios de salud conductual

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

Molina Dual Options proporciona acceso a diversos proveedores de salud mental y especialistas en abuso de sustancias, que incluye centros comunitarios de salud mental. Puede encontrar una lista de proveedores en la página web del miembro de Molina Dual Options o llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Para obtener una copia actualizada del Directorio de proveedores y farmacias o para obtener asistencia adicional para elegir un proveedor de salud conductual, comuníquese con el Departamento de Servicios



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

para Miembros. Para acceder a algunos servicios se le puede requerir que obtenga una autorización previa. Usted o su proveedor de salud conductual o su PCP puede solicitar una autorización previa del Departamento de Administración de Utilización de Servicios de Molina Healthcare por teléfono, fax o por correo, según la urgencia del servicio solicitado.

Molina Dual Options
PO Box 40309
North Charleston, SC 29423-0309
Teléfono: (855) 735-5831
Fax: (866) 423-3889

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

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

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

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

- Exención de opciones comunitarias
- Exención para VIH/SIDA
- Exención para dependiente de ventilación mecánica

Los miembros con diferentes exenciones pueden obtener distintas clases y sumas de LTSS. Si cree que necesita LTSS, puede consultar a su Coordinador de Cuidados cómo acceder a ellos y si puede unirse a una de estas exenciones. Su coordinador de cuidados puede proporcionarle información sobre cómo aplicar para una exención adecuada y todos los recursos que se encuentran a su disposición bajo el plan.



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

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

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

G. Cómo obtener atención médica autodirigida

G1. Qué es la atención médica autodirigida

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

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

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

- Exención de opciones comunitarias
- Exención para VIH/SIDA
- Exención para dependiente de ventilación mecánica

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

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



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

H. Cómo obtener servicios de transporte

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

- Región 1 de Carolina del Sur: Abbeville, Anderson, Cherokee, Edgefield, Greenville, Greenwood, Laurens, McCormick, Oconee Pickens, Saluda, Spartanburg – (866) 910-7688
- Región 2 de Carolina del Sur: Aiken, Allendale, Bamberg, Barnwell, Calhoun, Charleston, Clarendon, Fairfield, Kershaw, Lancaster, Lee, Lexington, Newberry, Orangeburg, Richland, Sumter, Union, York – (866) 445-6860
- Región 3 de Carolina del Sur: Beaufort, Berkeley, Charleston, Chesterfield, Colleton, Darlington, Dillon, Dorchester, Florence, Georgetown, Hampton, Horry, Jasper, Marion, Marlboro, Williamsburg – (866) 445-9954

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

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

I1. Cuidado en casos de emergencia médica

Definición de emergencia médica

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

- Riesgo grave para su salud; ●
- grave daño en las funciones corporales; ●
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.



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

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.
- **En cuanto pueda, asegúrese de informar al plan sobre su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted o su coordinador de cuidados deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. El número del Departamento de Servicios para Miembros se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación del miembro de Molina Dual Options.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

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

Una vez concluida la emergencia, usted podría necesitar cuidado de seguimiento para asegurarse de que mejore. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si obtiene su atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos obtener proveedores de la red que se hagan cargo de su cuidado tan pronto como sea posible. Molina Dual Options cubrirá los servicios de posestabilización que sean proporcionados por un proveedor dentro o fuera de la red en cualquiera de las siguientes situaciones:

- el plan ha autorizado estos servicios
- servicios que recibió para mantener y estabilizar su condición



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

Qué hacer si ocurre una emergencia de salud conductual

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

Si necesita servicios de salud conductual inmediatos, llame a la Línea de crisis de salud conductual

- Llame: (855) 735-5831. TTY: 711. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

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

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

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

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

12. Atención médica requerida urgentemente

Definición de atención médica requerida urgentemente

Los cuidados requeridos urgentemente son cuidados que recibe en una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidados inmediatos. Por ejemplo, es posible que tenga un brote de una afección existente o un dolor de garganta grave que se produce durante el fin de semana y que necesite 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 normas que se describen en este capítulo.



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

Sin embargo, si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, nosotros cubriremos los cuidados requeridos urgentemente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Cuando un proveedor de la red no está disponible o no se puede acceder a él momentáneamente, se puede obtener cuidados de urgencia usando cualquier centro de atención médica urgente disponible. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día al (844) 800-5155. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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

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

I3. Atención médica durante un desastre

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

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

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

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

Molina Dual Options no puede reembolsarle los servicios que usted abonó de su bolsillo que son servicios cubiertos de Healthy Connections Medicaid. Por lo tanto, es importante que no pague directamente por los servicios que están cubiertos conforme a los beneficios de Healthy Connections Medicaid. Si paga por ellos de forma directa, no podremos hacerle el reembolso. Tendrá que buscar el reembolso directamente de su proveedor. En lugar de pagar, pídale a su proveedor que se comunique con nosotros en relación al pago.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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. En un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, se suelen buscar voluntarios para que participen.

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 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. Tenga en cuenta que esto no incluye las prestaciones de las que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar la prestación. Entre ellas se incluyen determinadas prestaciones especificadas en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) y los ensayos de investigación de dispositivos (IDE), y pueden estar sujetas a autorización previa y otras normas del plan.

Sin embargo, 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 cuidados debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para avisarnos que participará en un ensayo clínico.

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

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

- Habitación y comidas por estancias en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto colateral y complicaciones de la nueva atención médica.

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

K3. Obtenga más información acerca de estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica, lea “Medicare y Estudios de Investigación Clínica” en la página web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/O2226-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 deberán 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan está limitada a los aspectos no religiosos de la atención médica.
- Si recibe servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:

Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención durante la hospitalización o atención en centros de enfermería especializada.

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

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

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

Algunos ejemplos de equipos médicos de uso prolongado (durable medical equipment, DME) son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

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

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

Si está alquilando DME hay cosas que debe considerar si decide cambiar a un plan Original Medicare o Medicare Advantage.

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se vuelven en 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: puede encontrar definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. Puede encontrar más información acerca de ellos en el manual *Medicare y Usted 2024*. Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Deberá realizar los 13 pagos seguidos bajo Original Medicare, 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 Original Medicare o un Plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos para el artículo DME bajo Original Medicare o un plan Medicare Advantage antes de unirse al plan, **esos pagos a Original Medicare 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 Original Medicare, o el número de pagos seguidos que establezca el plan Medicare Advantage, para hacerse propietario del artículo DME.
- No hay excepciones a esto cuando vuelve a Original Medicare 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, cubrimos 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



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

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

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

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

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 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 nuevo período 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.
- un ciclo nuevo comienza cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a un plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá como mínimo lo que cubre Original Medicare. Puede preguntar a su plan Medicare Advantage qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.



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

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

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

Tabla de contenidos

A.	Sus servicios cubiertos	54
A1.	En caso de emergencias de salud pública	54
B.	Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios.....	54
C.	Tabla de beneficios de nuestro plan.....	54
D.	La Tabla de beneficios.....	56
E.	Servicios de Exención Operados por la Atención a Largo Plazo en la Comunidad (CLTC) que Paga Nuestro Plan.....	110
F.	Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options.....	113
F1.	Cuidado paliativo	113
F2.	Servicios dentales.....	114
F3.	Transporte médico que no sea de emergencia.....	114
G.	Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options, Medicare o Healthy Connections Medicaid.....	115



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

A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo, se le indica qué servicios paga Molina Dual Options. También puede obtener información 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 Healthy Connections Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de cuidados y/o al Departamento de Servicios para Miembros al número al final de la página.

A1. En caso de emergencias de salud pública

Cuando un desastre natural u otro problema de salud pública amerite una declaración de estado de emergencia por parte del gobernador de Carolina del Sur, Molina promulgará y cumplirá las reglas y reglamentaciones requeridas para la emergencia específica. Además, Molina proporcionará recursos útiles que pueden incluir lo siguiente:

- Enlaces a la guía estatal
- Proclamaciones del gobernador

Anuncios o cambios de salud pública relacionados con la forma en que se brindan y reembolsan los servicios médicos según las directivas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

No permitimos que los proveedores de Molina Dual Options le facturen a usted los servicios. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le 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.



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

Pagaremos por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas. Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación.

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

Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesarios significa los servicios que son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión, para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme, o de otro modo médicamente necesarios conforme a la ley de Medicare. De acuerdo con la ley y regulación de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben prestarse para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su actual estado de salud. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los niveles aceptados de práctica médica. Los servicios también se deben prestar en un centro adecuado para su afección médica y seguir las normas generalmente aceptadas de atención médica.

Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 contiene información adicional acerca de cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.

Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de cuidado que proporciona y administra su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP autorizarle antes de poder acudir 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.

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede continuar usando a sus proveedores actuales hasta por 180 días o hasta que haya completado su evaluación integral y creado un plan de transición con el que esté de acuerdo. Si necesita continuar usando a esos proveedores fuera de la red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención si el proveedor celebra un acuerdo de caso único con nosotros. Un acuerdo de caso único es una excepción para tratar al proveedor como un proveedor dentro de la red. Si está recibiendo tratamiento permanente de un proveedor fuera de la red y cree que puede necesitar un acuerdo de caso único para que lo continúe tratando, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.



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

Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una aprobación previa de nuestra parte. Esto se denomina autorización previa (Prior Authorization, PA). Los servicios cubiertos que necesitan PA se indican en la Tabla de Beneficios con un asterisco (*). Además, debe obtener PA para los siguientes servicios que no se detallan en la Tabla de beneficios:

- Asesoramiento o pruebas genéticos
- Terapia de oxígeno hiperbárico
- Procedimientos para el tratamiento del dolor
- Estudios del sueño
- Admisión en un centro de rehabilitación o atención aguda a largo plazo
- Su bienestar y capacidad para vivir en forma independiente importan. Como plan, trabajaremos con usted y sus proveedores para ayudar a equilibrar todas sus necesidades de atención médica, incluidos los servicios de atención a largo plazo, salud conductual y salud física.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 al lado de los servicios médicos preventivos en la Tabla de beneficios.

D. La Tabla de beneficios

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Acupuntura para dolor crónico de espalda baja</p> <p>El plan pagará por hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor crónico de espalda baja, definido de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene una causa sistémica que pueda ser identificada, tal como no estar asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); y • no está asociado con una cirugía. <p>El plan pagará por 8 sesiones adicionales si muestra mejoras. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura cada año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora.</p>	<p>\$0</p>
<p> Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</p> <p>El plan pagará un examen de detección de abuso de alcohol para adultos que usan indebidamente el alcohol, pero no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si se le diagnostica que abusa del alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento psicológico por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento psicológico) suministradas por un proveedor de cuidados primarios capacitado o un proveedor médico en un entorno de atención médica primaria.</p> <p>También puede obtener servicios de rehabilitación y recuperación centrados en habilidades de afrontamiento que lo ayudarán a controlar sus síntomas y comportamientos. Estos servicios pueden ser en un entorno individual o grupal.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen los servicios de ambulancia aérea de aviones y helicópteros y terrestre. La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica.</p> <p>Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan.</p> <p>En los casos que no son emergencias, el plan puede pagar para solicitar una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud.</p> <p>Se necesita de una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.</p>	<p>\$0</p>
<p> Visita preventiva anual</p> <p>Si usted ha estado en la parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede recibir un chequeo médico anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan pagará por esto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: usted no puede tener su primer chequeo médico anual dentro de los 12 meses de su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Usted tendrá cobertura para los controles anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. Usted no necesita haber tenido primero una consulta de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
 <p>Mediciones de masa ósea</p> <p>El plan pagará por ciertos procedimientos para los miembros que califican (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>El plan pagará los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son médicamente necesarios. El plan también pagará por un médico para que examine y comente sobre los resultados.</p>	\$0	
 <p>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • un examen clínico de mamas cada 24 meses. 	\$0	
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)*</p> <p>El plan pagará por los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con una orden del médico.</p> <p>El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0	



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (tratamiento de enfermedades del corazón)</p> <p>El plan paga por una consulta anual a su proveedor de atención médica primaria para ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante esta consulta, es posible que su médico haga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hable sobre el uso de la aspirina, • Mida su presión arterial ● • le de consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente. 	\$0
 <p>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>El plan paga por los análisis de sangre para determinar si hay una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos exámenes de la sangre también determinan si existen defectos debido a un elevado riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	\$0
 <p>Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas una vez cada 24 meses • Para las mujeres que presentan alto riesgo de cáncer cervical: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	\$0



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

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



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia sin límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses • Pruebas de DNA en heces de varios objetivos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>A partir del 1° de enero de 2023, las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo.</p>	
 <p>Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará por dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará por dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <p>También puede llamar a la Línea para dejar de fumar, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al (800) 784-8669 para desarrollar una capacitación de carácter individual y un plan para dejar de fumar personalizado.</p> <p>El plan ofrece 8 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco además de su beneficio de Medicare.</p>	\$0



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Molina Dual Options cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos orales. • Procedimientos dentales relacionados con lo siguiente: • Trasplantes de órganos. • Oncología. • Radiación de la cabeza o cuello para el tratamiento del cáncer • Quimioterapia para el tratamiento del cáncer. • Reemplazo total de articulaciones. • Reemplazo de válvula cardíaca. • Tratamiento de trauma realizado en un hospital o centro de cirugía ambulatoria. <p>Molina Dual Options también cubre servicios dentales ilimitados hasta \$4,000 cada año. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales preventivos como exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías. • Servicios dentales integrales*. <p>Los miembros reciben una tarjeta de débito Mi Molina MyChoice cargada con el monto de asignación anual que se puede usar en cualquier ubicación de proveedor dental. Los montos que no se utilicen no se transferirán al siguiente año.</p> <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Los servicios dentales cubiertos por el plan se ofrecen además de sus beneficios dentales de Medicaid de Healthy Connections. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pagamos algunos servicios odontológicos cuando el servicio forma parte integrante del tratamiento específico de la enfermedad primaria del beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.</p>	
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>El plan pagará por un examen de detección de la depresión una vez por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que provea tratamientos de seguimiento y remisiones.</p>	\$0
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>El plan pagará por este examen preventivo (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión) • historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • historial de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa) <p>Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos otros casos, como por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Dependiendo de los resultados de las pruebas, podría calificar hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Suministros, servicios y capacitación para la autogestión diabética</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales para comprobar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ un monitor de glucosa en sangre ◦ tiras de prueba de glucosa en sangre ◦ lancetas y dispositivos para lancetas ◦ soluciones para control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, el plan pagará por lo siguiente*: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (plantillas incluidas) y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, ◦ ◦ Un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas suministradas con dichos zapatos). <p>El plan también pagará por el ajuste de zapatos terapéuticos moldeados o zapatos de profundidad personalizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará por la capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes, en algunos casos. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Es elegible para los Servicios de control de la diabetes si su proveedor determina que esto lo ayudará. ◦ Tiene una limitación de 10 horas de educación sobre diabetes durante su vida. 	<p>\$0</p>



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

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



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

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



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen de planificación familiar y tratamiento médico • pruebas de laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico • Métodos de planificación familiar. • Suministros de planificación familiar con receta médica (condones). • asesoramiento y pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual (STI), VIH/SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • Tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (STI) • esterilización voluntaria (debe tener 21 años de edad o más, y debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Por lo menos 30 días, pero no más de 180 días, deben transcurrir entre la fecha en que usted firme el formulario y la fecha de la cirugía). <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar (continuación)</p> <p>El plan también pagará por algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá acudir a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para afecciones médicas de infertilidad. • tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • pruebas genéticas 	
<p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>El plan tiene una gama de actividades de programas de educación de salud y bienestar para los miembros, sus familiares y otros cuidadores informales. Algunos ejemplos de temas que se pueden incluir son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autogestión para afecciones crónicas. • Dejar de fumar. • Prevención de caídas. • Apoyo para el cuidador. • Nutrición. • Abuso de alcohol y drogadicción. • Control de sus medicamentos. • Acondicionamiento físico. • Planificación de la enfermedad. • Preparación para emergencias. <p>Ofrecemos muchos programas que se centran en ciertas condiciones de salud. Algunas de ellos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud • Beneficio nutricional/dietético - Hasta 12 sesiones de asesoramiento nutricional por teléfono, de entre 30 y 60 minutos cada una. Asesoramiento nutricional telefónico individual a pedido. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	\$0



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de enfermedades mejorado • Servicios de telemonitorización • Línea directa de enfermería • Evaluación de seguridad en el hogar • Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta • Control de enfermedades <p>Si usted vive con una afección de salud crónica, Molina Dual Options puede ser de ayuda. Estos programas se ofrecen sin costo alguno. Incluyen materiales de aprendizaje, recomendaciones y consejos para su cuidado.</p> <p>Los programas para el control de enfermedades de Molina Dual Options son especialmente de ayuda si tiene una afección médica difícil de controlar que requiere más atención.</p>	



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de audición</p> <p>El plan paga por pruebas de audición y equilibrio, realizadas por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita un tratamiento médico. Están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando las obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen auditivo rutinario (1 por año) Ajuste/evaluación para aparatos auditivos (1 cada dos años) Molina Dual Options paga hasta \$1500 cada año para aparatos auditivos*. <p>Para servicios de aparatos auditivos: El miembro debe comunicarse con HearUSA para pruebas de audición y audífonos. Para encontrar a un proveedor HearUSA participante, llame al (855) 823-4623 o visite hearusa.com.</p> <p>Si tiene un implante coclear o un dispositivo de audición implantado quirúrgicamente, el plan paga por las piezas de reemplazo.</p>	<p>\$0</p>
<p> Examen de detección del VIH</p> <p>El plan paga por un examen de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> soliciten una prueba de detección del VIH  tengan mayor riesgo de infección por VIH. <p>Los miembros que tienen VIH o SIDA pueden obtener servicios adicionales si participan en un programa de exención de Atención a Largo Plazo de la Comunidad (CLTC). Consulte el Capítulo 4, Sección E, para obtener más información sobre los servicios para los miembros que califican.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de una agencia de atención médica a domicilio*</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios médicos domiciliarios, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de 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 • Equipo y suministros médicos (incluyen, entre otros, suministros para incontinencia). 	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusiones en el hogar</p> <p>Nuestro plan paga 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 hogar. Para realizar la infusión en el hogar se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina. • equipos, como una bomba; y • Suministros, como un tubo o un catéter. <p>El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar, que incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de cuidados; • capacitación y educación de los miembros no incluidas ya en el beneficio del DME; • Monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar. 	<p>\$0</p>
<p>Cuidado paliativo</p> <p>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 ayudarle 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.</p> <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>Quando se encuentra en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare se encarga de pagar los servicios de cuidados paliativos y los servicios de Medicare Parte A y B relacionados con su enfermedad terminal. Molina Dual Options no paga por sus servicios.</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>El plan pagará por lo siguiente mientras usted esté recibiendo servicios en un centro de cuidado paliativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar el dolor y los síntomas • servicios de cuidado de respiro a corto plazo • Atención a domicilio. <p>Los servicios de cuidado paliativo y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección G de este capítulo para obtener más información. <p>Para servicios que están cubiertos por Molina Dual Options, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molina Dual Options cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan cubrirá los servicios que estén relacionados o no con su enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Molina Dual Options:</p> <ul style="list-style-type: none"> • los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. <p>Nota: si necesita un cuidado distinto a los cuidados paliativos, debe llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. El cuidado distinto a los cuidados paliativos es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para las personas desahuciadas que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Inmunizaciones</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacuna contra la neumonía. • inyección contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones adicionales si es médicamente necesaria. • vacuna contra la Hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B. • vacuna contra el COVID-19. • otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B. <p>El plan pagará por otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de Healthy Connections Medicaid o Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6 para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>
<p>Suministros de incontinencia*</p> <p>El plan pagará por suministros de incontinencia si su médico considera que los necesita. Las cantidades y frecuencias de los suministros se determinan por su nivel de incontinencia.</p>	<p>\$0</p>
<p>Terapia de infusión*</p> <p>El plan cubre bombas de infusión (y algunos medicamentos utilizados en las bombas de infusión) que el médico receta para utilizar en su hogar.</p> <p>Si no desea recibir terapia de infusión en el consultorio de un médico u hospital, puede utilizar un centro de infusión. Consulte una lista de centros de infusión en el Directorio de proveedores y farmacias. En un centro de infusión, puede recibir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia. • Hidratación. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa (IGIV). • Sangre y hemoderivados. • Antibióticos. • Punción intratecal/lumbar. • Inhalación. • Flebotomía terapéutica. <p>Un médico estará en el lugar en el centro de infusión en caso de que haya emergencias médicas.</p>	
<p>Atención en hospital para pacientes internados*</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería de rutina • costos de unidades de cuidados especiales como las unidades de cuidados intensivos o coronarias • fármacos y medicamentos • pruebas de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros quirúrgicos y médicos necesarios • aparatos, tales como sillas de ruedas • servicios de quirófano y sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios para pacientes internados por abuso de sustancias • Sangre, incluyendo su conservación y administración. • servicios del médico <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en hospital para pacientes internados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. • Nuestro plan cubre 60 días de “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días. <p>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 los proveedores de trasplantes locales tienen voluntad de aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted puede optar por recibir servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad.</p> <p>Si el Molina Dual Options provee servicios de trasplante fuera del patrón de atención para su comunidad y si es aprobado por Molina Dual Options para obtener el trasplante ahí, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</p>	



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

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



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalizaciones: Los servicios cubiertos en un hospital o Centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta*</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Si su estadía en el hospital no es razonable y necesaria, el plan no pagará por esta.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, el plan pagará por los servicios que obtenga mientras se encuentre en el hospital o en una residencia para ancianos. El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de médicos • pruebas de diagnóstico, tales como pruebas de laboratorio • radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios técnicos • apósitos quirúrgicos. • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones • aparatos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluyendo reemplazo o reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> ◦ sustituyen la totalidad o parte de un órgano interno (incluidos tejidos adyacentes) ● ◦ sustituyen la totalidad o parte de la función de un órgano interno dañado o que no funciona bien. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>\$0 por los servicios y artículos enumerados en la columna de la izquierda para estadía como paciente hospitalizado</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalizaciones: Los servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización no cubierta* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello, amarres y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones necesarias debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición del paciente • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	
<p>Servicios de Institución para enfermedades mentales (IMD) para personas de 65 años de edad o más</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Una institución para enfermedades mentales (IMD) es una institución dedicada principalmente a brindar diagnóstico, tratamiento o atención de personas con enfermedades mentales, incluida la atención médica, atención de enfermería y servicios relacionados. Un centro es una IMD si se determina por su naturaleza en general, como en el caso de los centros que se establecen y mantienen principalmente para la atención y el tratamiento de personas con enfermedades mentales.</p>	\$0



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Materiales y servicios para enfermedades renales</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención médica <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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 para este servicio no se encuentre 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 • capacitación en autodiálisis, incluyendo capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio • equipos y suministros para diálisis en el domicilio • ciertos servicios de soporte a domicilio, tales como consultas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>Su beneficio de medicamentos de Medicare Parte B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>	<p>\$0</p>



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

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



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Examen de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una cita de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado, y • si ha fumado al menos un 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. <p>Después del primer examen preventivo, el plan pagará por otro examen preventivo cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0
 <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>El plan cubrirá las tres horas de los servicios de asesoramiento personal durante el primer año que obtenga servicios de terapia de nutrición médica de Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare). Cubrimos las dos horas de servicios de asesoramiento personal cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año, si su tratamiento es necesario el próximo año calendario.</p>	\$0



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará por los servicios de MDPP. El MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio de dieta a largo plazo y • aumento de actividad física y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B*</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según Medicare Parte B. Molina Dual Options cubrirá los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo y se inyectan o se infunden mientras obtiene servicios del centro de cirugía ambulatoria, cuidado ambulatorio o de un médico • insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros 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 <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	\$0



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando recibió un trasplante de órgano • medicamentos que se inyectan para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y usted mismo no puede inyectarse el medicamento • antígenos • ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea necesario desde el punto de vista médico), anestésicos tópicos y 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. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B* (continuación)</p> <p>El siguiente enlace le dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia progresiva: www.MolinaHealthcare.com/Duals</p> <p>También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe seguir para contar con la cobertura de recetas médicas.</p> <p>El Capítulo 6 explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.</p>	
<p>Atención médica en un centro de enfermería*</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Su plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería: todos los servicios de enfermería para responder a todas las necesidades del residente • Servicios especiales: asistencia de trabajadores sociales, actividades planificadas y diversas terapias. • Servicios personales: asistencia para comer, vestirse, funciones higiénicas, baños, etc. • Alojamiento y comida: alojamiento semiprivado o en sala. • Equipo de seguridad y tratamiento: sillas de ruedas, equipo de infusión, silla con inodoro, etc. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>Comuníquese con su Coordinador de atención para saber si necesitará realizar algún aporte para su atención médica en un centro de enfermería.</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica en un centro de enfermería* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: medicamentos de venta libre (excepto insulina). • Suministros médicos y oxígeno: equipo de oxígeno para terapia de inhalación, catéteres, apósitos, etc. <p>Los servicios que no están cubiertos incluyen servicios de médico, laboratorio/radiografías, servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios, medicamentos recetados, etc.</p> <p>Tenga en cuenta que la atención en centros de enfermería especializada (SNF) está cubierta en su propia categoría en esta tabla.</p>	
<p>Servicios de transición en residencias para ancianos*</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Los servicios de transición en una residencia para ancianos están disponibles si está en una residencia para ancianos y desea volver a su comunidad. Los servicios ayudan si tiene una discapacidad o afección de salud mental. Los siguientes servicios están disponibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de dispositivos que proporcionan los dispositivos necesarios. • Mobiliario para establecer un hogar en la comunidad. • Asistencia por única vez con el alquiler o los servicios. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	\$0



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de transición en residencias para ancianos* (continuación)</p> <p>El programa Home Again está diseñado para ayudar a las personas que han vivido en una residencia para ancianos y desean volver a la comunidad. Si vivió en una residencia para ancianos durante al menos 90 días, puede calificar para el programa y obtener los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de la transición. • Intervención de crisis. • Servicios de empleo ampliados. • Dispositivos de asistencia ampliados. • Bienes y servicios ampliados. • Sensores inalámbricos. • Servicios para vivir en la comunidad. • Enfermera de atención guiada. • Animales de servicio. <p>Si piensa que califica para el programa, hable con su coordinador de atención.</p>	<p>\$0</p>
<p> Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan pagará por servicios de asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de atención médica primaria. De esa forma, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de programas para tratamiento de opioides (OTP)</p> <p>Con el plan, se pagarán los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD).</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de admisión. • pruebas periódicas. • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, de ser necesario, la administración y la implementación personal de estos medicamentos • asesoramiento sobre el uso de sustancias. • terapia individual y grupal • Detección de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas toxicológicas)*. 	\$0
<p>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y suministros de los técnicos*. • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos*. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones*. • pruebas de laboratorio • Sangre, incluidas su conservación y administración*. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias*. 	\$0



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

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



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica mental ambulatoria*</p> <p>El plan pagará por los servicios de salud mental proporcionados por los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un médico, o un psiquiatra autorizado por el estado • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un especialista en enfermería clínica, • una enfermera especializada (NP), • un auxiliar médico (PA), • un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), • un terapeuta profesional autorizado (LPC), ● • cualquier otro profesional de atención médica mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos. • Tratamiento durante el día. • Servicios de rehabilitación psicosocial. <p>Los servicios de hospitalización, tratamiento durante día y rehabilitación psicosocial requieren la autorización de Molina Dual Options. Comuníquese con Molina Dual Options al (855) 735-5831 para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio*</p> <p>El plan pagará por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Los servicios de fisioterapia deben mejorar o restaurar su función física y evitar lesiones, deficiencias y discapacidades después de una enfermedad, lesión o pérdida de una parte del cuerpo.</p> <p>Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatoria de los Departamentos de Pacientes Ambulatorios del hospital, Consultorios de Terapeutas Independientes, Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y otros centros de salud.</p>	\$0
<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>Molina Dual Options paga por servicios ambulatorios de rehabilitación de alcohol y drogas (A&D). Estos servicios están disponibles a través del Departamento de Servicios para el Abuso de Alcohol y Otras Drogas de Carolina del Sur (DAODAS). También dispone de gestión de crisis si experimenta un trauma emocional, físico o psicológico.</p> <p>Medicare Parte B ayuda a pagar por los servicios ambulatorios de tratamiento de abuso de sustancias del departamento ambulatorio de una clínica u hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia. • Educación para pacientes. • Atención de seguimiento si deja el hospital. • Medicamentos recetados durante una internación hospitalaria o los medicamentos inyectados en el consultorio de un médico. • Examen de detección y asesoramiento preventivos. 	\$0



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cirugía ambulatoria*</p> <p>El plan pagará por servicios y cirugía ambulatoria en centros de salud para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	<p>\$0</p>
<p>Elementos de venta libre (OTC)</p> <p>Usted tiene \$100 cada trimestre para gastar en elementos 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.</p> <p>Puede ordenar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En línea: visite NationsOTC.com/Molina • Por teléfono: llame al (877) 208-9243 para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros de Nations OTC en (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el Catálogo de artículos OTC. Tarjeta de débito OTC: en las tiendas minoristas participantes. <p>Consulte su Catálogo de artículos OTC del 2024 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 2024.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted recibe \$100 cada trimestre para gastar en</p> <p>Un trimestre, o periodo trimestral, dura 3 meses. Los periodos trimestrales para sus prestaciones OTC cubiertas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • enero a marzo • abril a junio • julio a septiembre • octubre a diciembre <p>Los \$100 que obtiene cada trimestre vencen al final del periodo trimestral. No se transfiere al siguiente periodo trimestral, así que asegúrese de gastar cualquier suma no utilizada antes de que finalice el trimestre.</p>



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

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



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos ambulatorios*</p> <p>El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad. Es más intensivo que el cuidado que usted recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Puede ayudarle a evitar que deba permanecer en el hospital.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a consultorios</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en lugares tales como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ consultorio del médico ◦ Centro de cirugía ambulatoria certificado*. ◦ Departamento de pacientes ambulatorios del hospital*. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. Vea a su médico de atención primaria para una remisión antes de ir a ver a un especialista. • Exámenes de audición y equilibrio básicos proporcionados por su especialista, si su médico los solicita, para determinar si necesita tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ciertos servicios de telesalud, incluido el proveedor de atención primaria. ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Algunos servicios de telesalud, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico para miembros en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>\$0</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización.</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las consultas médicas virtuales son consultas médicas ofrecidas fuera de los centros médicos por parte de proveedores virtuales que utilizan tecnología en línea y recursos de audio/video en vivo. Visite www.Teladoc.com para acceder a visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) 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 abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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 <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo y ◦ la revisión no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días y ◦ La revisión no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, que hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento dentro de las 24 horas en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ◦ no es un paciente nuevo y ◦ la evaluación no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días y ◦ la evaluación no conduce a una visita médica 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. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio (continuación)</p> <p>Nota: No todas las enfermedades se pueden tratar a través de consultas virtuales. El médico que ofrece la consulta virtual determinará si usted necesita consultar a un médico en persona para recibir tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental no rutinaria*. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, ◦ ajustes de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, ◦ extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación de cáncer neoplásico ◐ ◦ servicios que estarían cubiertos al ser suministrados por un médico 	
<p>Servicios de podología*</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón) • cuidado de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes 	\$0
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres, el plan pagará por los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de tacto rectal. • Examen de un antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés). 	\$0



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

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



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar*</p> <p>El plan pagará los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave. El miembro debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la EPOC.</p>	\$0
<p> Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (STI)</p> <p>El plan cubre exámenes de detección para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de contraer alguna STI. Un proveedor de atención primaria debe ordenar las pruebas. Cubriremos estas pruebas una vez cada 12 meses.</p> <p>El plan también pagará hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de elevada intensidad cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer STI. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. El plan pagará 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 primaria, como, por ejemplo, un consultorio médico.</p>	\$0



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)*</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.</p> <p>Nuestro plan cubre las internaciones en un SNF dentro y fuera de Medicare sin que se requiera una hospitalización previa.</p> <p>Los Servicios de Centros de Enfermería Especializada médicamente necesarios están cubiertos por un total de 100 días cada año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de centros de enfermería especializada requieren autorización previa según necesidad médica. • Los primeros 20 días están cubiertos al 100 % sin pago de “responsabilidad del paciente”. • Los días 21 a 100 requieren un pago de una “obligación por parte del paciente”. • Los miembros que utilicen todo su beneficio para centros de enfermería especializada pueden calificar para atención a largo plazo en centros de enfermería. • Las estadías en centros de enfermería a largo plazo son ilimitadas en base a necesidad médica. • 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. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)* (continuación)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesario. • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención; esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación. • Sangre, incluyendo su conservación y administración. • Materiales médicos y quirúrgicos, proporcionados por centros de enfermería. • Pruebas de laboratorio administradas por centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología, proporcionados por centros de enfermería. • Aparatos, tales como sillas de ruedas, habitualmente administrados por centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)* (continuación)</p> <p>Por lo general, usted obtendrá su cuidado de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su cuidado en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar para ancianos o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione el cuidado de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su esposo(a) o pareja vive en el momento en que usted abandona el hospital. <p>Tenga en cuenta que la atención médica en un centro de enfermería está cubierta en su propia categoría en esta tabla.</p>	
<p>Terapia de Ejercicio Supervisada (SET)*</p> <p>El plan paga por la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática. El plan pagará por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requerimiento de la SET • 36 semanas adicionales si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario <p>El programa de SET debe ser de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación) <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	\$0



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de Ejercicio Supervisada (SET)* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • en un ámbito ambulatorio hospitalario o en el consultorio del médico • realizado por personal calificado que asegure que el beneficio excede el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para PAD. • Bajo la supervisión directa de un médico, un médico asociado o una enfermera especializada/ enfermera clínica especializada en técnicas básicas y avanzadas de apoyo. 	
<p>Administración de casos específicos (TCM)</p> <p>Las actividades de TCM se aseguran de que sus necesidades médicas, sociales, educativas y otras necesidades de servicios estén contempladas en forma permanente para que pueda volverse autosuficiente.</p> <p>Para obtener TCM, tiene que estar en uno de los siguientes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con discapacidades intelectuales y relacionadas. • Adultos con una enfermedad mental grave y persistente. • Personas con trastorno de sustancias psicoactivas. • Personas con riesgo de trastornos genéticos. • Personas con lesiones en la cabeza y la columna vertebral y discapacidades relacionadas. • Personas con deficiencias sensoriales. • Adultos con deficiencias funcionales. <p>TCM está disponible solo durante los últimos 180 días en los que está en una institución y pasa a un entorno comunitario. Las personas que pasan a una exención no son elegibles para TCM.</p> <p>Hable con su coordinador de atención o PCP sobre cómo obtener los servicios de TCM.</p>	<p>\$0</p> <p>No se requiere remisión o autorización para inscribirse en TCM. Algunos servicios prestados a los miembros de acuerdo con TCM pueden requerir autorización y remisión. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más detalles.</p>



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

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



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica requerida urgentemente</p> <p>Atención médica requerida urgentemente es la atención proporcionada para el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un caso que no es de emergencia, ● • una enfermedad médica repentina, ● • una lesión, ● • una afección que requiere atención inmediata. <p>Si necesita atención médica requerida urgentemente, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevisible, pero que no es una emergencia médica).</p> <p>La atención médica urgente está cubierta solo cuando obtiene los servicios en los EE. UU.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Cuidado para la vista</p> <p>El plan pagará por servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes de los ojos anuales para detectar retinopatía diabética en las personas con diabetes y tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Medicare no cubre exámenes periódicos de los ojos para anteojos o lentes de contacto.</p> <p>Healthy Connections Medicaid cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para una enfermedad o lesión de la vista. • Reemplazo inicial de la lente debido a una cirugía de cataratas. <p>Para las personas con mayor riesgo de glaucoma, el plan cubrirá un examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas con mayor riesgo de glaucoma, se incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, • personas con diabetes, • afroamericanos de 50 años y más, e • hispanoamericanos de 65 años o mayores. <p>El plan pagará por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías separadas de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. Usted no puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si usted no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía).</p> <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p>	<p>\$0</p>



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

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados para la vista (continuación)</p> <p>El plan cubrirá servicios para la vista ilimitados de hasta \$300 por año. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de la vista de rutina, lentes de contacto, anteojos, lentes de anteojos, marcos de anteojos y actualizaciones. <p>Los miembros reciben una tarjeta de débito Mi Molina MyChoice cargada con el monto de asignación anual que se puede usar en cualquier ubicación de proveedor de la vista. Los montos que no se utilicen no se transferirán al siguiente año.</p>	
<p> Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” por única vez. La consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> una revisión de su salud, Educación y asesoramiento acerca de los servicios médicos preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes y vacunas) y remisión a atención adicional si la necesita. <p>Nota: cubrimos la visita preventiva de bienvenida a Medicare únicamente durante los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al consultorio del médico que desea programar su visita preventiva de bienvenida a Medicare.</p>	\$0

E. Servicios de Exención Operados por la Atención a Largo Plazo en la Comunidad (CLTC) que Paga Nuestro Plan

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



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

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

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



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

Servicios de exención operados por la Atención a Largo Plazo en la Comunidad (CLTC) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de exención para VIH/SIDA</p> <p>Algunos servicios pueden requerir una remisión de su proveedor.</p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para los miembros con la exención para VIH/SIDA. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de casos y coordinación de estos servicios de exención. • Servicios de compañía. • Comidas entregadas en el domicilio. • Adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampa, control de plagas, equipo portátil para la ducha). • Asistencia de cuidado personal. • Servicios privados de enfermería. • Algunos suplementos nutricionales. 	\$0
<p>Servicios de exención para dependientes de ventilación mecánica*</p> <p>Algunos servicios pueden requerir una remisión de su proveedor.</p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para los miembros con la exención para dependientes de ventilación mecánica. Estos servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de casos y coordinación de estos servicios de exención. • Comidas entregadas en el domicilio. • Adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampa, control de plagas, equipo portátil para la ducha). • Asistencia de cuidado personal. • Sistema personal de respuesta a emergencias. 	\$0



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

Servicios de exención operados por la Atención a Largo Plazo en la Comunidad (CLTC) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios privados de enfermería. • Algunos suplementos nutricionales. • Equipos y suministros médicos especializados. • Alivio temporal para su cuidador (en un centro de enfermería o en su hogar). 	

F. Beneficios cubiertos fuera de Molina Dual Options

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

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 ayudarle 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.

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

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

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

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 por los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B. Usted no deberá pagar nada por estos servicios.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

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

Nota: si necesita un cuidado distinto a los cuidados paliativos, debe llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. El cuidado distinto a los cuidados paliativos es el que no está relacionado con su enfermedad terminal.

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

F2. Servicios dentales

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

F3. Transporte médico que no sea de emergencia

Se dispone de asistencia de transporte hacia y desde cualquier cita médica con un copago de \$0. El tipo de asistencia dependerá de la situación médica del miembro. Las solicitudes urgentes o en el mismo día (como asistencia de transporte para altas hospitalarias de rutina) se verificarán con los proveedores de atención médica para confirmar que el plazo reducido es médicamente necesario. **Cualquier miembro que necesite transporte de emergencia debe llamar al 911.**

Si desea obtener más información, comuníquese con su coordinador de cuidados o consulte el folleto para miembros que se encuentra en el sitio web de ModivCare, el proveedor de transporte: memberinfo.logisticare.com/scmember/Downloads. Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con ModivCare a través de la información de contacto para su región en el folleto para miembros.



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

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

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

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

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que figuran en esta sección (o en cualquier otro lugar en este *Manual del Miembro*), excepto en las condiciones específicas indicadas. 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, **nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:**

- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna según las pautas de cobertura de Medicare.
- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, el plan pagará por la reconstrucción del seno después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama para que coincidan.
- Dentaduras postizas. Sin embargo, la atención odontológica necesaria para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierta como atención médica ambulatoria o de pacientes internados.
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos, la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el desempeño sexual, el rendimiento atlético, los fines cosméticos, el rendimiento mental o aquellos contra el envejecimiento), excepto en casos médicamente necesarios.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o estén bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida. Sin embargo, el plan pagará por anteojos después de la cirugía de cataratas.



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

- Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Suministros anticonceptivos no recetados.
- Calzado ortopédico, a menos que el calzado sea parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que esté incluido en el costo del dispositivo, o el calzado para personas con enfermedad del pie diabético. Dispositivos de soporte para pies, excepto calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o residencia para ancianos, tales como teléfono o televisor.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Atención podológica de rutina, excepto por la cobertura limitada provista según las pautas de Medicare.
- Servicios considerados como no “justificados ni necesarios”, de acuerdo con las normas de Medicare y Healthy Connections Medicaid, a menos que estos servicios figuren en la lista de servicios cubiertos por nuestro plan.
- Servicios prestados a veteranos en centros de Servicios a Veteranos (VA) Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos para el VA son mayores que los costos compartidos conforme a nuestro plan, realizaremos el reembolso de la diferencia al veterano. Los miembros siguen siendo responsables de su suma de costos compartidos.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando es necesario desde el punto de vista médico y Medicare paga por el mismo.



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

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

Introducción

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

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

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que se le suministran mientras se encuentra en un hospital o residencia para ancianos.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Estos incluyen algunos de los medicamentos para quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos durante una visita a un consultorio médico u otro proveedor y los medicamentos que se administran en una clínica para diálisis. Para conocer más acerca de cuáles medicamentos Parte B de Medicare 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. Debe solicitarle al médico u otro proveedor que emita su receta médica, la cual debe ser válida según las leyes estatales aplicables. Por lo general, esta persona es su proveedor de cuidados primarios (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo remitió.
2. La persona que emita la receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Impedimento 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.



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

- o 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 o avalado por determinados libros de referencia.

Tabla de contenidos

A.	Cómo surtir sus recetas médicas.....	120
A1.	Una farmacia de la red le surtirá su receta médica.....	120
A2.	Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica.....	120
A3.	Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red	120
A4.	Qué hacer si su farmacia se retira de la red.....	121
A5.	Cómo usar una farmacia especializada.....	121
A6.	Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos.....	121
A7.	Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos.....	123
A8.	Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan.....	124
A9.	Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica.....	124
B.	Lista de medicamentos del plan.....	124
B1.	Medicamentos en la Lista de medicamentos	124
B2.	Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.....	125
B3.	Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos.....	126
B4.	Categorías de la Lista de medicamentos.....	127
C.	Límites para algunos medicamentos.....	127
D.	Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto.....	129
D1.	Obtener un suministro provisional.....	129
D2.	Cómo solicitar un suministro provisional.....	131
D3.	Solicitar una excepción.....	131



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

E.	Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	132
F.	Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	134
	F1. Si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan.....	134
	F2. Si usted está en un centro de atención a largo plazo	134
	F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare.....	134
G.	Programas sobre seguridad y administración de medicamentos.....	135
	G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura.....	135
	G2. Programas para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos.....	136
	G3. Programa de manejo de medicamentos para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura.....	136



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

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 acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

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

Para que le surtan su receta médica, **muestre su tarjeta de identificación del miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan sus medicamentos recetados cubiertos.

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro cuando surte su receta médica, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria, o puede solicitarle a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es probable que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire. Puede pedirnos luego que le reembolsemos el dinero. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con el Departamento de Servicios para Miembros. Haremos todo lo que podamos para ayudarle.

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

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

Si cambia de farmacia y necesita una 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 cuidados.



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

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

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

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

A5. Cómo usar una farmacia especializada

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

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

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

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



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

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar, *como mínimo*, un suministro de medicamento de 30 días y, *como máximo*, 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 al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, o puede visitar www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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

Proceso 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 resurtidos 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 recibe la receta de un proveedor de atención médica, le contacta 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, suma 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.



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

3. Resurtidos 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 próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento.

- La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada resurtido 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 nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se venza su receta médica actual para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar su suscripción a nuestro programa , que prepara automáticamente los pedidos de renovación por correo, contáctenos al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 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 nuestra farmacia tiene la información de contacto más actual.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por 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 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 prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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



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

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

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

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

- Si la receta médica está relacionada con una atención médica requerida urgentemente
- Si estas recetas médicas están relacionadas con el cuidado en caso de una emergencia médica

La cobertura estará limitada a un suministro de 60 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 averiguar si existe una farmacia de la red cerca de usted.

A9. Cómo le reembolsamos si paga por una receta médica

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

Para obtener más información acerca de este tema, consulte el Capítulo 7.

B. Lista de medicamentos del plan

El plan tiene una Lista de Medicamentos.

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

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

B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y algunos medicamentos con receta médica y de venta libre y artículos cubiertos bajo los beneficios de Healthy Connections Medicaid.



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

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca registrada y genéricos

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con una denominación comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos a base de una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando hacemos referencia a “medicamentos”, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico, como vacunas o insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una opción genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y productos biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca registrada y los productos biológicos y, por lo general, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para la mayoría de los medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

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

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

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

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

- Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite nuestra página web en www.Molinahealthcare.com/Duals. La Lista de Medicamentos que se publica en nuestra página web siempre es la más actualizada.
- Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número al final de la página para saber si un medicamento está en la Lista de Medicamentos o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en Caremark.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

Pregúntele a su Coordinador de Cuidados para averiguar si un medicamento se encuentra en la lista de medicamentos del plan.



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

B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

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

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

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

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

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

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



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

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, medicamentos de marca, genéricos y de venta libre).

- Los medicamentos del 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, por sus siglas en inglés) 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, usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que los cubramos. Por ejemplo, su proveedor podría tener que informarnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de las pruebas de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no se debería aplicar a su situación, debe solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en permitirle a usted utilizar el medicamento sin tomar las medidas adicionales.

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

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



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

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

Límite de cantidad (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 cada 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 o productos biológicos originales cuando hay disponible una versión genérica o producto biosimilar intercambiable**

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

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

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

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

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

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

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



4. Límites de cantidades

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

Descubra si estas reglas aplican a sus medicamentos

Para saber si algunas de las normas anteriores se aplican a un medicamento que utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página o revise nuestra página web que figura al final de la página.

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

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

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

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

D1. Obtener un suministro provisional

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.



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

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, ●
 - nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan, ●
 - ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe estar en alguna de estas situaciones:
 - Usted estuvo en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 180 días del año calendario.**
 - Este suministro provisional se otorgará durante un plazo de hasta 31 días.
 - Si su receta médica está escrita para menos días, permitiremos varios resurtidos hasta proveer un máximo de 31 días del medicamento. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
 - Es nuevo en el plan.
 - Cubrimos un suministro provisional del medicamento durante los primeros 180 días de su membresía en el plan.
 - Este suministro provisional se otorgará durante un plazo de hasta 31 días.
 - Si su receta médica está escrita para menos días, permitiremos varios resurtidos hasta proveer un máximo de 31 días del medicamento. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
 - 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 es por menos días. Esto es además del suministro provisional anterior.
 - Si usted es un residente nuevo de un centro de atención a largo plazo (LTC) y ha estado inscrito en nuestro plan durante más de 180 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o está sujeto a otras restricciones, tales como una terapia escalonada o dosis limitada, cubriremos un suministro provisional de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta médica por un número menor de días) mientras el miembro tramita una excepción de formulario. Existen excepciones disponibles en situaciones



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

en que usted experimenta un cambio en el nivel de atención que recibe, que también requiere que realice una transición desde un centro de tratamiento a otro. En dichas circunstancias, usted sería elegible para una excepción provisional de un surtido por única vez, aunque hayan pasado los primeros 180 días como miembro del plan. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los medicamentos que son “medicamentos de la Parte D” y comprados en una farmacia de la red. La política de transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no esté incluido en la Parte D o que esté fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para el acceso fuera de la red.

D2. Cómo solicitar un suministro provisional

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

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

- Puede cambiar a otro medicamento.

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

○

- 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, este a puede ayudarle a pedirla.

D3. Solicitar una excepción

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

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Luego, usted podrá solicitarnos una excepción para cubrir el medicamento en la manera en que a usted le gustaría que estuviera cubierto para el año siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Responderemos su solicitud de excepción dentro de las siguientes 72 horas después de haber recibido su solicitud (o declaración de apoyo del recetador).

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

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

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

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

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

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

- Surja un nuevo medicamento más económico en el mercado que sea tan efectivo como el medicamento en la Lista de Medicamentos actual, ●
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, ●
- un medicamento sea retirado del mercado.

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

- Consulte la Lista de medicamentos actualizada de Molina Dual Options en nuestro sitio web que figura al final de la página o
- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece al final de la página para consultar la Lista de Medicamentos actual.



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

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

- **Un nuevo medicamento genérico se vuelve disponible.** A veces, se lanzan al mercado medicamentos genéricos nuevos que son tan efectivos como los medicamentos de marca que se encuentran en la Lista de medicamentos actual. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento permanecerá igual.

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

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

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

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

Cuando estos cambios se efectúen, realizaremos lo siguiente:

- le avisaremos por lo menos 30 días antes de sacarlo de la Lista de medicamentos **o**
- Le avisaremos y le proporcionaremos un suministro de medicamentos de 31 días después de que solicite un resurtido.

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

- Si hay algún otro medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar **o**



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

- 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. En este caso, 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.**

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

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

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

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

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

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

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

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

- Si está afiliado a un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere medicamentos específicos (p. ej., medicamento analgésico, antiemético, laxante o contra la ansiedad) que no están cubiertos por el centro de cuidados paliativos porque



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

no está relacionado con su enfermedad terminal y sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de su recetador o su proveedor de cuidados paliativos con respecto a que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.

- Para evitar demoras en recibir medicamentos que no estén relacionados, que deben ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a su recetador que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su receta médica.

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

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

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

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

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

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

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



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

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

Si toma medicamentos para distintas enfermedades o participa en un programa de administración de medicamentos para ayudarle 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). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor asegurarse de que sus medicamentos funcionan para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud pueden realizar una revisión integral de todos sus medicamentos y hablar con usted sobre lo siguiente:

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

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

Es una buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su 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 la Terapia con Medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si contamos con un programa que se adecue a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y le sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o su coordinador de cuidados.

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

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



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

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

- Exigir que obtenga todas las recetas para esos medicamentos **de una determinada farmacia y/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. En la carta se le indicará si vamos a limitar la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específico.

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

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

El DMP puede no aplicar a usted si:

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



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

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Healthy Connections Medicaid

Introducción

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

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

Debido a que usted es elegible para Healthy Connections Medicaid, obtiene “Ayuda Adicional” de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos recetados de Medicare Parte D.

Ayuda Extra (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 la Parte D de Medicare, 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 *al número que figura al final de la página*. También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestra página web, detallada al final de la página. La Lista de Medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.



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

- Capítulo 5 de este *Manual del Miembro*.
 - El Capítulo 5 le 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.
 - Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, sección B2), el costo mostrado se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo mostrado en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Tabla de contenidos

A.	La Explicación de beneficios (EOB).....	140
B.	Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos.....	140
C.	Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo.....	141
	C1. Las categorías de costos compartidos del plan.....	141
	C2. Sus opciones de farmacia.....	142
	C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	142
	C4. Lo que paga usted.....	143
D.	Vacunas.....	143
	D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna.....	144



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

A. La Explicación 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 usted obtiene sus medicamentos recetados por medio del plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. La llamamos EOB para abreviar. En la EOB, se encuentra más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información del mes**. El resumen indica los medicamentos recetados que recibió 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 1º de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Es el precio total del medicamento y la variación porcentual del precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando estén disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su médico 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 propio bolsillo.
- También pagamos algunos medicamentos de venta libre. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.
- 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.



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

2. Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.

Entréguenos las copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted pagó. Puede pedirnos luego que le reembolsemos el dinero del medicamento.

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

- Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forme parte de los beneficios de nuestro plan
- 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 propio bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA, los Servicios de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de los gastos de su propio bolsillo.

4. Revise las EOB que le enviemos.

Cuando usted obtenga la *EOB* por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa. Si considera que faltan datos o que hay información incorrecta, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estas EOB. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

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

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

C1. Las categorías de costos compartidos del plan

Las categorías son grupos de medicamentos en la misma Lista de medicamentos. Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos están en tres (3) categorías. No tiene copagos



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

por los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) de la Lista de Medicamentos de Molina Dual Options Para encontrar la categoría de sus medicamentos, puede consultar la Lista de medicamentos.

- Los medicamentos del 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, por sus siglas en inglés) no cubiertos por Medicare. Por los medicamentos de Categoría 3, usted no paga nada.

C2. Sus opciones de farmacia

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

- una farmacia de la red **o**
- una farmacia fuera de la red.

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

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

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

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. El suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

Para obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.



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

C4. Lo que paga usted

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 100 días	El servicio de pedidos por correo del plan Suministro de un mes o de hasta 100 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.
Nivel 1 (medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (medicamentos de marca)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (Medicamentos de venta libre [OTC]/ medicamentos recetados que no están a cargo de Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

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

D. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que se paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (formulario)*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de Medicare Parte D



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

sin costo para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de su plan, o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D se divide en dos partes:

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

D1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna

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

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



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

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.....	146
B.	Cómo enviar una solicitud de pago.....	148
C.	Decisión de cobertura.....	148
D.	Apelaciones.....	149



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

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 148.

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

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

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

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

Debe pedirle al proveedor que facture al plan.

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



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

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 del Plan Molina Dual Options cuando obtenga cualquier servicio o prescripción. Una facturación inapropiada ocurre cuando un proveedor le factura por servicios una cantidad mayor que el costo compartido del plan. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.**

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

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

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

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

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

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

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

5. Cuando paga el costo total de una receta 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 tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Si usted y su médico u otro recetador creen que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos. En algunas situaciones, necesitaremos más información de su médico o de otro recetador para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento.

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

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

B. Cómo enviar una solicitud de pago

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

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

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

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

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

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

- 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 reembolso por un servicio de atención médica, consulte la página 182.
- Si desea presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, visite la página 199.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

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

Tabla de contenidos

A.	Usted tiene derecho a recibir servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades.....	152
B.	Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos	153
C.	Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI).....	154
	C1. Cómo protegemos su PHI	154
	C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos.....	154
D.	Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos	162
E.	Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente.....	163
F.	Tiene el derecho a abandonar el plan en cualquier momento.....	163
G.	Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	164
	G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica	164
	G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo.....	165
	G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	166
H.	Su derecho a opinar sobre cómo se opera el plan	166
I.	Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	166
	I1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	167
J.	Sus responsabilidades como miembro del plan.....	167



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

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

We must ensure that **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about the plan's options, rules, and benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials for free in Spanish and in formats such as large print, braille, or audio. You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in an alternate format or a language other than English, please contact Member Services at (855) 735-5831, TTY: 711, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time. If you prefer to receive documents like this in the future in a language other than English, please contact the State at (888) 549-0820, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 5 p.m., local time to update your record with the preferred language. A representative can help you make or change a standing request. You can also contact your Care Coordinator for help with standing requests.
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:
 - Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
 - Medicaid at 1-888-549-0820. This number is available Monday through Friday from 8.00 a.m. to 6:00 p.m. TTY users should call 1-888-842-3620
 - Office of Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.
- You can also call Healthy Connections Medicaid directly for help with problems. Here is how to get help from Healthy Connections Medicaid:
 - Call the Healthy Connections Prime Advocate at 1-844-477-4632. They can help you understand the complaint process and tell you who can help. TTY users should call 711.



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

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

Nosotros debemos informarle acerca de las opciones, normas y 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 entenderla, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan de salud cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para contestar preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también le puede ofrecer gratuitamente materiales en español y en formatos como letra grande, Braille o audio. 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 (855) 735-5831, TTY al 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. Esto se conoce como solicitud permanente. Mantendremos un seguimiento de su solicitud permanente para que no tenga que hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un formato alternativo o en un idioma que no sea inglés, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Si prefiere recibir documentos como este en el futuro en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Estado al (888) 549-0820, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local para actualizar su expediente con el idioma que usted prefiere. Un representante puede ayudarle a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su coordinador de cuidados para obtener ayuda con respecto a la solicitud permanente.
- Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan de salud debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usted puede llamar las 24 horas al día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para recibir ayuda con problemas, también puede comunicarse directamente con Healthy Connections Medicaid. Instrucciones para obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:
 - Comuníquese con el Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. También le pueden ayudar a entender el proceso para presentar una queja e informarle quién le puede ayudar. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



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

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

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Puede encontrar más información acerca de cómo elegir a un PCP en el Capítulo 3.
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y cuáles médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a una red de proveedores de cuidados primarios y especialistas capaces de cumplir con sus necesidades de acceso físico, comunicación y programación de citas.
- Tiene derecho a acudir a un ginecólogo u otro especialista en salud de la mujer sin una remisión. Una remisión es la aprobación de su PCP para consultar a alguien que no es su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si usted no puede obtener los servicios dentro de un período razonable, debemos pagarle el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a obtener servicios o cuidados 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 consultar a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.

El Capítulo 9 le indica lo que usted puede hacer si cree que no obtiene sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo 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.



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

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.

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

C1. Cómo protegemos su PHI

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

Con excepción a los siguientes casos, no damos su información Médica Protegida (PHI) a ninguna persona que no le proporcione atención médica o pague por ella. Si lo hacemos, estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito. El permiso escrito lo puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones por usted.

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

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

C2. Usted tiene derecho a ver sus registros médicos

Usted tiene derecho a examinar su historia clínica y a obtener una copia de esta. Tenemos permitido cobrarle un cargo para hacer una copia de su historia clínica.

Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. 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 PHI ha sido compartida con otras personas y de qué manera.



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

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su 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 mantenerle informado sobre cómo se usa y se comparte su información.

PHI significa *información médica protegida*. La PHI incluye su nombre, número de miembro, raza, etnia, necesidades de lenguaje u otras cosas que le identifican. Molina quiere que sepa cómo usamos o compartimos su PHI.

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

- Para proveerle tratamiento
- Para pagar la atención médica que recibe
- Para revisar la calidad de la atención médica que recibe
- Para informarle sobre sus opciones de atención médica
- Para administrar nuestro plan de salud
- Para utilizar o compartir la 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 PHI?

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Revisar su PHI
- Obtener una copia de su PHI
- Enmendar su PHI
- Poder pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras
- Obtener una lista de personas o lugares con quienes hemos compartido su PHI



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

¿Cómo protege Molina su PHI?

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

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

¿Qué debe hacer Molina según los requerimientos legales?

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

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

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

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

Lo que precede es sólo un resumen. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad tiene más información sobre cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra en la siguiente sección de este Manual del Miembro. Está en nuestro sitio web www.molinahealthcare.com. También puede obtener una copia de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad si llama a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE MOLINA HEALTHCARE OF SOUTH CAROLINA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.



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

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

PHI 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 PHI?

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

Para tratamientos

Molina puede usar o compartir su 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 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 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 ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver inquietudes de los miembros. Su 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 revisiones médicas;
- servicios legales, incluido el fraude o la detección de abuso y programas de enjuiciamiento;



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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 PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

¿Cuándo puede Molina usar o compartir su 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 PHI para diversos fines que incluyen lo siguiente:

Requisitos legales

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud pública

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

Supervisión de la atención médica

Su PHI puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

Investigación

Su PHI puede usarse o compartirse para investigación en ciertos casos, como cuando se aprueba por una comisión revisora institucional o de privacidad.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI puede usarse o compartirse para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su 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 PHI para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.



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

Funciones gubernamentales

Se puede compartir su PHI con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del presidente.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica

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

Indemnización al trabajador

Su PHI se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de Indemnización de trabajadores.

Divulgación con otros fines

Su 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 PHI? Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en esta notificación. Molina necesita su autorización antes de que divulguemos su 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 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?

Tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI (compartir su PHI)**
Puede pedirnos que no compartamos su PHI para efectuar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su 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 comunicaciones confidenciales de PHI**
Puede pedirle a Molina que brinde su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener su PHI en privado. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.
- **Revisar y copiar su PHI**
Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esto puede incluir registros usados para coberturas, reclamos y otras decisiones como miembro de Molina. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y



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

enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si desea ver, obtener una copia o cambiar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su 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 rechazamos su solicitud.

- **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (difusión de su PHI)**

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

para tratamientos, pagos o funciones de atención médica;

- a personas sobre su propia 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;
- 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 (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 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.



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

Usted puede presentar una queja ante nosotros en:

Molina Healthcare of South Carolina
Attention: Director of Member Services
P.O. Box 40309
North Charleston, South Carolina 29423-0309
Teléfono: (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711

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

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights – Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TTY 711);
(202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina debe hacer lo siguiente:

- Mantener su PHI en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso sobre nuestras obligaciones y normas de privacidad en relación con su PHI;
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su información médica protegida (PHI) no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones;
- Cumplir con los términos de 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, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que almacenamos. Si hacemos algún cambio en el material, Molina publicará el Aviso revisado en nuestra página web y enviará el Aviso revisado o información sobre el cambio del material y cómo obtener el Aviso revisado, en nuestro próximo correo anual a nuestros miembros cubiertos por Molina. También, se encuentra en nuestra página web, www.molinahealthcare.com/duals.



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

Información de contacto

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

Molina Healthcare of South Carolina
Attention: Director of Member Services
P.O. Box 40309

North Charleston, South Carolina 29423-0309

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

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

Como miembro de Molina Dual Options, tiene derecho a obtener información de nuestra parte. Si usted no habla español, tenemos servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de nuestro plan de salud. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Este es un servicio gratuito. We also have written materials available in Spanish. También podemos proporcionarle información en formato de audio, escrita en sistema Braille o en letra de molde grande. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local para solicitar materiales en un idioma que no sea español o en un formato alternativo.

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

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, incluido:
 - información financiera
 - cómo ha sido calificado el plan por los miembros del plan
 - el número de apelaciones hechas por los miembros
 - cómo salir del plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
 - Cómo elegir proveedores de cuidados primarios o cambiarlos
 - Calificaciones de nuestras farmacias y proveedores de la red.
 - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
 - Para obtener una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada acerca de nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestra página web, detallada al final de la página.



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

- Servicios cubiertos (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) y las normas que 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
- Por qué algo no se encuentra cubierto y qué puede hacer usted al respecto (consulte el Capítulo 9), lo que incluye pedirnos lo siguiente:
 - Poner por escrito el motivo por el cual algo no está cubierto.
 - Cambiar una decisión que hemos tomado.
 - Pagar una factura que usted recibió.

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

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

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

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

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

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

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

- Tiene el derecho de obtener la mayor parte de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare o un plan Medicare Advantage.
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.



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

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

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

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

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

- **Conozca su estado de salud.** Tiene derecho a tener información completa y exacta sobre su estado de salud.
- **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. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- **Obtenga una segunda opinión.** Tiene el derecho a consultar a otro médico antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.
- **Diga “no”.** Tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza el tratamiento o deje de tomar un medicamento, usted no será retirado del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume toda la responsabilidad de lo que le suceda a usted.
- **Pídanos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor le denegó la atención médica.** Usted tiene el derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor se ha denegado a brindarle atención médica que usted considera que debería recibir.
- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que fue denegado o que, por lo general, no está cubierto.** Esto se conoce como tomar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura del plan.



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

- **Ser recomendado que involucre a sus cuidadores y familiares en los análisis y decisiones de tratamiento.**
- **Se le informará por escrito, con anticipación, si se lo transfiere a otro lugar de tratamiento y el motivo de dicha transferencia.**

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

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

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options sin costo al (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al TTY: 711. Algunas veces las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le ocurra, usted puede:

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

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

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

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, su coordinador de cuidados, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare o Healthy Connections Medicaid, como I-CARE (State Health Insurance Program de South Carolina, o SHIP), también pueden tener formularios de directivas anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para pedir los formularios.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.



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

- **Entregue copias a las personas que necesitan saber sobre el tema.** Usted debe dar una copia del formulario a su médico. También debe dar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Si lo desea, tal vez quiera entregar copias a amigos cercanos o a miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.
- Si usted va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **conservar una copia de dicho documento para el hospital.**

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

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

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

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

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

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

Si tiene una devolución acerca de cómo funciona el plan hoy, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página y háganoslo saber.

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

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

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.



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

I1. Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

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

- Departamento de Servicios para Miembros.
- I-CARE, el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2
- El Mediador de Healthy Connections Prime. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. (También puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar sus “Derechos y protecciones de Medicare” en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
- Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

J. Sus responsabilidades como miembro del plan

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

- **Lea el *manual del miembro*** para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles acerca de sus:
 - Servicios cubiertos, vea los Capítulos 3 y 4. Esos capítulos le indican a usted lo que tiene cobertura, lo que no tiene cobertura, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Participe en un examen de detección de salud inicial** cuando se inscriba en el plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 o llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- **Participe en una evaluación integral** dentro de los primeros 60 o 90 días de la inscripción. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1 o llame al Departamento de Servicios para Miembros.



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

- **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.
- **Dígale 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 lo más que pueda sobre sus problemas de salud y participe en el desarrollo de planes de tratamiento con su proveedor. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores tengan información acerca de todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si usted formula una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para casi todos los miembros de Molina Dual Options, Healthy Connections Medicaid paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
- **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura por un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan.** Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener el plan Molina Dual Options. En el Capítulo 1, se define nuestra área de servicio.



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

- o Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el período de inscripción especial, 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 zona.
- o Asimismo, asegúrese de informar a Medicare y Healthy Connections Medicaid sobre su nueva dirección cuando usted se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono para Medicare y Healthy Connections Medicaid.
- o **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Es importante mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo le podemos contactar.
- **Pague sumas de recuperación del patrimonio después de su fallecimiento**
 - o La recuperación del patrimonio es la suma que algunos miembros adeudan a Healthy Connections Medicaid después de su fallecimiento.
 - o No adeudará dinero a nuestro plan, pero podría deber dinero a Healthy Connections Medicaid por los servicios que recibió antes de inscribirse en nuestro plan.
 - o No se permite al plan cobrar recuperaciones de patrimonio después de su fallecimiento, pero notificaremos a Healthy Connections Medicaid que ha fallecido.
 - o Si adeuda dinero a Healthy Connections Medicaid cuando fallece, el estado puede cobrar recuperaciones de patrimonio de dinero o propiedades que deje.
 - o Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.



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

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

Introducción

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

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

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

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

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

El Mediador de Healthy Connections Prime es el mediador para South Carolina. Para obtener recursos adicionales para abordar su preocupación y las formas de contactarlos, vea el Capítulo 2 para más información sobre programas de mediación.



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

Tabla de contenidos

A.	Qué hacer si tiene algún problema.....	173
A1.	Información acerca de los términos legales.....	173
B.	A dónde llamar para pedir ayuda.....	173
B1.	Dónde obtener más información y ayuda.....	173
C.	Problemas relacionados con sus beneficios.....	175
C1.	Cómo usar el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones o presentación de quejas.....	175
D.	Decisiones de cobertura y apelaciones.....	175
D1.	Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura.....	175
D2.	Cómo obtener ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura.....	176
D3.	Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará.....	177
E.	Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D).....	179
E1.	Cuándo usar esta sección.....	179
E2.	Solicitar una decisión de cobertura.....	180
E3.	Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D).....	182
E4.	Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (medicamentos que no son de la Parte D).....	187
E5.	Problemas de pago.....	191
F.	Medicamentos de la Parte D.....	193
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.....	193
F2.	Qué es una excepción.....	194
F3.	Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones.....	195
F4.	Cómo solicitar una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción.....	196



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D	199
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D.....	201
G. Cómo solicitarnos que cubramos una internación por más tiempo en el hospital.....	203
G1. Obtenga información acerca de sus derechos de Medicare.....	203
G2. Apelación del Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	204
G3. Apelación del Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	206
G4. Qué sucede si no cumple con la fecha límite de la apelación.....	207
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.....	209
H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura.....	210
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención médica	210
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención médica.....	212
H4. Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1.....	213
I. Llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	215
I1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare	215
I2. Próximos pasos a seguir para artículos y servicios de Healthy Connections Medicaid.....	215
J. Cómo presentar una queja	216
J1. Qué tipo de problemas deben abarcar las quejas	216
J2. Quejas internas.....	218
J3. Quejas externas	219



A. Qué hacer si tiene algún problema

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

A1. 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 del Mediador de Healthy Connections Prime

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Programa del Mediador de Healthy Connections Prime. El Mediador de Healthy Connections Prime es un programa de mediación que puede responder sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. El Mediador de Healthy Connections Prime no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Pueden ayudarle a comprender qué proceso utilizar. El número de teléfono del Mediador de Healthy Connections Prime es



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

1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita, al igual que los servicios. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas de mediación.

Puede obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés)

También puede ponerse en contacto con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). Los asesores de SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a comprender lo que debe hacer para manejar el problema. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El SHIP ha capacitado a los asesores en cada estado y los servicios son gratuitos. En South Carolina, el SHIP se conoce como I-CARE, que significa Asistencia y remisiones de asesoramiento de seguro para adultos mayores. El número de teléfono de I-CARE es el 1-800-868-9095 y su sitio web es aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud. TTY users should call. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estas llamadas son gratuitas, al igual que los servicios.

Cómo obtener ayuda de Medicare

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

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Cómo obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid

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

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

Obtener ayuda de otros recursos

Puede obtener ayuda de otros recursos como:

- Protección y defensa para personas con discapacidades (P&A) al número de teléfono gratuito 1-866-275-7273. TTY: 1-866-232-4525.



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

- Servicios legales de South Carolina al número de teléfono gratuito 1-888-346-5592.
- Oficina del Vicegobernador para la tercera edad al número de teléfono gratuito 1-800-868-9095

C. Problemas relacionados con sus beneficios

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

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

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?	
(Esto incluye problemas para saber si determinados atención médica [artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B] tienen cobertura o no, la forma de su cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica).	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema es sobre os beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 175.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Avance a la Sección J: “Cómo presentar una queja” en la página 216.</p>

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Resumen de las apelaciones y decisiones de cobertura

El proceso de solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluso problemas relacionados con pagos).



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

¿Qué es una decisión de cobertura?

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

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

¿Qué es una apelación?

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

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 (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
- Llame a la **Protección de Healthy Connections Prime** para obtener ayuda gratuita. La Protección de Healthy Connections Prime ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime a resolver problemas relacionados con el servicio o la facturación. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)**, conocido como I-CARE en South Carolina, para obtener ayuda gratuita. SHIP es una organización independiente. No está asociado con nuestro plan. El número de teléfono es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Hable **con su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor puede 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 tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el “Formulario para nombramiento del representante”. También puede obtener el formulario en la página web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Duals. El formulario le otorga a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene el derecho a contratar a un abogado** para que actúe en su nombre. Usted puede contratar a su propio abogado o solicitar un abogado en la asociación local de abogados u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Si usted desea que un abogado le 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 le 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 aplica a su problema:**

- **La Sección E en la página 179** le proporciona información si tiene problemas acerca de los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** 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, artículos o medicamentos que su médico desea proporcionarle, y usted cree que debería existir una cobertura para esta atención médica.
 - **NOTA:** Solo utilice la Sección E si estos son medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como Lista de Medicamentos, con un (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 193 para ver apelaciones por medicamentos 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 artículos 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.



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

- **NOTA:** si la cobertura que se va a interrumpir es por cuidado hospitalario, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF), usted deberá leer otra parte de este capítulo, ya que rigen normas especiales para estas modalidades de cuidado. Consulte las Secciones G y H en las páginas 203 y 209.
- o En ocasiones puede desestimarse una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Estos son algunos ejemplos de cuándo podríamos rechazar su solicitud: si su solicitud está incompleta; si alguien realiza la solicitud por usted, pero no proporcionó pruebas de que usted lo autorizó, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará el motivo y la forma en que se puede solicitar una revisión de la destitución. Esta revisión es un proceso formal llamado apelación.
- **En la Sección F de la página 193,** se ofrece información sobre los medicamentos Parte D. Por ejemplo, utilice esta sección si:
 - o Desea solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento Parte D que no esté incluido en nuestra Lista de medicamentos.
 - o Usted desea pedirnos que exoneremos límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
 - o Usted desea solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación o autorización previa (PA).
 - o Nosotros no aprobamos su solicitud o excepción y usted o su médico, u otro recetador, consideran que deberíamos haberlo hecho.
 - o 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 203** se brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una internación más prolongada en un hospital si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto. Utilice esta sección si:
 - o Se encuentra en el hospital y considera que el médico le pidió que abandone el hospital demasiado pronto.
- **En la Sección H de la página 209,** se brinda información si usted cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finalizan demasiado pronto.

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

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



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

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

E1. Cuándo usar esta sección

En esta sección, se detalla qué debe hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus servicios y asistencia médicos, de salud conductual y atención médica a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluyendo los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos con un (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección F para apelaciones por medicamentos de la Parte D.

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

1. Considera que cubrimos servicios médicos, servicios de salud conductual o servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) que necesita, pero no los está recibiendo. **Lo que puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 180 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.
2. No aprobamos el cuidado que su médico desea darle, y usted cree que deberíamos haberlo aprobado. **Lo que puede hacer:** Usted puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la Sección E3 en la página 182 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
3. Usted recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero no los pagaremos. **Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 en la página 182 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
4. Recibió y pagó por servicios o artículos que creía que estaban cubiertos y desea que el plan le dé un reembolso. **Lo que puede hacer:** Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. Consulte la Sección E5 en la página 191 para obtener información sobre cómo pedirle al plan que pague.
5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un cierto servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión. **Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Consulte la Sección E3 en la página 182 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: se aplican normas especiales si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF). Consulte las Secciones G o H en las páginas 203 y 209 para obtener más información.



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

E2. Solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, servicios de salud conductual o servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

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

- También puede llamarnos al: (855) 735-5831, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. TTY: 711.
- Usted puede enviarnos un fax al: (866) 423-3889
- Puede escribirnos a: Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan
Attn: Health Care Services Department
P.O. Box 40309
North Charleston, SC 29423-0309

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

Por lo general, el plazo es de hasta 14 días calendario posteriores a su solicitud, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de Medicare Parte B. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una decisión en no más de 72 horas después de recibir su solicitud. Si no le proporcionamos nuestra decisión dentro de los siguientes 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B), usted puede apelar.

Algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días calendario más. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, solicite que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas (o dentro de las 24 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B).

Sin embargo, algunas veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días calendario adicionales. En la carta le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.



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

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

Cómo solicitar una Decisión de cobertura rápida:

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos el cuidado que usted desea.
- Puede comunicarse con nosotros llamando al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, o envíenos un fax al (866) 432-3889. 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. Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está solicitando cobertura por artículos médicos o servicios que usted aún no ha recibido.** (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de artículos médicos o servicios que ya ha recibido).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si la fecha límite estándar de 14 días calendario (o la fecha límite de 72 horas para medicamentos recetados de Medicare Parte B) puede causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar normalmente.**
 - Si su 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 la fecha límite estándar de 14 días calendario (o la fecha límite 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 216.

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

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



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

- Si nuestra respuesta es **No**, tiene el derecho a solicitar que cambiemos esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa 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 sección a continuación para obtener más información).

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

¿Qué es una apelación?

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

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

¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

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

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

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 calendario** 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 apelación está en proceso.
- Siga leyendo esta sección para saber más sobre qué fecha límite aplica a su apelación.



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

¿Cómo puedo hacer una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar una apelación, usted, su médico, otro proveedor, o su representante, deben comunicarse con nosotros. Puede comunicarse con nosotros llamando al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Si desea obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Usted puede solicitarnos una apelación “estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede presentar una solicitud a la siguiente dirección:
Molina Dual Options
Attn: Grievance and Appeals Dept.
PO Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977.
Medicare.AppealsandGrievances@MolinaHealthCare.com
 - Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

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

¿Puede alguien más hacer la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden realizar 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 alguien está actúa por usted, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, tiene derecho a que otra persona revise nuestra destitución. Le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de destituir su apelación.

Si desea obtener un Formulario para Nombrar un Representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite uno, o bien visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite 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 calendario** desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.

Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena razón son: 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 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 apelación 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 número que figura al final de la página.

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

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

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

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

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

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

Debemos responderle dentro de 30 días calendario tras haber recibido su apelación (o dentro de 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento recetado de 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 calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos más tiempo para tomar una decisión, le enviaremos



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

una carta que explica 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 216.
- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de los 30 días calendario (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B) o al final de los días adicionales (si los tomamos), nosotros enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un servicio o elementos de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 187.

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 calendario posteriores a la recepción de su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento recetado de Medicare Parte B).

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Medicare, en la carta, se le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de nivel 2. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, en la carta, se le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 187.

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

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

- Sin embargo, si solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información, podemos extender el plazo hasta por 14 días calendario 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 tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- 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 216.
- Si no le damos una respuesta sobre su apelación en un plazo de 72 horas o al final de los días adicionales (si nos tomó ese tiempo), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema se refiere a un servicio o artículo cubierto por Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 187.

Si nuestra respuesta es Sí para una parte o la totalidad de lo que solicitó, deberemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.

Si nuestra respuesta es No para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a un artículo o servicio cubierto por Medicare, en la carta, se le indicará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de nivel 2. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, en la carta, se le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de nivel 2. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 187.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones del Nivel 1?

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

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

Si cumple con esta fecha, puede continuar con el servicio en disputa mientras se sucede el proceso de apelación. Si sus beneficios continúan y el resultado final de la apelación confirma nuestra acción, podemos recuperar el costo de los servicios que se le brindaron mientras la apelación estaba pendiente.



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

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

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

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dirá si el servicio o artículo normalmente está cubierto primeramente por Medicare o Healthy Connections Medicaid.

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

¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación, que la realiza una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con el plan. Es la Entidad de revisión independiente (IRE, por sus siglas en inglés) o la División de apelaciones y audiencias. La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo.

Mi problema es acerca de un artículo o servicio de Healthy Connections Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de Nivel 2?

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

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

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



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

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

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

Si se otorga una audiencia, la División de Apelaciones y Audiencias le enviará por correo un aviso con la fecha, hora y lugar de la audiencia. Durante la audiencia, un oficial de audiencia imparcial escuchará su explicación de por qué no está de acuerdo con nuestra acción. El oficial de la audiencia también escuchará su explicación de la medida tomada. El oficial de la audiencia formulará preguntas para obtener información suficiente para decidir si su caso se trató correctamente.

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

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

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

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

La IRE debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días calendario de haber recibido su apelación para un medicamento recetado de Medicare Parte B). Esta regla aplica si usted envió su apelación antes de obtener artículos o servicios médicos.



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

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días calendario 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 calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Qué sucede si mi servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid?

Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Healthy Connections Medicaid, le enviaremos automáticamente su apelación de Nivel 2 con la Entidad de revisión independiente para una revisión con respecto a la cobertura de Medicare. También puede presentar una apelación de Nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias para solicitar una revisión de la cobertura de Healthy Connections Medicaid. Siga las instrucciones que se indican en la página 187.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones del Nivel 2?

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

- Si el problema es acerca de un servicio cubierto por Medicare, sus beneficios por ese servicio **no** continuarán durante la apelación de nivel 2 con la Entidad de revisión independiente.
- Si su problema es acerca de un servicio cubierto por Healthy Connections Medicaid (incluido un servicio cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid), puede solicitar que sus beneficios por dicho servicio continúen durante la apelación de Nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias. Para mantener sus beneficios, debe realizar la solicitud en la siguiente fecha, o en una fecha anterior:
 - En el plazo de 10 días calendario de la decisión de la apelación de nivel 1 del plan; ◦
 - de la fecha de vigencia prevista de la acción.



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

- Si cumple con esta fecha, puede continuar con el servicio en disputa mientras se sucede el proceso de apelación. Si sus beneficios continúan y el resultado final de la apelación confirma nuestra acción, podemos recuperar el costo de los servicios que se le brindaron mientras la apelación estaba pendiente.

¿Cómo me enteraré acerca de la decisión?

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

- Si la División de Apelaciones y Audiencias **acepta** parte o todo de lo que solicitó, debemos autorizar la cobertura en un plazo de 72 horas.
- Si la División de Apelaciones y Audiencias **rechaza** 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”.

Si su Apelación de Nivel 2 fue enviada a la Entidad de revisión independiente (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 calendario 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, deberemos 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 la División de Apelaciones y Audiencias y tienen decisiones diferentes?

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



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

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

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

Si su Apelación de nivel 2 fue enviada a la Entidad de revisión independiente (IRE), puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con una suma mínima determinada. La carta que usted reciba de la IRE le explicará los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.

Consulte la Sección I de la página 215 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 artículos cubiertos. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca deberá pagar el saldo de una factura:

Si recibe una factura por artículos y servicios cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura por su cuenta.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7. “Cómo solicitar que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que puede tener que solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

¿Puedo solicitar que me otorguen un reembolso por un servicio o artículo que haya pagado?

Recuerde, si le llega una factura por artículos y servicios cubiertos, no debe pagarla. Pero si usted la paga, podrá obtener un reembolso si cumplió las normas para obtener artículos y servicios.

Si solicita que le reembolsemos, está solicitando una decisión de cobertura. Averiguaremos si el servicio o artículo que pagó es un servicio o artículo cubierto, y comprobaremos si siguió todas las normas para utilizar su cobertura.



- Si los artículos y servicios que pagó están cubiertos y cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago por el artículo o servicio en un plazo de 60 días calendario 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 182. 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 calendario 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 calendario. 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 calendario.
- Si la IRE dice **No** a su apelación, esto significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En la carta que reciba, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede tener. Usted puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con una cantidad mínima. Consulte la Sección I de la página 215 para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y, por lo general, el servicio o artículo está cubierto por Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2 (consulte la Sección E4 en la página 187).



F. Medicamentos de la Parte D

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

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son “Medicamentos de la Parte D”. Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Healthy Connections Medicaid podría cubrir. **Esta sección aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos con un (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo (*) siguen el proceso en la **Sección E** de la página 179.

¿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 de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Nos solicita cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan.
 - Nos solicita que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- 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).

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 presentar una apelación.



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

Use el cuadro que figura a continuación para decidir qué parte contiene información sobre su caso:

¿En qué situación se encuentra?			
<p>¿Necesita usted un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección F2 en la página 194. Consulte también las Secciones F3 y F4 en la página 195 y 196..</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como, por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.</p> <p>Avance a la Sección F4 en la página 196.</p>	<p>¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado?</p> <p>Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Avance a la Sección F4 en la página 196.</p>	<p>¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Avance a la Sección F5 en la página 199.</p>

F2. Qué es una excepción

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



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

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

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

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de medicamentos cubiertos.
 - No puede solicitar una excepción por el monto del copago ni del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.
2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - Estar obligado a probar otro medicamento primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, establecemos un límite a la cantidad de medicamento que usted puede adquirir.

El término legal para solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción de formulario”**.

F3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico u otro recetador debe indicarnos las razones médicas

Su médico u otro 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.



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

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 calendario. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si respondemos **No** a su solicitud de una excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección F5 de la página 199 se indica cómo presentar una apelación si respondemos **No** a su solicitud.

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

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

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que usted desea. Llame, escriba o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro recetador) puede hacer esto. Puede comunicarse con nosotros llamando al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Incluya su nombre, la información de contacto y la información acerca del reclamo.
- Usted o su médico (u otro recetador) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.

Guía rápida: Cómo solicitar una decisión de cobertura acerca de un medicamento o pago

Llame, escriba, envíenos un fax o pregunte a su representante o médico u otro recetador. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar dentro de las siguientes 72 horas. Le daremos una respuesta acerca de reembolsarle por un medicamento de la Parte D que ya pagó dentro de los siguientes 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de apoyo del médico u otro recetador.
- Usted o su médico, u otro recetador pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas por lo general se producen dentro de las siguientes 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

- Lea la Sección D en la página 175 a fin de averiguar cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- Usted no necesita dar permiso por escrito a su médico u otro recetador para solicitarnos una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento, lea el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7, se describen los momentos en que es posible que deba solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
- Si usted solicita una excepción, presente la “declaración de apoyo”. Su médico u otro recetador deben explicarnos las razones médicas que justifiquen la excepción para el medicamento. A esto lo llamamos la “declaración de apoyo”.
- Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien pueden darnos la indicación por teléfono y luego enviar una declaración por fax o por correo.

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”.

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

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

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

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro recetador), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.



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

- 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 216.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Si estamos usando los plazos rápidos, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las siguientes 24 horas. Esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. O, si usted solicita una excepción, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico o recetador en la que se avale su solicitud. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente 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 que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si estamos usando los plazos estándar, debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud. O, si usted solicita una excepción, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico o recetador. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente 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 que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



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

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 calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente 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 calendario.
- **Si la respuesta es No** a una parte o todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué nuestra respuesta es **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre el reclamo.
- Si usted solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 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 calendario** desde la fecha que aparece en el aviso que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación.

Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: usted tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

Guía rápida: cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o recetador o su representante pueden poner su solicitud por escrito y por correo o enviarla por fax a nosotros. Usted también puede solicitar una apelación si nos llama.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días calendario** de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar la fecha límite por una buena razón, usted todavía puede apelar.
- Usted, su médico o recetador o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.



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

- Usted tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

El término legal para una apelación al plan por una decisión sobre una cobertura de medicamentos de la Parte D es **“redeterminación” del plan.**

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

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

- Si usted está apelando una decisión tomada por nuestro plan por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberá decidir si usted requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se emplean para obtener una “decisión de cobertura rápida”, los que se detallan en la Sección F4 de la página 196.

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

Nuestro plan revisará su apelación y le dará nuestra decisión

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

Plazos para una “apelación rápida”

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



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

Plazos para una “apelación estándar”

- Si está usando los límites de tiempo estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario 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 calendario 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 calendario, o 14 días calendario 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 calendario después de recibir su apelación o 14 días calendario 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 calendario 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 (IRE) evaluará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, deberá presentar la solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos acerca de nuestra decisión en

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



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

la Apelación de nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.

- Cuando haga una apelación a la IRE, le enviaremos el archivo de su caso. Tiene el derecho a solicitarnos una copia de su caso llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará a usted una carta explicando su decisión.

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

Plazos para “apelaciones rápidas” en el Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Entidad de revisión independiente (IRE) una “apelación rápida”.
- Si la IRE decide otorgarle una “apelación rápida”, deberá proporcionarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores de recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, autorizaremos o le proporcionaremos la cobertura de medicamentos dentro de las 24 horas posteriores de haber recibido la decisión.

Plazos para “apelaciones estándares” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 7 días calendario posteriores a recibir su apelación, o 14 días calendario 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 solicitó, 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 calendario posteriores a la recepción de la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente dice que No a su Apelación de Nivel 2?

No significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.



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

Si usted decide ir al Nivel 3 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 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 prepararle para el día en que reciba el alta. También le ayudarán a coordinar el cuidado que usted pueda requerir después del alta médica.

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

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

G1. Obtenga información acerca de sus derechos de Medicare

Dentro de los siguientes dos días después de que usted sea admitido en el hospital, un trabajador social o una enfermera le darán un aviso denominado “Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos”. Si usted no recibe este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán 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.



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

- Saber a dónde notificar cualquier duda que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar, si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.

Usted debe firmar el aviso de Medicare como acuse de su recibo y demostrar que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que le haya indicado su médico o personal del hospital.

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

- Para examinar una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede consultarlo en línea ingresando 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 del Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si usted desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización de Mejoramiento de Calidad hará la revisión de la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha planificada de alta es médicamente apropiada para usted.

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

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

Llame a la organización de mejoramiento de calidad en su estado al 1-888-317-0751 y pida una “revisión rápida”.

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

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

- **Si llama antes de salir del hospital**, podrá permanecer allí después de su fecha programada de alta médica sin pagar por la misma mientras espera la decisión sobre su apelación por parte 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 el plazo** para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección G4 en la página 207.

Queremos asegurarnos de que usted comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. O también puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP), conocido como I-CARE en South Carolina, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede llamar al Programa del Mediador de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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 de “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad pueden preguntarle a usted o a su representante, por qué considera usted que la cobertura debe continuar después de la fecha programada de alta médica. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores examinarán su historia clínica, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su internación en el hospital.



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

- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá una carta que le proporciona su fecha programada de alta médica. La carta explica las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted sea dado de alta en esa fecha.

El término legal de esta explicación por escrito es **“Aviso Detallado de Alta”**. Puede obtener una muestra llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios por el tiempo que estos sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si la respuesta es No?

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, su fecha de alta programada será la adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el mediodía del día siguiente a recibir la respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad responde que **No** y usted decide quedarse en el hospital, deberá pagar por la continuación de su estadía en el hospital. El costo por la atención hospitalaria que tendrá que pagar comenzará al mediodía del día posterior a que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le responda.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de su fecha de alta programada, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

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

Si la Organización de Mejoramiento de 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.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al 1-888-317-0751 y pida otra revisión.



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

Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad **rechazó** su Apelación de nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

En South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Dentro de los siguientes 14 días calendario de recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de mejoramiento de la calidad tomarán una decisión.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de la apelación. Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la rechazan?

Significa que la Organización de Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

G4. Qué sucede si no cumple con la 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 no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de

Guía rápida: Cómo presentar una apelación Alternativa de nivel 1

Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página Solicite una "revisión rápida" de la fecha de alta del hospital. La llamada es gratuita.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.



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

Calidad (que es dentro de los 60 días o antes de la fecha de alta planificada, lo que ocurra primero), puede presentar una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

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

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 este plazo u otros plazos. En la Sección J en la página 216, se explica cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la Entidad de revisión independiente evalúa la 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.



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

que tomamos cuando **rechazamos** su “apelación rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

- La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.
- Si la respuesta de la IRE es **Sí** en relación con su apelación, tendremos que reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención médica que usted haya recibido en el hospital desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era 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. Consulte la Sección I en la página 215 para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3.

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 sección describe solamente los siguientes tipos de atención:

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



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

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

H1. Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama “Notificación de no cobertura de Medicare.” En el aviso por escrito, se informa 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 los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar. También se establecen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección J de la página 216, 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 número que figura al final de la página. O llame a su Programa estatal de asistencia de seguro médico, conocido como I-CARE en South Carolina, al 1-800-868-9095.

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

Llame a la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado al **1-888-317-0751** y pida una “apelación rápida”.

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

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización de Mejoramiento de Calidad revisará su apelación y decidirá si se debe cambiar la decisión que tomamos. En South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776). También encontrará información sobre la Organización de Mejoramiento de Calidad en la “Notificación de No Cobertura de Medicare”. Este es el aviso que recibió cuando le informaron que dejaríamos de cubrir su atención.



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

¿Qué es una Organización de Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

¿Qué debe solicitar usted?

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

¿Cuál es su plazo para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día después de que usted haya recibido un aviso escrito informándole cuándo finalizaremos la cobertura de su atención médica.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente ante nosotros. A fin de obtener más detalles acerca de esta otra forma para presentar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 213.

El término legal para el aviso escrito es “Notificación de no cobertura de Medicare”.

Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. O puede consultar una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización de Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante, por qué consideran que debería continuar la cobertura por los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Cuando solicita una apelación, el plan le debe enviar una carta a usted y a la Organización de Mejoramiento de la Calidad, donde explique por qué deben terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán su historia clínica, consultarán con su médico y evaluarán la información que nuestro plan les ha entregado.
- **En el plazo de un día entero, después de haber recibido toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.



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

El término legal de la carta en la que se explican los motivos de finalización de sus servicios es la **“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 respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad a su apelación es **No** y usted decide continuar recibiendo atención tras la finalización de la cobertura de dicha atención, podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada, o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) prestados después de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

En South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776). Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** 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 1-888-317-0751 y pida otra revisión.

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



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

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

¿Qué sucede si la organización revisora dice que Sí?

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

¿Qué sucede si la organización revisora dice que No?

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

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

Si deja pasar los plazos de apelación, existe otra forma de presentar las Apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2 que se denomina Apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de Nivel 1 para continuar recibiendo su cuidado por más tiempo

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su atención médica domiciliaria, su atención en un centro de enfermería especializada o la atención que recibe en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF). Verificaremos si la decisión de cuándo deben terminar sus servicios fue justa y cumplió con todas las reglas

Guía rápida: Cómo presentar una apelación Alternativa de nivel 1

Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página Solicite una “revisión rápida”. La llamada es gratuita.

Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas.



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

- Aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para comunicarle la respuesta a esta revisión. Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una “revisión rápida”.
- **Si decimos Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en continuar cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura terminaría.
- **Si decimos No** a su revisión rápida, significa que entendemos que detener sus servicios era médicamente adecuado. Nuestra cobertura finaliza a partir del día que indicamos que la cobertura terminaría.
 - Si continúa recibiendo los servicios después del día que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

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

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

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

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a comunicarle nuestra decisión de Nivel 1. Usted podrá presentar una queja si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos. En la Sección J en la página 216, se explica cómo presentar una queja.

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.

Durante la apelación de nivel 2, la Entidad de revisión independiente evalúa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “apelación rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

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

- **Si la IRE dice 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 adecuado.

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

I. Llevar su apelación más allá del Nivel 2

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

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para artículos o servicios de Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas, usted tendrá el derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente le dirá qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Juez de Derecho Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado mediador. Si usted desea que un ALJ o un abogado mediador revisen su caso, el artículo o servicio médico que usted está solicitando tiene que cumplir con una cantidad mínima de dinero en dólares. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, usted puede solicitar que un ALJ o un abogado mediador escuchen su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del juez o del abogado mediador usted puede acudir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, usted tendrá el derecho de solicitar que un tribunal federal revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede contactar al Mediador de Healthy Connections Prime. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

I2. Próximos pasos a seguir para artículos y servicios de Healthy Connections Medicaid

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para artículos o servicios de Healthy Connections Medicaid, y ambas apelaciones han sido rechazadas, usted tendrá el derecho a niveles adicionales de apelación. Si tiene preguntas después de su Apelación de nivel 2, comuníquese con el Mediador de Healthy Connections Prime al



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

1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Este defensor explicará sus opciones y actuará siempre en su mejor interés.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia del Tribunal de derecho administrativo (ALC). Si desea una audiencia del ALC, comience por completar el formulario “Solicitud de Audiencia de Caso Impugnado” disponible en www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf. Debe presentar este formulario en un plazo de 30 días calendario de la fecha en la que se le notificó la decisión de Nivel 2. La apelación tiene un cargo de \$25. Si no puede pagar el cargo, puede presentar una “Solicitud de exención de cargo de presentación”. Puede encontrar el formulario en www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf.

Si está apelando una decisión de Nivel 2 tomada en la audiencia, será responsable del costo de realizar una transcripción de la audiencia. Una transcripción es un registro escrito de la audiencia. El costo de la transcripción es de aproximadamente \$16 por cada hora que el transcriptor dedica a mecanografiar la transcripción.

Las reglas para apelar a la ALC se encuentran en www.scalc.net/rules.aspx. Si no sigue las reglas, puede no aceptarse su apelación.

J. Cómo presentar una queja

J1. Qué tipo de problemas deben abarcar las quejas

El procedimiento para quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas únicamente, tales como problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Quejas acerca de la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención médica, como por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas acerca de la privacidad

- Considera que una persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

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 219.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

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 le trató mal.
- Usted cree que está siendo presionado para salir del plan.

Quejas sobre la accesibilidad

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

Quejas sobre los tiempos de espera

- Usted tiene problemas para concertar una cita, o ha tenido que esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, el Departamento de Servicios para Miembros u otros miembros del personal del plan lo han tenido esperando demasiado tiempo.

Quejas sobre la limpieza

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

Quejas sobre el acceso al idioma

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

Quejas sobre las comunicaciones de nuestra parte

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

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

- Usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o proporcionarle el servicio o reembolsarle por ciertos servicios médicos.



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

- Usted considera que no remitimos su caso a tiempo a la Entidad de revisión independiente.

El término legal para una “queja” es un “**reclamo**”.

El término legal para “hacer una queja” es “**presentar una queja**”.

¿Existen diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta por nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta por una organización que no está afiliada con nuestro plan y es revisada por esta. Para obtener más información sobre quejas internas, lea la próxima sección. Para obtener más información sobre quejas externas, lea la Sección J3 en la página 219.

Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede comunicarse con el Mediador de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

J2. Quejas internas

Para realizar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. 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 Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días corridos** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar una queja.

- Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Las quejas son querellas que deben resolverse tan pronto como lo requiera su caso, según su estado de salud, pero no después de 30 días calendario luego de la fecha en que el Plan recibe la querella por vía oral o por escrito. Las quejas presentadas por vía oral, se pueden responder por vía oral, a menos que el miembro solicite una respuesta por escrito o las preguntas sobre la calidad del cuidado en la querella. Molina Dual Options completará la investigación tan rápidamente como lo requiera el caso, según el estado de salud del miembro, pero a más tardar 30 días después de recibir la solicitud, o en un plazo de 24 horas en el caso de quejas aceleradas. Las querellas presentadas por escrito deben responderse por escrito. Las querellas pueden presentarse por vía oral llamándonos al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; o escribiendo por correo a la siguiente dirección: Molina Dual Options Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

El término legal para “queja rápida” es “queja acelerada”.

Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es por su beneficio o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días calendario más para responder su queja. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para resolver una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

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

J3. Quejas externas

Usted también puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El formulario de queja de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informar su queja al Mediador de Healthy Connections Prime

Puede llamar al Programa del Mediador de Healthy Connections Prime para informar su queja. No están relacionados con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Mediador de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita, al igual que los servicios. Para obtener más información, puede visitar www.healthyconnectionsprimeadvocate.com.



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

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 le 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 deberán 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 al:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
Teléfono: (800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697
Fax: (202) 619-3818

También puede tener derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y bajo la ley estatal. Puede contactar al Programa del Mediador de Healthy Connections Prime para pedir ayuda. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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

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

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

En South Carolina, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. El número de teléfono para KEPRO es 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).



Capítulo 10: Cómo terminar su membresía en nuestro 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 Healthy Connections Medicaid, siempre que siga siendo elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A.	Cuándo puede terminar su membresía en nuestro Plan Medicare-Medicaid.....	222
B.	Cómo terminar su membresía en nuestro plan.....	222
C.	Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente.....	223
D.	Cómo obtener servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado...223	
	D1. Formas de obtener sus servicios Medicare	223
	D2. Cómo obtener sus servicios Healthy Connections Medicaid	225
E.	Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través del plan hasta que su membresía haya acabado	226
F.	Otras situaciones cuando acaba su membresía	226
G.	Reglas en contra de pedirle que deje el plan por alguna razón relacionada con la salud	227
H.	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan.....	227
I.	Cómo puede obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan.....	227



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

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

Puede terminar su membresía en el Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan Medicare-Medicaid 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 octubre, la cobertura con nuestro plan terminará el 31 de octubre. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente (1.º de noviembre en este ejemplo). Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones de Medicare en la tabla que se encuentra en la página 224.
- Los servicios de Healthy Connections Medicaid en la página 225.

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

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670.
- Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Vea el Capítulo 5 para obtener información acerca de programas de manejo de medicamentos.

B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Si decide terminar su membresía, informe a Medicare o Healthy Connections Medicaid que quiere abandonar Molina Dual Options:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670; **O**
- Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de la página 224 hay más información sobre cómo obtener sus servicios Medicare cuando abandone nuestro plan.



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

C. Cómo cambiar a un Plan Medicare-Medicaid diferente

Si piensa seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid juntos en un solo plan, puede inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid.

Para inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. Dígalos que desea abandonar Molina Dual Options e inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid. Si no sabe en qué plan desea inscribirse, ellos le pueden informar sobre otros planes disponibles en el área.

Su cobertura con Molina Dual Options terminará en el último día del mes en que recibimos la solicitud.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado

Si no desea inscribirse en un Medicare-Medicaid Plan diferente después de cancelar su inscripción en Molina Dual Options, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios Medicare

Usted podrá decidir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente terminará su membresía en nuestro plan.



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

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como, por ejemplo, un Plan Medicare Advantage o un Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE)</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llamar 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Ancianos (I-CARE). <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará de forma automática cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llamar 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Ancianos (I-CARE). <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare y del plan de medicamentos recetados.</p>



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

<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare sin un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado</p> <p>NOTA: si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Usted solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si obtiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Adultos Mayores (I-CARE) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llamar 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia y Remisiones de Asesoramiento de Seguro para Ancianos (I-CARE). <p>Su inscripción en Molina Dual Options se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
--	--

D2. Cómo obtener sus servicios Healthy Connections Medicaid

Si abandona el Plan Medicare-Medicaid, obtendrá sus servicios de Healthy Connections Medicaid a través de un pago por cada servicio. Esta es la forma en que la mayoría de las personas obtenían sus servicios de Medicaid antes de inscribirse en Molina Dual Options.

Sus servicios de Healthy Connections Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y atención médica conductual.

Si abandona nuestro plan, puede usar a cualquier proveedor que acepte Healthy Connections Medicaid.



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

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

Si abandona Molina Dual Options, podría pasar algún tiempo antes de que termine su membresía y comience su cobertura nueva de Medicare y Healthy Connections Medicaid. 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**, incluso a través de nuestros servicios de farmacia por correo, **para surtir sus recetas médicas.**
- **Si está hospitalizado(a) el día en que finaliza su membresía en Molina Dual Options, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta médica.** Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

F. Otras situaciones cuando acaba su membresía

Estos son los casos en los que Molina Dual Options deberá terminar su membresía en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no es elegible para Healthy Connections Medicaid. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Healthy Connections Medicaid. Complete toda la documentación de Healthy Connections para conservar su elegibilidad para Medicaid.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un periodo mayor a seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, usted tiene que llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si ingresa a una residencia para ancianos o a un centro de enfermería especializada fuera del área de servicio del plan y vive allí por más de seis meses.
- Si lo encarcelan por un delito criminal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos recetados.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está presente de manera legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.



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

- o En función de eso, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como miembro.
- o Tendremos que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

Podremos hacer que abandone nuestro plan por los siguientes motivos, solamente si primero recibimos permiso de Medicare y Healthy Connections Medicaid:

- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro para obtener atención médica.
 - o Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.

G. Reglas en contra de pedirle que deje el plan por alguna razón relacionada con la salud

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También debe llamar al Mediador de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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

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

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número al final de la página.



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

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye notificaciones legales que aplican a su membresía en Molina Dual Options. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A.	Aviso sobre las leyes	229
B.	Aviso de no discriminación.....	229
C.	Aviso sobre Medicare como pagador secundario.....	229



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

A. Aviso sobre las leyes

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

B. Aviso de no discriminación

Toda compañía o agencia que trabaje con Medicare y Healthy Connections Medicaid debe cumplir con las leyes que lo protegen contra actos de discriminación y trato injusto. No lo discriminaremos ni trataremos de manera diferente a causa de su edad, experiencia de quejas, color, etnia, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica en el área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión ni sexo. Además, no lo discriminaremos ni trataremos de manera diferente debido a su comportamiento, capacidad mental, recepción de atención médica, orientación sexual ni uso de servicios.

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

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. para Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Comuníquese con la Oficina local de Derechos Civiles. Puede llamar a la Comisión de Asuntos Humanos de Carolina del Sur al 1-800-521-0725. Esta llamada es gratuita.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene alguna queja, como por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

A veces alguna otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la Indemnización al Trabajador tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare por los cuales Medicare no es el pagador primario.



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

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

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



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

Actividades de la vida diaria: lo que hace la gente en un día normal, como por ejemplo, comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Ayuda pagada pendiente: puede continuar recibiendo los servicios autorizados previamente mientras esté esperando la decisión acerca de la Apelación de nivel 1 (y por un servicio de Healthy Connections Medicaid, mientras esté esperando la decisión de la Apelación de nivel 2). Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada pendiente”. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información. Si tiene otras preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.

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

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

Producto biológico: medicamento de venta con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Biosimilar: medicamento de venta con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, con sujeción a las leyes estatales.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que lo fabrica y lo vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos están hechos por otras compañías farmacéuticas.

Coordinador de atención: la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado, para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita.

Plan de atención: un plan para los servicios médicos que usted obtendrá y cómo los obtendrá.

Equipo de cuidado: un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros y otros profesionales de la salud que están ahí para ayudarle a recibir la atención que necesita. Usted es un miembro importante del equipo de atención y puede incluir a otros familiares o amigos.



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

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 comunicarse con el CMS.

Queja: una declaración escrita o verbal que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre su cuidado o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier duda sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “hacer una queja” es “presentar un reclamo”.

Evaluación integral: una revisión destinada a considerar en mayor detalle sus necesidades médicas, necesidades sociales y capacidades. Obtendrá información suya, de sus proveedores y familiares/cuidadores cuando corresponda. Esta evaluación será llevada a cabo por profesionales de salud calificados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y Coordinadores de atención.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés): un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla-lenguaje y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Organización de Atención Coordinada e Integrada (CICO): otro nombre para un Plan Medicare-Medicaid.

Decisión de cobertura: una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para describir todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que usamos cuando hablamos de toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Entrenamiento de competencia cultural: capacitación que proporciona instrucción adicional para proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar servicios y cumplir con sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

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



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

Categorías de medicamento: grupos de medicamentos en la misma Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de categorías de medicamentos. Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se encuentra en una de las tres (3) categorías.

Equipo médico duradero (DME): algunos artículos que su médico ordena para que usted los use en casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión 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 medio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser dolor severo o lesión grave.

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

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que por lo general no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

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

Audiencia imparcial: una oportunidad para que usted describa su problema en un tribunal y demuestre que una decisión que tomamos no es correcta.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Por lo general es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Queja formal: una queja que usted hace acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención médica.

Plan de salud: una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de cuidados para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.



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

Healthy Connections Medicaid: programa Medicaid de South Carolina. Para obtener más información, consulte la definición de “Medicaid” a continuación.

Healthy Connections Prime: un programa de demostración conjuntamente operado por South Carolina y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Healthy Connections Medicaid.

Auxiliar médico domiciliario: una persona que proporciona servicios que no requieren de la capacitación de un terapeuta o enfermera autorizados, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

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

- Un miembro que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho de elegir un centro de cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitado brinda cuidado para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Molina Dual Options debe proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos disponibles en su área.

Facturación inapropiada: una situación en la que un proveedor factura una cantidad mayor que nuestro costo compartido por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación del miembro del Plan Molina Dual Options cuando obtenga cualquier servicio o prescripción. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.

Puesto que Molina Dual Options paga todo el costo de sus servicios, no debe nada por costos compartidos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Entidad de revisión independiente (IRE): una organización que es contratada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Medicare & Medicaid Services, CMS) para llevar a cabo una revisión de una apelación de Nivel 2 para un servicio o un artículo que está cubierto solo por Medicare o tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid. Si Molina Dual Options deniega la aprobación para un servicio o un artículo durante una apelación de Nivel 1 del miembro, la apelación denegada se envía a la IRE para llevar a cabo una revisión de Nivel 2. La IRE no está relacionada con Molina Dual Options y no es una agencia gubernamental. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2.

Examen de detección de salud inicial: una revisión del historial médico del paciente y su condición actual. Se usa para determinar la salud del paciente y los cambios que podría experimentar en el futuro.



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

Paciente hospitalizado: un término que se utiliza cuando usted es internado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fue internado formalmente, podría ser considerado aún como paciente ambulatorio y no como paciente internado, aunque pase la noche en el hospital.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): una Lista de Medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se llama “formulario”.

Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS): los servicios y apoyo a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a una residencia para ancianos o un hospital.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): consulte “Ayuda Adicional (Extra Help)”.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de los servicios y apoyos a largo plazo.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario:

- servicios que son razonables y necesarios:
 - Para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión ●
 - Para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme ●
 - De otro modo médicamente necesario conforme a la ley de Medicare.
 - Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos.
- De acuerdo con la ley y la regulación de Healthy Connections Medicaid, los servicios son médicamente necesarios si tienen las siguientes características:
 - Ser esenciales para prevenir, diagnosticar, evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar afecciones médicas que ponen en riesgo la vida, causan sufrimiento o dolor, causan una deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una incapacidad, u originar una enfermedad o dolencia **y**



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

- o Prestarse en un centro adecuado con el nivel de atención apropiado para el tratamiento de su afección médica; **y**
- o Prestarse de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen de enfermedades renales en fase terminal (por lo general, esto significa aquellos que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o un plan de cuidados administrados (consulte “Plan de salud”).

Plan Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “plan MA” que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Partes A y B. Todos los planes de salud de Medicare, inclusive nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

Afiliado de Medicare-Medicaid: una persona elegible para cobertura de Medicare y de Healthy Connections Medicaid. Un afiliado a Medicare-Medicaid también se llama “individuo con doble elegibilidad”.

Medicare Parte A: el programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en el hospital, centro de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y centro de cuidados paliativos.

Medicare Parte B: el programa de Medicare que cubre los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y los suministros (como sillas de ruedas y andadores) que sean médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y exámenes de detección.

Medicare Parte C: el programa de Medicare que permite a las compañías de seguro médico privadas dar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Medicare Advantage.

Medicare Parte D: el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos con receta, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B, ni de Healthy Connections Medicaid. Molina Dual Options incluye Medicare Parte D.

Medicamentos de Medicare Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos bajo Medicare Parte D. El congreso específicamente excluyó ciertas categorías de medicamentos de nuestra cobertura como Medicamentos de la Parte D. Healthy Connections Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.



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

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona que tiene Medicare y Healthy Connections Medicaid y es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

Manual del miembro y divulgación de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los anexos o cláusulas que explican su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Departamento de Servicios para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, querellas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 y el final de la página para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan a usted servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le dan a usted servicios de atención médica, equipo médico, así como servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y del estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros miembros una suma adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también son llamados “proveedores del plan”.

Casa o centro para convalecientes: un lugar que brinda cuidados a las personas que no pueden recibirlos en su hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Defensor del pueblo (Mediador de Healthy Connections Prime): una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarle a entender qué hacer. Los servicios de mediación son gratis. El Mediador de Healthy Connections Prime es el defensor del pueblo para las personas inscritas en Healthy Connections Prime. Puede encontrar más información acerca del mediador en los Capítulos 2 y 9 de este manual, incluida información sobre cómo comunicarse con el Mediador de Healthy Connections Prime



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

Determinación de la organización: el plan tomó una determinación como organización cuando este, o uno de sus proveedores, toma una decisión acerca de si los servicios tienen cobertura o cuánto tiene usted 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 cobro-por-servicio): el gobierno ofrece Original Medicare. Bajo Original Medicare, sus servicios Medicare están cubiertos al pagar a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades que fija el Congreso.

- Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, usted puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El Capítulo 3 explica los centros o proveedores fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta.

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 de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Parte D.”

Información médica personal (también llamada información médica protegida) (PHI):

información acerca de usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historia médica. Consulte la Notificación de las normas de privacidad de Molina Dual Options para obtener más información acerca de cómo Molina Dual Options



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

protege, utiliza y divulga su información médica protegida (protected health information, PHI) y sobre sus derechos con respecto a esta.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Esta persona se asegura de que reciba la atención que necesite para mantenerse sano.

- Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y le refiere a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de cómo obtener cuidados de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (PA): una aprobación de Molina Dual Options que debe obtener antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específicos o para consultar a un proveedor fuera de la red. Molina Dual Options podría no cubrir el servicio o medicamento si no obtiene una aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen autorización previa de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están señalados en la Tabla de beneficios, en el Capítulo 4.

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si usted obtiene autorización previa de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Elementos protésicos y ortóticos: estos son dispositivos médicos pedidos por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado.



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

Límites de cantidades: un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Es posible que se impongan límites en la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta médica.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica de beneficios y medicamentos cubiertos para el afiliado. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia progresiva, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: una remisión significa que su proveedor de cuidados primarios(PCP) debe darle la aprobación antes de poder recibir la atención de alguien que no sea su PCP. Si usted no recibe la aprobación, Molina Dual Options no podrá cubrir los servicios. No necesita una remisión para acudir algunos especialistas, como los especialistas de salud de la mujer. Puede encontrar más información acerca de remisiones en el Capítulo 3 y acerca de servicios que requieren remisiones en el Capítulo 4.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener información adicional acerca de los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: un área geográfica en la que el plan de salud acepta miembros. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, por lo general, también es el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener el plan Molina Dual Options.

Centro de enfermería especializada (SNF): 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 (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados de forma continua y diaria en un centro de atención enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

Especialista: un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo.

Agencia de Medicaid del estado: se designa al Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina (SCDHHS) como la única agencia estatal para la administración del programa Medicaid (llamada "Healthy Connections Medicaid") en South Carolina. SCDHHS es una agencia a nivel del gabinete del Gobernador del Estado de South Carolina.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Dual Options al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.MolinaHealthcare.com/Duals.

Terapia progresiva: una regla de cobertura que le exige a usted que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más de edad. Los beneficios SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Categoría: una categoría es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos y de venta libre).

Atención médica requerida urgentemente: Atención que usted obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Usted puede obtener atención médica requerida urgentemente de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o cuando no pueda acceder a ellos.



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

We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (855) 735-5831, TTY: 711, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m. local time. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

SPANISH

Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener ayuda de un intérprete, simplemente llámenos al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Una persona que hable español podrá ayudarle. Este es un servicio gratuito.

TRADITIONAL CHINESE

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 (855) 735-5831 聯絡，TTY: 711，服務時間為：全年無休，每天上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。能說中文的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

SIMPLIFIED CHINESE

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何疑问，我们可以提供免费的口译服务解答您的疑问。若要获得口译服务，请致电我们，电话：(855) 735-5831，TTY: 711，每周 7 天提供服务，服务时间为当地时间上午 8 点至晚上 8 点。说中文的人士会帮助您。这是免费服务。

TAGALOG

Mayroon kaming libreng serbisyo ng tagapagsalin para sagutin ang anumang katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming health o drug plan. Para makakuha ng tagapagsalin, tawagan lang kami sa numerong (855) 735-5831, TTY: 711, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. Makatutulong sa iyo ang taong nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

FRENCH

Nous assurons gracieusement des services d'interprétariat afin de répondre à toute question que vous pourriez avoir sur votre santé ou plan de traitement. Pour obtenir l'assistance d'un interprète, il suffit de nous appeler au (855) 735-5831, TTY : 711, 7j/7, de 8 h à 20 h (heure locale). Une personne parlant français pourra vous assister. Ce service est proposé sans frais.

VIETNAMESE

Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số gọi (855) 735-5831, TTY: 711, 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Ai đó nói tiếng Việt có thể trợ giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

GERMAN

Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetscherdienste, um Ihre Fragen, die Sie möglicherweise zu unseren Gesundheits- oder Arzneimittelleistungen haben, zu beantworten. Wenn Sie mit einem Dolmetscher sprechen möchten, rufen Sie uns einfach an unter (855) 735-5831, TTY: 711, an allen Wochentagen, von 8:00 Uhr bis 20:00 Uhr (Ortszeit). Jemand, der Deutsch spricht, hilft Ihnen gerne weiter. Dies ist ein kostenloser Dienst.

KOREAN

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 전화 (855) 735-5831, TTY: 711번으로 오전 8시~오후 8시(현지 시간 연중무휴)에 문의하시기 바랍니다. 한국어 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

RUSSIAN

Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане покрытия лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру (855) 735-5831, телетайп: 711, без выходных, с 8:00 до 20:00 по местному времени. Вам поможет специалист, говорящий на русском языке. Эта услуга предоставляется бесплатно.

ARABIC

نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم (855) 735-5831، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. ويمكن لشخص يتحدث اللغة العربية مساعدتك. تقدم هذه الخدمة مجانًا.

ITALIAN

Offriamo un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a qualsiasi domanda sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, basta chiamarci al numero (855) 735-5831, TTY: 711, 7 giorni su 7, dalle 8.00 alle 20.00 ora locale. Una persona che parla italiano potrà aiutarti. Si tratta di un servizio gratuito.

PORTUGUESE

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a possíveis dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou plano para medicamentos. Para falar com um intérprete, ligue (855) 735-5831, TTY: 711, 7 dia por semana, 8 a.m. até 8 p.m. horário local. Alguém que fala português pode ajudá-lo. Este é um serviço gratuito.

FRENCH CREOLE

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan rele (855) 735-5831, TTY: 711, 7 jou sou pa semèn, 8 a.m. rive 8 p.m. lè lokal. Yon moun ki pale kreyòl ayisyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

POLISH

Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu opieki zdrowotnej lub dawkowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer (855) 735-5831, TTY: 711. Jest on dostępny przez cały tydzień w godzinach od 8:00 do 20:00 czasu lokalnego. Pomocy udzieli osoba mówiąca po polski. Ta usługa jest bezpłatna.

HINDI

हम आपके स्वास्थ्य या ड्रग प्लान से जुड़े किसी भी प्रश्न के लिए आपकी सहायता करने के लिए निःशुल्क दुभाषिया सेवाएं प्रदान करते हैं। दुभाषिया को प्राप्त करने के लिए, बस हमें कॉल (855) 735-5831, TTY: 711 पर सप्ताह के सातों दिन, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे स्थानीय समय पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

JAPANESE

弊社の医療保険プランや処方薬プランについてお問い合わせいただく際に無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の場合は、(855) 735-5831 (TTY: 711) までお電話にてご連絡ください (営業時間: 午前8時~午後8時、年中無休)。日本語を話せるスタッフがお手伝いいたします。このサービスは無料をご利用いただけます。

UKRAINIAN

Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, який допоможе відповісти на будь-які запитання про наш план медичного страхування або план покриття ліків. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером (855) 735-5831, телетайп: 711, 7 днів на тиждень з 08:00 до 20:00 за місцевим часом. Вам допоможе людина, яка розмовляє українською мовою. Ця послуга надається безкоштовно.

PASHTO

مور د ژبارونکي وړيا خدمتونه لرو چې هرې پوښتنې ته ځواب ووايو چې تاسو زموږ د روغتيا يا درملو پلان په اړه لرئ. د ژبارونکي تر لاسه کولو لپاره، مور ته په (855) 735-5831، زموږ پيغام ثبتونکي شمېره: 711، په اونۍ کې 7 ورځې، د سهار له 8 بجو څخه د ماسپينين تر 8 بجو پورې زنگ ووهئ. ځايي وخت. هغه څوک چې په دري خبرې کولی شي ستاسو سره مرسته وکړي. دا يو وړيا خدمت دی.

BENGALI

আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধের পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনও প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমরা বিনামূল্যে দোভাষী সম্পর্কিত পরিষেবা সরবরাহ করি। একজন দোভাষী পেতে, শুধুমাত্র আমাদের (855) 735-5831 নম্বরে কল করুন, TTY: 711, সপ্তাহে 7 দিন, স্থানীয় সময় সকাল 8 টা থেকে সন্ধ্যা 8 টা পর্যন্ত। বাংলা ভাষায় কথা বলতে পারা কেউ একজন আপনাকে সহায়তা করতে পারেন। এই পরিষেবাটি সম্পূর্ণ বিনামূল্যে পাওয়া যায়।

FARSI

برای پاسخگویی به سؤالاتی که ممکن است درباره طرح های سلامت یا دارویی ما داشته باشید می توانید از خدمات ترجمه شفاهی رایگان ما استفاده کنید. برای دسترسی به مترجم شفاهی، کافی است با شماره (855) 735-5831، TTY: 711، 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 عصر به وقت محلی تماس بگیرید. فردی که به زبان فارسی صحبت می کند به شما کمک خواهد کرد. این سرویس رایگان است.

ALBANIAN

Ne kemi shërbime përkthyes falas për t'iu përgjigjur çdo pyetje që mund të keni në lidhje me planin tonë shëndetësor ose të drogës. Për të marrë një përkthyes, thjesht na telefononi në (855) 735-5831, TTY: 711, 7 ditë në javë, nga ora 08:00 deri në orën 20:00. Koha lokale. Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim falas.

DARI

در صورتیکه شما هرگونه سؤالاتی درخصوص پلان صحتی یا ادویه جات ما داشته باشید ما خدمات رایگان ترجمانی داریم. برای دریافت یک ترجمان فقط به (855) 735-5831، TTY: 711، 7 روز هفته از 8 a. m. الی 8 p. m. به وقت محلی زنگ بزنید. یک شخص دری زبان به شما کمک خواهد کرد. این خدمات رایگان است.

