2026

Manual del miembro

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

California H3038-004-003

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026

H3038_26_004_003_CA_EOC_C
CA-H3038-4-3-EC-ES-26-S

MOLINA® HEALTHCARE

Manual del Miembro de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

01/01/2026 – 12/31/2026

Su cobertura médica y de medicamentos con Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

Introducción al *Manual del Miembro*

En este *Manual del Miembro,* también conocido como *Evidencia de Cobertura,* le informa acerca de su cobertura en nuestro plan hasta el 12/31/2026. Se explican los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual (trastorno por abuso de sustancias y salud mental), la cobertura de medicamentos y los servicios y asistencia y apoyos a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual del Miembro*.

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

Cuando en este *Manual del Miembro* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se hace referencia a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

Este documento está disponible de forma gratuita en español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, hmong, coreano, lao, ruso, tagalo y vietnamita.

Puede obtener este documento sin cargo en otros formatos, como en letra de molde grande, sistema braille o audio, llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7860 TTY: 711. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.

- Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. A esto se le llama una “solicitud permanente”. Haremos un seguimiento de su solicitud permanente para que así no tenga que enviar solicitudes por separado cada vez que le enviemos información.
- Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el estado al (800) 541-5555, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora local, para actualizar su expediente con su idioma de preferencia. Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7860, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Un representante puede ayudarle a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su administrador de cuidados para obtener ayuda con solicitudes permanentes.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-855-687-7860 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-687-7860 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية(Arabic)

يرجى الانتباه،: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بِ 1-855-687-7860 ، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل ب 1-855-687-7860 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-855-687-7860 (711) հեռախոսահամարով: Հաջմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշոր տպատառով տրամադրվող նյութեր: Այս դեպքում զանգահարեք 1-855-687-7860 (711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-687-7860 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-855-687-7860 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 1-855-687-7860 (711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 1-855-687-7860 (711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه : اگر می خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (711) 1-855-687-7860 تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه هایی با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با (711) 1-855-687-7860 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-855-687-7860 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बडे प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-855-687-7860 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-855-687-7860 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-687-7860 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は 1-855-687-7860 (711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。 1-855-687-7860 (711)までお電話ください。これらのサービスは無料です

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-855-687-7860 (711) 번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. 1-855-687-7860 (711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-687-7860 (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-687-7860 (711). ການບໍລິການເຫົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-855-687-7860 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-855-687-7860 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-855-687-7860 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-855-687-7860 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-855-687-7860 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-855-687-7860 (TTY: 711). Такие услуги бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-687-7860 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-855-687-7860 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-687-7860 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-855-687-7860 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-687-7860 (711) น อกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สาหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-687-7860 (711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสาหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-855-687-7860 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-855-687-7860 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-855-687-7860 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-855-687-7860 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro 8

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes 21

Capítulo 3: Cómo utilizar nuestra cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos 39

Capítulo 4: Tabla de beneficios 62

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios 134

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal 154

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos 170

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 176

Capítulo 9: ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 202

Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan 245

Capítulo 11: Avisos legales 254

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes 258

Exenciones de responsabilidad

- La cobertura conforme a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) es cobertura médica calificada como “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 la página 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 Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- Los beneficios o copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- Nuestros medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información acerca de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP), un plan médico que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal y su membresía. También le indica qué esperar y qué otra información obtendrá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan 9
B. Información acerca de Medicare y Medi-Cal 9
B1. Medicare 9
B2. Medi-Cal 9
C. Ventajas de nuestro plan 10
D. Área de servicios de nuestro plan 10
E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan? 11
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan médico 11
G. Su equipo de atención y su plan de atención 12
G1. Equipo de Cuidado 12
G2. Plan de cuidado 13
H. Resumen de costos importantes 13
H1. Prima del plan 13
H2. Prima de Medicare Part B 13
H3. Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare 14
I. Este *Manual del Miembro* 14
J. Otra información importante que obtiene de nosotros 14
J1. Su Tarjeta de Identificación de Miembro 14
J2. *Directorio de Proveedores y Farmacias* 17
J3. *Lista de los medicamentos cubiertos* 18
J4. *La Explicación de Beneficios* 19
K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado 19
K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 20

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con Administradores de Cuidados y equipos de cuidado que lo ayudan a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

En Molina Healthcare, comprendemos que cada miembro es diferente y tiene necesidades únicas. Por ese motivo, Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) combina sus beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan para brindarle asistencia personalizada y tranquilidad.

Molina Healthcare fue fundado hace más de 35 años, para traer atención médica de calidad a más personas, especialmente a aquellas que más lo necesitan. Desde el inicio, Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ha priorizado las necesidades de nuestros miembros, y continuamos haciéndolo hoy en día.

Bienvenido a Molina Healthcare. Está en familia.

B. Información acerca de Medicare y Medi-Cal

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).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. Michigan Medi-Cal es operado por el estado y pagado por el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingreso y recursos;
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos **y**
- el costo de los servicios.

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

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Usted puede obtener servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre que:

- nosotros decidamos ofrecer el plan; **y**
- Medicare y el estado de California nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan dejara de operar en el futuro, no se verá afectada su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medi-Cal.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **Usted no paga dinero adicional para inscribirse en este plan médico.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor en conjunto para usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Puede acudir a nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de cuidado constituido con su ayuda. Su equipo de cuidado puede estar conformado por usted, su cuidador, médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un Administrador de Cuidados. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de cuidado para ayudar a elaborar un plan de atención médica.
- Puede dirigir su propia atención médica con la ayuda de su equipo de cuidado y su Administrador de Cuidados.
- El equipo de cuidado y el Administrador de Cuidados trabajarán con usted para desarrollar un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de cuidado le ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de cuidado se asegura de lo siguiente:
  - Que sus médicos sepan sobre todos los medicamentos que usted toma, para asegurarse de que el tratamiento sea el adecuado y reducir cualquier efecto secundario que pueda tener.
  - Que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Nuevos miembros de Molina Medicare Complete Care Plus: En la mayoría de los casos, usted estará inscrito en Molina Medicare Complete Care Plus para recibir sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de que solicite inscribirse en Molina Medicare Complete Care Plus. Es posible que siga recibiendo los servicios de Medi-Cal de su anterior plan médico de Medi-Cal durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Molina Medicare Complete Care Plus. No habrá ninguna interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al (855) 687-7860, TTY: 711 si tiene alguna pregunta.

D. Área de servicios de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye este condado de California:

- San Diego

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera del área de servicio.

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

Usted es elegible para 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 de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella)**.**
- Es mayor de 21 años en el momento de la inscripción**.**
- Tiene Medicare Part A y Medicare Part B**.**
- Es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos**.**
- Actualmente es elegible para Medi-Cal.

Si pierde la elegibilidad para Medi-Cal pero se espera que la recupere en un plazo de 3 meses, aún es elegible para nuestro plan.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan médico

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de la salud (Health Risk Assessment, HRA) en un plazo de 90 días antes o después de la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de cuidado. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una consulta presencial, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir utilizando los médicos que usa ahora durante cierto tiempo, incluso si no están en nuestra red. A esto lo llamamos continuidad de la atención. Si no están en nuestra red, puede mantener sus proveedores y autorizaciones de servicios del momento de la inscripción durante un máximo de 12 meses si se cumplen todos los siguientes criterios:

- Usted, su representante o su proveedor nos piden que le dejemos seguir utilizando su actual proveedor.
- Establecemos que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención especializada o primario, con algunas excepciones. Cuando decimos “relación existente”, significa que usted

vio a un proveedor fuera de la red al menos una vez para una consulta que no era de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
- Para determinar una relación existente, revisamos su información médica disponible o la información que usted nos brinda.
- Tenemos 30 días para responder a la solicitud. Puede solicitarnos que tomemos una decisión más rápida y debemos responder en 15 días. Puede hacer este pedido llamando al (855) 687-7860, TTY: 711. Si corre riesgo de sufrir daños, debemos responderle en un plazo de 3 días.
- Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertas condiciones cuando realice la solicitud.

Nota: puede realizar esta solicitud para proveedores de Equipo médico duradero (DME), durante al menos 90 días hasta que autoricemos un nuevo alquiler de DME y solicitemos a un proveedor de la red que entregue el alquiler. Aunque no puede realizar esta solicitud para proveedores de transporte, u otros proveedores auxiliares, sí puede realizar una solicitud de servicios, de transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan.

Una vez finalizado el periodo de continuidad de la atención médica, deberá recurrir a los médicos y otros proveedores de la red Molina Medicare Complete Care Plus que estén afiliados al grupo médico de su proveedor de atención primaria, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. Los PCP de nuestro plan están afiliados a Asociaciones de Profesionales Independientes (IPA) y grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo a la IPA o grupo médico afiliado. Esto significa que el PCP lo referirá a especialistas y servicios que también estén afiliados a su IPA o grupo médico. Una IPA o grupo médico es una asociación de PCP y especialistas creada para proporcionar servicios de atención médica coordinada para usted. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre cómo conseguir atención médica.

G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. Equipo de Cuidado

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Este equipo puede incluir a su médico, un Administrador de Cuidados u otro personal de salud de su elección.

Un Administrador de Cuidados es una persona capacitada para ayudarlo a administrar la atención que necesita. Obtiene un Administrador de Cuidados cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también le puede derivar a otros recursos comunitarios que es posible que nuestro plan no proporcione y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su Administrador de Cuidados y su equipo de cuidado.

G2. Plan de cuidado

Su equipo de cuidados trabaja con usted para elaborar un plan de cuidado. El plan de cuidado les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y de LTSS u otros servicios.

Su plan de cuidado incluye lo siguiente:

- sus metas de atención médica **y**
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de cuidado se reúne con usted después de la HRA. Le preguntan por los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que puede considerar obtener. Su plan de cuidado se elabora según sus necesidades y metas. El equipo de cuidados trabaja con usted para actualizar su plan de cuidado al menos una vez por año.

H. Resumen de costos importantes

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (**Sección H1**)
- Prima mensual de Medicare Part B (**Sección H2**)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (**Sección H3**)

En algunos casos, su prima del plan podría ser menor.

H1. Prima del plan

No tiene una prima para este plan basada en el nivel de Ayuda Extra (Extra Help) que recibe. La Ayuda Extra (Extra Help) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de los medicamentos recetados de Medicare Part D, como primas, deducibles y copagos. Ayuda Extra (Extra Help) se lo conoce también como “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

H2. Prima de Medicare Part B

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la **Sección E**, para poder ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medi-Cal y también tener Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de Molina Medicare Complete Care Plus, Medi-Cal paga su prima de Medicare Part A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medi-Cal no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para Medicare Part B. También puede pagar una prima para Medicare Part A si no es elegible para Medicare Part A

sin prima. **Además, comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros o con su Coordinador de Cuidados e infórmeles sobre este cambio.**

H3. Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, recibirá una factura de su plan por sus medicamentos (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

En el **Capítulo 2** se brinda más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Este *Manual del Miembro*

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

Para solicitar un *Manual del Miembro*, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página. También puede consultar el *Manual del Miembro* en el sitio web que aparece al final de la página.

El contrato está vigente durante los meses en que está afiliado a nuestro plan, entre el 1/1/2026 y el 12/31/2026.

J. Otra información importante que obtiene de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos es su Tarjeta de Identificación del Miembro, información sobre cómo acceder a un *Directorio de Proveedores y Farmacias* e información sobre cómo acceder a la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como *Lista de Medicamentos* o *Formulario.*

J1. Su Tarjeta de Identificación de Miembro

En nuestro plan, tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), ciertos servicios de salud conductual y recetas médicas. Esta tarjeta se muestra cuando recibe cualquier servicio o receta médica. A continuación, encontrará un ejemplo de la Tarjeta de Identificación de Miembro:

Si daña, pierde o le roban su Tarjeta de Identificación de Miembro, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página de inmediato. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Siempre que sea miembro de nuestro plan, no necesita usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o la tarjeta de Medi-Cal para obtener la mayoría de los servicios. Mantenga las tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite en el futuro. Si exhibe su tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de Identificación de Miembro, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría recibir una factura. Es posible que le soliciten exhibir su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios o en centros de cuidados paliativos, o si necesita participar en estudios de investigación clínica (también denominados ensayos clínicos) aprobados por Medicare. Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su Tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los siguientes servicios:

- Acupuntura
- Aids waiver program
- Servicios de ambulancia
- Servicios preventivos del asma
- Servicios audiológicos
- Tratamiento de Salud Conductual (BHT)
- Sangre y derivados sanguíneos
- Servicios cardiopulmonares
- Enfermera especializada en medicina familiar certificada
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de diálisis crónica
- Servicios comunitarios para adultos (CBAS)
- Programa integral de servicios perinatales (servicios preventivos)
- Servicios dentales
- Radiografías de diagnóstico

- Diálisis
- Servicios de doulas
- Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados
- Consultas a los médicos
- Detección, diagnóstico y tratamiento oportuno y periódico (EPSDT)
- Atención de emergencia
- Fórmula de nutrición enteral
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Servicios de los Centros médicos federalmente calificados (FQHC)
- Audición
- Atención comunitaria y a domicilio para personas mayores con discapacidad funcional (solo exención)
- Servicios de agencia de atención médica domiciliaria
- Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria
- Centro de cuidados paliativos
- Hospital para pacientes internados
- Centro de cuidados intermedios
- Enfermedades y afecciones de los riñones
- Servicios radioisotópicos, de radiología y de análisis de laboratorio
- Servicios de parteras con licencia
- Comidas
- Transporte médico que no sea de emergencia
- Servicios de enfermeros anestesiólogos
- Salud mental ambulatoria
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios
- Rehabilitación ambulatoria
- Servicios ambulatorios
- Servicios de cuidado personal
- Sistema personal de auxilio para emergencias (PERS)
- Podiatría
- Servicios médicos preventivos
- Dispositivos ortopédicos
- Servicios de psicología
- Servicios de clínicas de salud rurales (RHC)
- Servicios de intérpretes del lenguaje de señas
- Centro de enfermería especializada
- Servicios de enfermería para servicios especiales
- Trasplantes
- Servicios de transporte/transporte no médico

- Servicios requeridos urgentemente
- Servicios de la vista

Es posible que esta no sea una lista totalmente exhaustiva. Puede encontrar la lista de beneficios cubiertos fuera de nuestro plan en el **Capítulo 4, Sección F**.

J2. *Directorio de Proveedores y Farmacias*

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, se enumeran los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando al Departamento de Servicios para Miembros a los números al final de la página. Las solicitudes de Directorios de Proveedores y Farmacias en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en el sitio web que aparece al final de la página.

Este directorio proporciona una lista de los Médicos de atención primaria (PCP), de los hospitales y de otros proveedores de atención médica que se encuentran disponibles para usted como miembro de Molina Healthcare. Encuentre la siguiente información sobre los médicos de Molina Healthcare y otros proveedores de atención médica en su Directorio de Proveedores:

- Nombres
- Direcciones
- Números telefónicos
- Idiomas
- Disponibilidad de las sedes de servicios
- Privilegios/afiliaciones hospitalarias
- Grupo médico

Es importante que los pacientes puedan visitar fácilmente a los médicos y que los consultorios proporcionen la ayudan que necesiten. La información física de accesibilidad se incluye para:

- acceso básico;
- acceso limitado.

También usamos los siguientes símbolos indicadores de accesibilidad en nuestros Directorios de Proveedores para ilustrar las áreas de accesibilidad al consultorio del proveedor:

- P: Estacionamiento
- EB: Edificio exterior
- IB: Edificio interior
- W: Sala de espera
- R: Baños

- E: Sala de examen
- T: Camilla
- S: Balanza para silla de ruedas

En su Directorio de Proveedores, o en línea en nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Medicare, también puede averiguar si los proveedores (como médicos, hospitales, especialistas o clínicas médicas) aceptan pacientes nuevos.

Definición de proveedores de la red

- En nuestra red se incluyen los siguientes proveedores:
  - 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 médicos en nuestro plan; **y,**
  - LTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros que proporcionan bienes y servicios a través de Medicare o Medi-Cal.

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

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son todas las farmacias que aceptaron surtir recetas para los miembros de nuestros planes. Use el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto durante una emergencia, usted debe surtir sus recetas médicas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan las pague.

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

J3. *Lista de los medicamentos cubiertos*

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos cubiertos*. La llamamos *Lista de Medicamentos* para abreviar. Le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por nuestro plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de Medicamentos* a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el **Capítulo 5, Sección**. Medicare aprobó la *Lista de Medicamentos* de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

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** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información acerca de cómo acceder a la *Lista de Medicamentos*, pero pueden producirse algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece al final de la página.

J4. *La Explicación de Beneficios*

Cuando utilice los beneficios de medicamentos de Medicare Part D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y mantener un registro de los pagos realizados por sus medicamentos de Medicare Part D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios* (EOB).

En la EOB, se informa la suma total que usted, u otros en su nombre, gastaron en los medicamentos de Medicare Part D y la suma total que nosotros pagamos por cada uno de estos durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB proporciona más información acerca de los medicamentos que consume, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con distribución de costos más baja que puedan estar disponibles. Debería consultar con su recetador sobre estas opciones de menor costo. En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*, se proporciona información adicional acerca de la EOB y cómo puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Usted también puede solicitar una EOB. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página para solicitar una copia.

K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado

Para mantener su registro de membresía actualizado, díganos si cambia su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros registros. Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de distribución de costos. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de inmediato sobre 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 una sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquiera que sea responsable de usted); **y**,

- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** no tiene la obligación de informarnos acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

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

Los miembros pueden crear una cuenta My Molina en línea para cambiar de médico, actualizar la información de contacto, solicitar una nueva tarjeta de identificación, obtener recordatorios de salud sobre los servicios que necesitan o ver el historial de servicios. Visite **https://member.molinahealthcare.com** para crear su cuenta My Molina o acceder a ella.

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes estatales y federales requieren que mantengamos su PHI en privado. Protegemos su PHI. Para obtener más información acerca de cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro*.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a contestar preguntas acerca de nuestro plan y de sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información acerca de cómo comunicarse con su Administrador de Cuidados y otras personas para que actúen en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Departamento de Servicios para Miembros 22
B. Su Administrador de Cuidados 25
C. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 26
D. Línea de Consejos de Enfermería 27
E. Línea de Crisis de Salud Conductual 28
F. Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) 28
G. Medicare 29
H. Medi-Cal 31
I. Oficina del Mediador de Atención Médica Administrada y Salud Mental de Medi-Cal 31
J. Servicios Sociales del Condado 32
K. Agencia de Servicios de Salud Conductual del Condado 33
L. Departamento de Atención Médica Administrada de California 34
M. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos 34
M1. Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare 34
M2. El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare 35
N. Seguro Social 36
O. Junta de Retiro Ferroviario (RRB) 36
P. Seguro grupal u otro seguro de un empleador 37
Q. Otros recursos 37
R. Medi-Cal Dental 37

A. Departamento de Servicios para Miembros

LLAME AL	(855) 687-7860. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. 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. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
FAX	**Para servicios médicos:** Fax: (310) 507-6186 **Para los servicios de la Parte D (recetas médicas):** Fax: (866) 290-1309
ESCRIBA A	**Para servicios médicos:** Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **Para los servicios de la Parte D (recetas médicas):** Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
PÁGINA WEB	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda con los siguientes aspectos:

- Preguntas sobre el plan.

- Preguntas sobre reclamos o facturación.
- 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, **o**
    - La suma que pagamos por sus servicios médicos.
  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura acerca de su atención médica.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- 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 o no está de acuerdo con la decisión.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- 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 nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que ha recibido (consulte la **Sección F**).
  - Puede comunicarse con nosotros y describir su queja llamando al (855) 687-7860, TTY: 711, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.
  - Si la queja es sobre una decisión de cobertura de su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Puede presentar una queja sobre nuestro plan en el Medicare Medi-Cal Ombudsman Program llamando al 1-855-501-3077.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos.
  - Una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
    - Sus beneficios y los medicamentos cubiertos, **o**
    - La suma que pagamos por los medicamentos.
  - Los medicamentos no cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite la página web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.

- Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura sobre los medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

- Apelaciones sobre los medicamentos.
  - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación acerca de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Quejas sobre los medicamentos.
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja acerca de sus medicamentos.
  - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/medicare-complaint. 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 sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Pago de atención médica o medicamentos que usted ya pagó.
  - Para obtener más información acerca de cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
  - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*

B. Su Administrador de Cuidados

El Administrador de Cuidados de Molina Medicare Complete Care Plus es su contacto principal. Esta persona le ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios y se asegura de que usted obtenga lo que necesite. Usted o su cuidador pueden solicitar un cambio en el Administrador de Cuidados asignado según sea necesario, llamando al Administrador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros. Además, el personal de Molina Medicare Complete Care Plus puede realizar cambios a la asignación de su Administrador de Cuidados en base a sus necesidades (culturales/lingüísticas/físicas/de salud conductual) o ubicación. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

LLAME AL	(855) 687-7860. Esta llamada es gratuita. Los 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Las tecnologías de asistencia, incluidas las opciones de autoservicio y correo de voz, están disponibles en días festivos, después del horario de atención habitual, y los sábados y domingos. 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 8 p.m., hora local
ESCRIBA A	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
PÁGINA WEB	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Comuníquese con su Administrador de Cuidados para obtener ayuda con los siguientes aspectos:

- Preguntas sobre su atención médica.
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (trastornos por abuso de sustancias y salud mental).
- Preguntas sobre beneficios dentales.
- Preguntas sobre el transporte a las citas médicas.
- Preguntas sobre los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS), se incluyen Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y Centros de Enfermería (NF)
- Algunas veces usted puede obtener ayuda para sus necesidades diarias y de atención médica.

Puede obtener estos servicios:

- Servicios comunitarios para adultos (CBAS)

- Atención de enfermería especializada
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Servicios médicos sociales
- Atención médica domiciliaria
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), a través de la agencia de servicios sociales de su condado
- Algunas veces usted puede obtener ayuda para sus necesidades diarias básicas y de atención médica

C. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP es conocido como Health Insurance Counseling and Advocacy Program (Programa de Protección y Orientación sobre Seguros Médicos [HICAP]). Los asesores de HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender lo que debe hacer para resolver el problema. El HICAP ha capacitado a los asesores en cada condado y los servicios son gratuitos.

HICAP es un programa estatal independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros ni con un plan médico) financiado por el gobierno federal que ofrece asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

LLAME AL	**Condado de San Diego:** (858) 565-8772, oficina en San Diego (760) 353-0223, oficina en Imperial
TTY	*711*
ESCRIBA A	**Condado de San Diego:** Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123
PÁGINA WEB	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

Comuníquese con el HICAP para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas acerca de Medicare

- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas acerca de cómo cambiarse a un plan nuevo y ayudarle a:
  - Comprender sus derechos.
  - Comprender sus elecciones de plan.
  - Responder a preguntas sobre el cambio de planes.
  - Presentar una queja sobre su atención médica o tratamientos**.**
  - Ayudar con problemas de facturación o reclamos.

D. Línea de Consejos de Enfermería

Puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería de Molina Healthcare, las 24 horas del día, los 365 días al año. El servicio lo conecta con una enfermera calificada 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 Enfermería está disponible para brindar servicios a todos los miembros de Molina Healthcare en todos los Estados Unidos. La Línea de Consejos de Enfermería es un centro de llamadas sobre la salud acreditado por la Comisión de Acreditación para Revisión de Uso (URAC). La acreditación de la URAC significa que nuestra línea de enfermería ha demostrado un compromiso integral con la atención 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 Médica (HIP) para nuestra Línea de Información Médica disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. La NCQA está diseñada para cumplir con los estándares de información médica de la NCQA para los estándares aplicables en los planes de salud.

La Línea de Consejos de Enfermería evaluará su seguridad, lo conectará con servicios de emergencias, encontrará un proveedor de salud conductual y recursos comunitarios y lo remitirá a un Administrador de Cuidados de Molina Medicare Complete Care Plus. Para obtener más información, puede llamar a Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) al (855) 687-7860.

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

Puede comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería si tiene preguntas sobre su salud o su atención médica.

LLAME AL	(888) 275-8750. Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
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. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

E. Línea de Crisis de Salud Conductual

Si necesita atención de salud mental urgente, puede llamar al plan médico mental de su condado para obtener ayuda. También puede llamar o enviar un mensaje de texto al 988 para obtener asistencia gratuita y confidencial en caso de crisis, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (24/7).

LLAME AL	**Para el condado de San Diego:** Servicios de salud conductual de San Diego 1-888-724-7240 (acceso y línea de crisis las 24 horas, los 7 días de la semana) Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	TTY 711. Esta llamada es gratuita. (Línea de ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

Comuníquese con la Línea de Crisis de Salud Conductual para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre servicios de abuso de sustancias y salud conductual

Si tiene preguntas relacionadas con los servicios de salud mental especializada de su condado, consulte la **Sección K**.

F. Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)

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

LLAME AL	(877) 588-1123
TTY	Marque 711 (855) 887-6668 Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Commerce Health BFCC-QIO Program Commence Program PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
PÁGINA WEB	https://livantaqio.cms.gov/

Comuníquese con Commerce Health para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica;
- presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
  - tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo,
  - cree que su hospitalización finaliza demasiado pronto; **o**
  - considera que su atención médica domiciliaria o la atención en centros de enfermería especializada o en el centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finaliza demasiado pronto.

G. 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. Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestro plan

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CHAT EN VIVO	Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Escriba a Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
PÁGINA WEB	www.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participan en Medicare u otros proveedores de suministros y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios de prevención (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas, y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, los centros de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque páginas web y números de teléfono de ayuda. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid de California. Se trata de un programa de seguro médico público que proporciona los servicios de atención médica necesarios para personas con bajos ingresos, incluidas familias con niños, personas mayores, personas con discapacidades, niños y jóvenes en hogares de crianza temporal y mujeres embarazadas. Medi-Cal está financiado por el gobierno estatal y federal.

Los beneficios de Medi-Cal pueden incluir servicios médicos, dentales, de salud conductual, así como servicios y apoyos a largo plazo.

Está inscrito en Medicare y en Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al Administrador de Atención de su plan. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan Medi-Cal, llame a Health Care Options.

LLAME AL	(916) 449-5000 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.
TTY	711/(866) 784-2595 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
PÁGINA WEB	www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx

I. Oficina del Mediador de Atención Médica Administrada y Salud Mental de Medi-Cal

La Oficina del Mediador ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos médicamente necesarios. Escucharán, responderán a sus preguntas, analizarán su situación, explicarán las políticas y procedimientos, proporcionarán información, asesoramiento y opciones, y sugerirán derivaciones apropiadas. Su trabajo es ayudar a desarrollar soluciones justas a los problemas de acceso a la atención médica. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	(866) 784-2595 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Pacífico; excepto días festivos
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Office of the Ombudsman MS-4412 1501 Capital Avenue PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
PÁGINA WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. Servicios Sociales del Condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), comuníquese con la agencia de servicios sociales local de su condado. El Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) puede proporcionar los servicios para que pueda quedarse de manera segura en su propia casa. Los IHSS se consideran una alternativa al cuidado fuera del hogar, como en residencias para personas mayores o cuidado y alojamiento. Para solicitar IHSS, comuníquese con la oficina de IHSS de su condado.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado para solicitar Servicios de Apoyo en el Hogar, que le ayudarán a pagar los servicios que se le brindan para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para preparar comidas, bañarse, vestirse, comprar ropa o transporte.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medi-Cal.

LLAME AL	**Condado de San Diego:** Dentro del Condado de San Diego: (800) 510-2020. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local.
TTY	711
ESCRIBA A	**Agencia de Salud y Servicios Humanos y Servicios de Apoyo en el Hogar del Condado de San Diego** 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
PÁGINA WEB	https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

K. Agencia de Servicios de Salud Conductual del Condado

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal y los servicios para trastornos por abuso de sustancias están disponibles para usted a través del condado si cumple con los criterios de acceso.

LLAME AL	**San Diego - Servicios para la Salud Mental:** (888) 724-7240. Esta llamada es gratuita. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita.

Comuníquese con la agencia de Salud conductual de su condado para obtener ayuda sobre las siguientes consultas:

- Preguntas sobre los servicios especializados de salud mental proporcionado por el condado
- Preguntas sobre los servicios para trastornos por abuso de sustancias proporcionados por el condado

L. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es responsable de regular los planes de salud. El Centro de Ayuda del DMHC puede ayudarle con las apelaciones y quejas en relación con los servicios de Medi-Cal.

LLAME AL	1-888-466-2219 Los representantes de DMHC están disponibles entre las 8:00 a. m. y las 6:00 p. m., de lunes a viernes.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Help Center Departamento de Atención Médica Administrada de California 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
PÁGINA WEB	www.dmhc.ca.gov

M. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) contiene información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

M1. Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medi-Cal, reúne los requisitos para obtener la Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare a fin de pagar los costos de su plan de medicamentos. No es necesario realizar otra acción para obtener esta Ayuda Extra (Extra Help).

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
PÁGINA WEB	www.medicare.gov

Si considera que está pagando un monto incorrecto por su receta médica en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que ayuda a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

La Mejor evidencia disponible (BAE) que se encuentra en la web en https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae. La BAE se utiliza para determinar el subsidio por bajos ingresos de un miembro. Nuestro departamento de Servicios para Miembros y el Departamento de Farmacias identifican los casos en los que la política de BAE tiene validez. Los miembros pueden enviar la documentación de BAE para establecer la elegibilidad a la dirección del Departamento de Servicios para Miembros enumerada en el **Capítulo 2**. Además, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas. Las formas de evidencia admisibles son las siguientes:

- Carta de aprobación de la Administración de Seguro Social (SSA).
- Aviso de aprobación.
- Ingreso de seguridad suplementario.

Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pague el monto de copago correcto cuando vuelva a obtener su próxima receta médica. Si paga un copago mayor, se lo reintegraremos, ya sea con un cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no le cobró un copago y adeuda ese monto, nosotros podemos efectuar el pago directamente la farmacia. Si el estado efectuó el pago en su nombre, pagaremos directamente al estado. Si tiene preguntas llámenos al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.

M2. El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos durante el año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos recetados. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan, no debe realizar ninguna acción para continuar con esta opción.** La Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), para aquellos que cumplan con los requisitos, tiene mayores beneficios que la participación en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra al final de esta página o visite www.medicare.gov.

N. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con su Seguro Social para informarle estos cambios.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Puede usar sus servicios telefónicos automáticos para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
PÁGINA WEB	www.ssa.gov

O. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la RRB, infórmeles si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles de 9 a.m. a 12 p.m. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
PÁGINA WEB	www.rrb.gov

P. Seguro grupal u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios de su empleador o grupo de retiro (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura al final de la página si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas o periodo de inscripción del empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

Q. Otros recursos

El Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal ofrece ayuda GRATUITA a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener la cobertura de salud y resolver problemas con sus planes de salud.
Si tiene problemas con lo siguiente:

- Medi-Cal
- Medicare
- Su plan médico.
- Acceso a los servicios médicos.
- Apelación por denegación de servicios, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc.
- Facturación médica.
- IHSS (Servicios de apoyo en el hogar).

El Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal brinda asistencia en relación con quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Programa de Ombudsman es 1-855-501-3077.

R. Medi-Cal Dental

Determinados servicios dentales están disponibles a través Medi-Cal Dental; estos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamiento con fluoruro.
- Restauraciones y coronas.
- Terapia de endodoncia.
- Dentaduras parciales y completas, ajustes, reparaciones y reperfilados.

Los beneficios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS), Dental Managed Care (DMC) y Health Plan of San Mateo.

LLAME AL	1-800-322-6384 La llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental FFS están disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-735-2922 Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
PÁGINA WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

En lugar de Medi-Cal Dental Fee-For-Service, puede obtener beneficios dentales a través de un plan de atención dental administrado. Los planes de atención dental administrados están disponibles en los condados de Sacramento y Los Angeles. Si desea obtener más información sobre los planes dentales o desea cambiar su plan dental, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. La llamada es gratuita. Los contactos del plan de atención dental administrada también están disponibles aquí: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

Capítulo 3: Cómo utilizar nuestra 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 por nuestro plan. También le informa sobre su Administrador de Cuidados, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si se le factura directamente por servicios que cubrimos y las reglas para adquirir Equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores 41
B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan 41
C. Su Administrador de Cuidados 43
C1. Qué es un Administrador de Cuidados 43
C2. Cómo puede comunicarse con su Administrador de Cuidados 43
C3. Cómo puede cambiar su Administrador de Cuidados 43
D. Atención de proveedores 43
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP) 43
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red 46
D3. Cuando un proveedor sale del plan 47
D4. Proveedores fuera de la red 47
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) 49
F. Servicios de salud conductual (trastorno de salud mental y trastorno por abuso de sustancias) 49
F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan 49
G. Servicios de transporte 52
G1. Transporte médico que no sea de emergencia 52
G2. Transporte no médico 53
H. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesita urgentemente o durante una catástrofe 54
H1. Atención en una emergencia médica 54
H2. Atención médica requerida urgentemente 55
H3. Atención médica durante un desastre 57

I. Cómo proceder si le facturan directamente los servicios cubiertos 57
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 57
J. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica 58
J1. Definición de estudio de investigación clínica 58
J2. Pago por servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica 58
J3. Más acerca de los estudios de investigación clínica 59
K. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica en una institución no médica religiosa que brinda atención médica 59
K1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica 59
K2. Atención en una institución religiosa no médica que brinde atención médica 59
L. Equipo médico duradero (DME) 60
L1. Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) como miembro de nuestro plan 60
L2. La propiedad del DME si se cambia a Original Medicare 60
L3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan 60
L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA) 61

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** incluyen atención médica, Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long-Term Services , and Supports, LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** incluyen cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica y los servicios de salud conductual y LTSS cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta libre se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro.*

Los **proveedores** incluyen médicos, enfermeros y otras personas que le proporcionen servicios y atención con licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico, y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago como pago completo. Coordinamos que estos proveedores le presten servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando usted visita a un proveedor de la red, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y la mayoría de los servicios de Medi-Cal. Esto incluye ciertos servicios de salud conductual y LTSS.

Nuestro plan, por lo general, pagará los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y muchos LTSS que reciba cuando siga nuestras reglas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención que recibe debe incluirse en nuestra Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria.** Por médicamente necesario, nos referimos a los servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar y tratar su condición médica. La atención médicamente necesaria evita que las personas se enfermen de forma grave o queden discapacitadas y reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades o lesiones.

Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que suministra y supervisa su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte **la Sección D1** de este capítulo).

  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red o nuestro plan deben autorizarle antes de que pueda acudir a un proveedor que no sea su PCP o recibir atención de otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se llama una **derivación.** Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.

- Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP le deriva a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es una asociación de PCP y especialistas creada para proporcionar servicios de atención médica coordinada para usted.
- No se necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o atención médica requerida urgentemente o para ver al proveedor de salud de la mujer ni para ninguno de los otros servicios indicados en la **Sección D1** de este capítulo.

Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red (para obtener más información, lea la **Sección D** de este capítulo)*.* Por lo general, no cubrimos la atención médica de un proveedor que no trabaja con nuestro plan médico. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios que recibe. Aquí hay algunos casos en los que no se aplica esta norma:

- Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia prestada por un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **sección H** de este capítulo).
- 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. En este caso, cubriremos la atención como si la hubiera recibido a través de un proveedor de la red **o** sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
- Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan por un periodo breve o cuando su proveedor no esté disponible temporalmente o no se encuentre accesible.
- Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, puede solicitarnos continuar acudiendo a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos demostrar que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro.* Si aprobamos su solicitud, puede seguir viendo a los proveedores que consulta actualmente por hasta 12 meses de servicios. Durante ese tiempo, su Administrador de Cuidados se comunicará con usted para ayudarle a encontrar a los proveedores en nuestra red que están afiliados al grupo médico de su PCP. Después de los 12 meses, ya no cubrimos su atención médica si aún acude a proveedores que no pertenecen a nuestra red y que no están afiliados al grupo médico de su PCP.

Otra cobertura de salud: Los miembros de Medi-Cal deben utilizar todas las otras coberturas de salud (OHC) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura de salud, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario de la OHC de Medicare, al cubrir los costos permitidos que no haya pagado nuestro plan u OHC hasta llegar a la tarifa de Medi-Cal.

Nuevos miembros de Molina Medicare Complete Care Plus: En la mayoría de los casos, usted estará inscrito en Molina Medicare Complete Care Plus para recibir sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de que solicite inscribirse en Molina Medicare Complete Care Plus. Es posible que siga recibiendo los servicios de Medi-Cal de su anterior plan médico de Medi-Cal durante un mes

más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Molina Medicare Complete Care Plus. No habrá ninguna interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al (855) 687-7860, TTY: 711 si tiene alguna pregunta.

C. Su Administrador de Cuidados

C1. Qué es un Administrador de Cuidados

- Un Administrador de Cuidados de Molina Medicare Complete Care Plus es la primera persona con la que puede comunicarse para que lo ayude con su atención, si es necesario. Esta persona lo asiste en la coordinación de su atención y la administración de sus servicios para asegurarse de que reciba lo que necesita.

C2. Cómo puede comunicarse con su Administrador de Cuidados

- Si desea comunicarse con su Administrador de atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7860. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. O bien, visite www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

C3. Cómo puede cambiar su Administrador de Cuidados

- Puede solicitar un cambio de Administrador de Cuidados llamando al departamento de administración de casos o al Departamento de Servicios para Miembros. El personal de servicios médicos de Molina Medicare Complete Care Plus puede realizar cambios en la asignación de un Administrador de Cuidados del miembro, según sus necesidades o su ubicación.

D. Atención de proveedores

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

Definición de PCP y lo que 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 federalmente calificados [FQHC]) que le brinda atención médica de rutina. Molina Medicare Complete Care Plus mantiene una red de proveedores de atención especializada para atender a sus miembros. Para que un miembro reciba servicios de un especialista, se requiere la remisión de un PCP de Molina Medicare Complete Care Plus; sin embargo, no se requiere autorización previa. Se les permite a los miembros acceder directamente a los especialistas en salud de mujeres para atención médica preventiva y de rutina sin un servicio de derivación. Su PCP también le proporcionará la mayor parte de su atención médica y le ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Estas incluyen:

Sus radiografías

Análisis de laboratorio.

Terapias

Atención de médicos especialistas

Admisiones al hospital

Atención de seguimiento

"Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores de la red sobre su atención y progreso. 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. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, deberá verificar que se hayan enviado sus historias clínicas al consultorio de su PCP.

Un grupo médico/Asociación de Profesionales Independientes (IPA) es una red de médicos independientes que poseen y operan sus propios consultorios (en lugar de ser empleados de un sistema de atención médica de mayor tamaño). Estos médicos se unen a un grupo médico para poder seguir siendo independientes y al mismo tiempo obtener el apoyo que necesitan para atender a los pacientes.

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 utilice ese hospital. Una vez que haya elegido su PCP, le recomendamos que transfiera toda su historia clínica a su oficina. 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 de la oficina de su PCP impreso en su tarjeta de membresía.

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. Si su PCP abandona la red de nuestro plan, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP en nuestra red.

Los PCP de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Si cambia su PCP, puede estar cambiando también grupos médicos. Cuando solicite un cambio, informe al Departamento de Servicios para Miembros si utiliza un especialista o recibe otros servicios cubiertos que deben contar con la aprobación del PCP. El Departamento de Servicios para Miembros le ayuda a continuar con su cuidado especializado y otros servicios cuando cambia de PCP.

Puede cambiar su PCP en cualquier momento. En la mayoría de los casos, los cambios entrará en vigencia el primer día del siguiente mes calendario. Puede haber excepciones si actualmente está recibiendo un tratamiento al momento de su solicitud de cambio de PCP. Puede cambiar de PCP a través de su sitio web personal en www.mymolina.com o puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cualquiera de nuestros proveedores de Molina Healthcare y sobre las solicitudes para cambiar de PCP. Para algunos proveedores, es posible que necesite una derivación por parte de su PCP (excepto en casos de servicios de atención médica urgente y de emergencia).

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación del PCP *o* de nuestro plan antes de recurrir a otros proveedores. Esta aprobación se denomina **derivación**. Puede recibir servicios como los enumerados a continuación sin obtener la aprobación de su PCP *o* de nuestro plan en primer lugar:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red
- Los servicios requeridos urgentemente cubiertos que cubre el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no constituyen una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Las consultas de rutina medicamente necesarias (como los controles anuales) a un proveedor, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a recibir diálisis mientras se encuentra fuera del área.
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19, 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.
- Servicios de enfermera partera, planificación familiar, pruebas de HIV y asesoramiento para esta enfermedad, tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS).

Además, si usted es un miembro indígena estadounidense, puede obtener Servicios cubiertos de un Proveedor de atención médica indígena de su elección, sin necesidad de una derivación de un PCP de la red o Autorización 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, como los siguientes:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los médicos ortopedistas atienden a pacientes con ciertos problemas óseos, articulares o musculares.

Como miembro, usted no está limitado a especialistas específicos. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) mantiene una red de proveedores de atención especializada para atender a sus miembros. Se pueden requerir remisiones de su PCP para recibir servicios especializados; se les permite a los miembros acceder directamente a los especialistas de la salud de mujeres para atención médica preventiva y de rutina sin una remisión. Para acceder a algunos servicios se le puede requerir que obtenga una Autorización Previa. Su PCP puede solicitar una autorización previa del Departamento de Administración de Utilización de servicios de Molina Healthcare por teléfono, fax o correo, según la urgencia del servicio solicitado.

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

Una remisión por escrito puede ser para una visita o puede ser una remisión permanente para más de una visita si necesita servicios continuos. Debemos darle una remisión permanente a un especialista calificado para cualquiera de estas afecciones:

- una afección crónica (continua);
- una enfermedad física o mental potencialmente mortal;
- una enfermedad degenerativa o discapacidad;
- cualquier otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.

Si no obtiene una remisión por escrito cuando sea necesario, es posible que no se pague la factura. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página.

Si no podemos encontrarle un proveedor calificado de la red del plan, debemos otorgarle una autorización de servicio permanente para un especialista calificado para cualquiera de estas afecciones:

- una afección crónica (continua);
- una enfermedad física o mental potencialmente mortal;
- una enfermedad degenerativa o discapacidad;
- cualquier otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.

Si no obtiene una autorización de servicio de nuestra parte cuando sea necesario, es posible que no se pague la factura. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página.

D3. Cuando un proveedor sale del plan

Es posible que un proveedor de la red que utiliza abandone nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted cuenta con los derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos brindarle un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificamos cuando su proveedor abandone nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si cualquiera de sus demás proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si tiene el proveedor asignado, si actualmente recibe atención de este o si lo visitó en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red que sea accesible para usted, debemos coordinar para que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Es posible que se requiera autorización previa. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.
- Si se entera que uno de sus proveedores abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si considera que no reemplazamos a su anterior proveedor con un proveedor calificado o que no administramos su atención de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO), una queja formal sobre la calidad de la atención o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Los proveedores fuera de la red son los que no tienen contrato para trabajar con Molina Healthcare. A excepción de la atención de emergencia, la atención familiar, la atención delicada y la atención

previamente aprobada por Molina Healthcare, es posible que deba pagar cualquier atención que reciba de proveedores fuera de la red en su área de servicio.

Si necesita servicios de atención médica médicamente necesarios que no están disponibles en la red, es posible que pueda obtenerlos de un proveedor fuera de la red de forma gratuita. Molina Healthcare puede aprobar una remisión a un proveedor fuera de la red si los servicios que necesita no están disponibles dentro de la red o están ubicados muy lejos de su domicilio. Si le damos una remisión a un proveedor fuera de la red, nosotros pagaremos por la atención.

Para recibir atención médica urgente dentro del área de servicio de Molina Healthcare, debe consultar a un proveedor de atención médica urgente dentro de la red de Molina Healthcare. No necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir atención médica urgente de un proveedor dentro de la red. Necesita obtener una aprobación previa (autorización previa) para recibir atención médica urgente de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio de Molina Healthcare.

Si recibe atención médica urgente de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio de Molina Healthcare, es posible que tenga que pagarla.

Fuera del área de servicio

Si está fuera del área de servicios de Molina Healthcare y la atención que necesita no es una emergencia o urgencia, llame de inmediato a su PCP.

Para atención de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Molina Healthcare cubre atención de emergencia fuera de la red. Si viaja a Canadá o México y necesita atención de emergencia que requiera hospitalización, Molina Healthcare cubrirá su atención. Si realiza un viaje internacional fuera de Canadá o México y necesita atención de emergencia, de urgencia, u otro servicio de atención médica, Molina Healthcare no cubrirá su atención.

Si se encuentra en otro estado o en un territorio de los Estados Unidos, como American Samoa, Guam, Northern Mariana Islands, Puerto Rico o Virgin Islands de los Estados Unidos, está cubierto para recibir atención de emergencia. No todos los hospitales y médicos aceptan Medicaid. (Medi-Cal es el nombre que recibe Medicaid únicamente en California). Si necesita atención de emergencia fuera de California, dígale al médico del hospital o de la sala de emergencias que tiene Medi-Cal y es miembro de Molina Healthcare lo antes posible.

Pida al hospital que haga copias de su tarjeta de identificación de Molina Healthcare. Dígale al hospital y a los médicos que facturen a Molina Healthcare. Si usted recibe una factura por los servicios que recibió en otro estado, llame a Molina Healthcare inmediatamente. Trabajaremos con el hospital o el médico para coordinar que Molina Healthcare pague por su cuidado. Si usted está fuera de California y tiene una necesidad de emergencia de surtir medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, solicite que la farmacia llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.

Nota: Los indígenas de los EE. UU. pueden recibir servicios en IHCP fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre la atención fuera de la red o fuera del área de servicios, llame al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711). Si el consultorio está cerrado y desea recibir ayuda de un representante, de Molina Healthcare, llame a la línea de enfermería al 1-888-275-8750 (inglés) o al 1-866-648-3537 (español).

Si necesita atención médica urgente fuera del área de servicio de Molina Healthcare, vaya al centro de atención médica urgente más cercano. Si viaja fuera de Estados Unidos y necesita atención de urgencia, Molina Healthcare no cubrirá su atención. Para obtener más información sobre atención de urgencia, lea “Atención de urgencia” más adelante en este capítulo.

Si usted acude a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe aceptar Medicare o Medi-Cal.

- Nosotros no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Medi-Cal.
  - Si consulta a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
  - Los proveedores deben informarle a usted si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los LTSS pueden ayudarle a permanecer en casa y evitar una estadía en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Tiene acceso a determinados LTSS a través de nuestro plan, incluidos los cuidados en un centro de enfermería especializada, los servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los apoyos en la comunidad. Otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar, está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado. Su Administrador de Cuidados puede ayudarle a solicitar IHSS ante la agencia de servicios sociales de su condado. Para obtener información sobre las agencias de servicios sociales específicas del condado, visite https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices.

F. Servicios de salud conductual (trastorno de salud mental y trastorno por abuso de sustancias)

Tiene acceso a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a los servicios de salud conductual cubiertos por Medicare y la atención administrada de Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios de salud mental especializada de Medi-Cal o servicios de trastorno por consumo de sustancia del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través del plan médico de salud mental de su condado.

- Departamento de Salud Mental del Condado de Los Angeles
- Sistema de salud de la Universidad de Riverside – Salud conductual
- Departamento de Salud Conductual del condado de San Bernardino
- Condado de San Diego – Servicios de salud conductual

F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios de salud mental especializada de Medi-Cal están disponibles a través del plan médico de salud mental (MHP) del condado si usted cumple con los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal, proporcionados por el Sistema de Salud de la Universidad de Riverside: Salud Conductual, el Departamento de Salud

Conductual del Condado de San Bernardino, los Servicios de Salud Conductual del Condado de San Diego y el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Angeles, incluyen lo siguiente:

- Servicios médicos de salud mental.
- Servicios de apoyo de medicamentos.
- Servicios de tratamiento diurno intensivo.
- Rehabilitación durante el día.
- Servicios de intervención de crisis.
- Servicios de estabilización de crisis.
- Servicios de tratamiento residencial para adultos.
- Servicios de tratamiento residencial de crisis.
- Servicios en centros psiquiátricos de salud.
- Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados.
- Administración de casos específicos.
- Reingreso relacionado con la justicia.
- Tratamiento asertivo comunitario (ACT).
- Tratamiento asertivo comunitario forense (FACT).
- Atención especializada coordinada (CSC) para el primer episodio de psicosis (FEP).
- Servicios de espacio comunitario de rehabilitación.
- Servicios de trabajadores de la salud comunitarios mejorados (CHW).
- Empleos para personas con discapacidades.
- Servicios de apoyo de pares.
- Servicios de intervención en situaciones de crisis móviles basados en la comunidad.
- Servicios conductuales diurnos.
- Servicios terapéuticos de crianza temporal.
- Coordinación de cuidados intensivos.
- Servicios intensivos en el hogar.

Entre los servicios de medicamentos de Medi-Cal proporcionados por los condados de Riverside, San Diego y San Bernardino o para el condado de Los Angeles, el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles incluye:

- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo.
- Tratamiento perinatal residencial para el trastorno de abuso de sustancias.
- Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios.
- Programa de tratamiento de estupefacientes.
- Medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado Tratamiento Asistido con Medicamentos).
- Servicios de apoyo de pares.

Los servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS) están disponibles para usted a través de los condados de Riverside, San Diego y San Bernardino o para el

condado de Los Angeles, el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles, si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Entre los servicios DMC-ODS, se incluyen los siguientes:

- Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios.
- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo.
- Servicios de hospitalización parcial
- Medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado Tratamiento Asistido con Medicamentos).
- Servicios de tratamiento residencial.
- Servicios de manejo de la abstinencia.
- Programa de tratamiento de estupefacientes.
- Servicios de recuperación.
- Coordinación de cuidados.
- Servicios de apoyo de pares.
- Servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años).
- Examen de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (para miembros menores de 21 años).
- Servicios de tratamiento para pacientes internados.

Además de los servicios antes mencionados, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación en el hospital, si cumple con los criterios.

Molina Medicare Complete Care Plus proporciona acceso a diversos proveedores de salud mental y especialistas en abuso de sustancias. Puede encontrar una lista de proveedores en el sitio web para miembros de Molina Medicare Complete Care Plus o llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Para obtener una copia actualizada del Directorio de Proveedores y Farmacias o para obtener asistencia adicional para elegir un proveedor de salud conductual, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Para acceder a algunos servicios se le puede requerir que obtenga una Autorización Previa. Usted o su proveedor de salud conductual o su PCP puede solicitar una autorización previa del Departamento de Administración de Utilización de Servicios de Molina Healthcare por teléfono, fax o correo, según la urgencia del servicio solicitado.

Consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** para obtener información acerca de cuáles servicios requieren autorización previa. Se debe determinar la atención como necesaria. Médicamente necesario significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud mental actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para personas mayores. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los niveles aceptados de práctica médica y salud conductual.

Si está recibiendo servicios o necesita obtener servicios de salud mental de especialistas de Medi-Cal o servicios de medicamentos que están disponibles para usted por medio del plan médico de salud mental (MHP) del condado, los Administradores de Casos de Molina Medicare Complete Care Plus pueden ayudar a remitirlo a los recursos del condado adecuados para una evaluación. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia. También puede comunicarse

con el condado directamente. Consulte los números correspondiente del condado en la información a continuación.

Servicios de salud mental especializada

Departamento de Salud Mental del Condado de Los Angeles: 1-800-854-7771

Riverside University Health System – Salud Conductual: 1-800-499-3008

Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino: 1-888-743-1478

Servicios de Salud Conductual del Condado de San Diego: 1-888-724-7240.

Servicios de medicamentos de Medi-Cal

Departamento de Salud Pública del Condado de Los Angeles: 1-844-804-7500.

Riverside University Health System – Salud Conductual: 1-800-499-3008

Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino: 1-888-724-7240

G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico que no sea de emergencia

Tiene derecho a obtener transporte médico que no sea de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten utilizar un automóvil, autobús o taxi para acudir a sus citas. Se puede proporcionar transporte médico que no sea de emergencia para servicios cubiertos, como citas médicas, dentales, de salud mental, por consumo de sustancias y de farmacia. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, puede hablar con su PCP y solicitarlo. El PCP decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, se lo indicarán completando un formulario y presentándolo a Molina Medicare Complete Care Plus para su aprobación. Según su necesidad médica, la aprobación es válida por un año. Su PCP u otro proveedor volverán a evaluar su necesidad de transporte médico que no sea de emergencia para volver a aprobarlo cada 12 meses.

El transporte médico que no es de emergencia es una ambulancia, furgoneta con camilla, furgoneta para silla de ruedas o transporte aéreo. Molina Medicare Complete Care Plus permite el modo de transporte cubierto de menor costo y el transporte médico que no sea de emergencia más apropiado para sus necesidades médicas cuando necesite que lo lleven a su cita. Por ejemplo, si usted puede ser transportado física o médicamente por una furgoneta para sillas de ruedas, Molina Medicare Complete Care Plus no pagará una ambulancia. Usted solo tiene derecho al transporte aéreo si su condición médica imposibilita cualquier forma de transporte terrestre.

El transporte que no sea de emergencia debe utilizarse en las siguientes ocasiones:

- Lo necesita física o médicamente, según lo determine una autorización escrita de su PCP, porque no puede utilizar un autobús, un taxi, un automóvil o una furgoneta para llegar a su cita.
- Necesita ayuda del conductor de ida y vuelta a su residencia, vehículo o lugar de tratamiento, por una discapacidad física o mental.

Si desea solicitar transporte médico que su médico le indicó para acudir a **citas de rutina** no urgentes, llame a Medi-Cal al 1-800-541-5555 con al menos 2 días de anticipación (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a mano su Tarjeta de Identificación del Miembro cuando llame. También puede llamar para obtener más información.

Límites de transporte médico

Molina Medicare Complete Care Plus cubre el transporte médico de menor costo que cumpla con sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano que tenga una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal, pero no a través del plan médico, Molina Medicare Complete Care Plus lo ayudará a programar su transporte. En el **Capítulo 4** de este manual, se encuentra una lista de servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o del área de servicio de Molina Medicare Complete Care Plus, a menos que se autorice previamente.

G2. Transporte no médico

Los beneficios de transporte no médico incluyen viajes hacia y desde sus citas para obtener un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener transporte, sin costo para usted, en los siguientes casos:

- Viaje hacia y desde una cita para obtener un servicio autorizado por su proveedor **o**
- Retiro de recetas y suministros médicos.

Molina Medicare Complete Care Plus le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otro medio privado/público para llegar a su cita en caso de recibir los servicios autorizados por su proveedor. Molina Medicare Complete Care Plus utiliza Saferide para organizar el transporte no médico. Cubrimos el tipo de transporte no médico de menor costo que cumpla con sus necesidades.

En ciertas ocasiones, se le pueden reembolsar los viajes en un vehículo privado que usted coordina. Molina Medicare Complete Care Plus debe aprobar esto **antes** de que usted realice el viaje. Asimismo, usted debe informarnos el motivo por el que no puede realizar el viaje de otra manera, como en un autobús. Puede informarnos por teléfono, email o en persona. **No se le puede realizar un reembolso por conducir usted mismo.**

El reembolso de millas requiere que se presenten todos los siguientes documentos:

- La licencia de conducir del conductor.
- El registro del vehículo del conductor.
- Un comprobante del seguro automotor para el conductor.

Si desea solicitar transporte para servicios que han sido autorizados, llame a Medi-Cal al 1-800-541-5555 al menos con 2 días de anticipación (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame

lo antes posible. Tenga a mano su Tarjeta de Identificación del Miembro cuando llame. También puede llamar para obtener más información.

Nota: Los Miembros Indígenas de los EE. UU. pueden comunicarse con su Clínica de Servicios de Salud para Indígenas local si desean solicitar transporte no médico.

Límites del transporte no médico

Medi-Cal proporciona el transporte no médico de menor costo que cumpla con sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde exista una cita disponible. **No puede conducir usted mismo ni recibir reembolsos directamente.**

El transporte no médico **no** se aplica en los siguientes casos:

- Se necesita una ambulancia, furgoneta con camilla, furgoneta para silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no sea de emergencia para llegar al lugar donde recibirá un servicio.
- Necesita asistencia del conductor de ida y vuelta a su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición física o médica.
- Usted está en una silla de ruedas y no puede entrar ni salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- El servicio no tiene cobertura de Medicare ni Medi-Cal.

H. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando se necesita urgentemente o durante una catástrofe

H1. Atención en una emergencia médica

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

- Serio riesgo para su vida o a la de su hijo nonato**.**
- Pérdida de las funciones corporales o grave daño en estas**.**
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo**.**
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, en los siguientes casos:
  - No hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
  - Un traslado a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato.

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** necesita la aprobación ni una derivación de su PCP. No es necesario que acuda a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU., sus territorios o en todo el mundo, y de cualquier proveedor con una autorización estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.

- **En cuanto pueda, informe al plan sobre su emergencia.** Realizamos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Sin embargo, usted no pagará los servicios de emergencia si tarda en informarnos. El número del Departamento de Servicios para Miembros figura al final lo de esta página.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencias con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

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

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

Obtención de atención de emergencia si no era una emergencia

A veces, es difícil determinar si se tiene una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que usted acuda a recibir atención de emergencia y el médico diga que, en realidad, no era una emergencia médica. Cubrimos la atención médica si usted creía 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 ocurre lo siguiente:

- Recurre a un proveedor de la red**.**
- La atención adicional que obtenga se considera “atención médica requerida urgentemente”, y usted sigue las reglas para obtener esta atención médica. Consulte la siguiente sección.

H2. Atención médica requerida urgentemente

La atención médica requerida urgentemente son cuidados que recibe en una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidados inmediatos. Por ejemplo, puede sufrir un brote de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención médica requerida con urgencia en el área de servicio de nuestro plan

Cubrimos la atención médica requerida urgentemente solo en los siguientes casos:

- Usted recibe esta atención de un proveedor de la red**.**
- Usted sigue las reglas que se describen en este capítulo.

Si no es posible ni razonable conseguir un proveedor de la red, debido al momento, lugar o circunstancia, nosotros cubriremos la atención médica requerida urgentemente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Atención médica requerida urgentemente fuera del área de servicios de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá obtener la atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención médica requerida urgentemente que reciba de cualquier proveedor. Cuando un proveedor de la red no está disponible o no se puede acceder a él momentáneamente, se puede obtener atención médica de emergencia usando cualquier centro de atención médica de emergencia disponible. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería al (888) 275-8750 para usuarios de habla inglesa y español. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Sin embargo, las consultas de rutina a un proveedor que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

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

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y requeridos urgentemente en cualquier parte fuera de los Estados Unidos conforme a las siguientes circunstancias.

Atención de emergencia hace referencia a los siguientes servicios:

- Son prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, **y**
- Son necesarios para la evaluación o el tratamiento de una emergencia médica.

Una emergencia médica constituye una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente. La afección 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:

- Grave riesgo para su salud o la de su hijo nonato.
- Daño grave en las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- Pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad.
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, en los siguientes casos:
  - No hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
  - Un traslado a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato.

La atención de emergencia es solo dentro de los Estados Unidos y sus territorios, excepto bajo circunstancias limitadas. Consulte con el plan para obtener más información.

Tiene internacional para servicios de atención de emergencia y urgentes hasta $10,000 por año calendario. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios en el **Capítulo 4**.

H3. Atención médica durante un desastre

Si el gobernador de California, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igualmente podrá recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre declarado: www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

I. Cómo proceder si le facturan directamente los servicios cubiertos

Si pagó más que su distribución de costos del plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber lo que debe hacer.

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

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se consideran médicamente necesarios **y**
- que se describen en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*), **y**
- que usted recibe siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted pagará el costo total por su cuenta,** a menos que esté cubierto por otro programa de Medi-Cal fuera de nuestro plan.

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

En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se explica qué debe hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También se le informa cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Para obtener más información acerca de sus derechos de apelación, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Pagamos por algunos servicios hasta un cierto límite. Si sobrepasa el límite, usted paga el costo total para continuar recibiendo ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea saber cuáles son los límites de los beneficios y qué cantidad de los beneficios utilizó.

J. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

J1. 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. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener aprobación de parte nuestra ni de su proveedor de atención primaria. **No** es necesario que los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio sean proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para miembros por Medicare Original, le recomendamos a usted o a su Administrador de Cuidados que se comuniquen con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de avisarnos que participará en un ensayo clínico.

J2. 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 por los servicios cubiertos en el estudio. Medicare pagará los servicios cubiertos en el estudio, así como los costos de rutina asociados a la atención. Al inscribirse en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cubiertos la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Estas incluyen:

- Habitación y comidas por hospitalizaciones que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos colaterales y las complicaciones de la nueva atención.

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica, pagamos cualquier costo que Medicare no apruebe, pero que nuestro plan apruebe. Si es parte de un estudio que Medicare o nuestro plan **no han aprobado**, usted paga cualquier costo derivado de la participación en el estudio.

J3. Más acerca de los 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 el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

K. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica en una institución no médica religiosa que brinda atención médica

K1. 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 está contra sus creencias religiosas, cubrimos 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 Part A (servicios no médicos de atención médica).

K2. Atención en una institución religiosa no médica que brinde atención médica

Para recibir atención 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 o tratamiento que sea **voluntario y no exigido** por las leyes federales, estatales o locales.
- Un tratamiento médico "exceptuado" es cualquier atención o tratamiento que **no sea voluntario y que se exige** según la ley federal, estatal o local.

Para recibir cobertura de nuestro plan, la atención 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.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le presten en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
  - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.

Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización. (Consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4**).

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) como miembro de nuestro plan

El DME incluye algunos elementos médicamente necesarios solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted es propietario de ciertos artículos DME, como los protésicos.

Otro tipo de DME que debe alquilar. Como miembro de nuestro plan, usted **no** será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuánto tiempo lo haya alquilado.

En algunas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad del DME a usted. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura al final de la página.

Incluso si tuvo el DME por hasta 12 meses consecutivos conforme a Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no** será propietario del equipo.

L2. La propiedad del DME si se cambia a Original Medicare

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

Si ya no tiene Medi-Cal, deberá realizar los 13 pagos seguidos bajo Medicare Original, o deberá realizar el número de pagos seguidos que establezca el plan MA, 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 médico en el programa de Medicare Original o un Plan MA.

Si realizó pagos para el artículo DME bajo Medicare Original o un plan MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos a Medicare Original o al plan MA no cuentan hacia los pagos que debe realizar después de salir de nuestro plan.**

- Deberá realizar los 13 pagos seguidos bajo Medicare Original, o el número de nuevos pagos seguidos que establezca el plan MA, para hacerse propietario del articulo DME.
- No hay excepciones a esto cuando vuelve a Medicare Original o al plan MA.

L3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan

Si califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos:

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

- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno.

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

L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA)

En el caso de que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y **usted deje nuestro plan y se cambie a Medicare Original**, usted lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios enumerados anteriormente. Medicare y Medi-Cal cubren estos pagos si todavía está inscrito en Medicare y Medi-Cal.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses,** su proveedor debe proporcionar lo siguiente:

- equipo de oxígeno, suministros y servicios durante otros 24 meses;
- 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 periodo de 5 años.
- Usted alquila el equipo a un proveedor durante 36 meses.
  - Luego, su proveedor proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- El ciclo nuevo comienza cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

En este capítulo, se le informa acerca de los servicios que nuestro plan cubre y cualquier restricción o límite sobre aquellos servicios y cuánto paga por cada uno de ellos. También se le informa acerca de beneficios no cubiertos bajo nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Nuevos Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP): En la mayoría de los casos, usted estará inscrito en Molina Medicare Complete Care Plus para recibir sus beneficios de Medicare el primer día del mes después de que solicite inscribirse en Molina Medicare Complete Care Plus. Es posible que siga recibiendo los servicios de Medi-Cal de su anterior plan médico de Medi-Cal durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Molina Medicare Complete Care Plus. No habrá ninguna interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al (855) 687-7860, TTY: 711.

Índice

A. Sus servicios cubiertos 63
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios 63
C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan 63
D. Tabla de beneficios de nuestro plan 65
E. Apoyos a la Comunidad 117
F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 125
F1. Programa de Servicios de Transición a la Comunidad (California Community Transitions, CCT) de California 125
F2. Medi-Cal Dental 125
F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) 126
F4. 1915(c) Programas de Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) 126
F5. Servicios de salud conductual del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias) 129
G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal 132

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y cuánto paga por cada servicio. 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** de este *Manual del Miembro*. En este capítulo también se explican los límites con respecto a algunos servicios.

Ya que recibe ayuda de Medi-Cal, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para conocer las reglas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame al Administrador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7860, TTY: 711.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

No permitimos que los proveedores le facturen a usted por servicios cubiertos dentro de la red. 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 cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto sucede, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica los servicios que paga nuestro plan. Allí se enumeran los servicios cubiertos por orden alfabético y su explicación respectiva.

Pagamos por los servicios descritos en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted **no** paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Proporcionamos servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios, incluidos la atención médica, los servicios de salud conductual y de consumo de sustancias, los servicios y el apoyo a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos, deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario se refiere a servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para evitar, diagnosticar o tratar una condición médica, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten su ingreso a un hospital o centro de enfermería. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los estándares aceptados de práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, durante los primeros 90 días no podemos exigirle que obtenga aprobación por adelantado para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o que su plan o un proveedor de la red le hayan otorgado una derivación. El **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* 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 atención que proporciona y administra su atención médica.
- Cubrimos algunos servicios que aparecen en la Tabla de beneficios únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). En la Tabla de beneficios, marcamos con un asterisco (*) los servicios cubiertos que necesitan autorización previa (PA).
- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de una autorización previa (PA) para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención en función de los criterios de cobertura, su historia clínica y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Si pierde sus beneficios de Medi-Cal, dentro del periodo de 3 meses de elegibilidad continua considerada, sus beneficios de Medicare en este plan continuarán. Sin embargo, es posible que su servicio de Medi-Cal no esté cubierto. Comuníquese con la oficina de elegibilidad de su condado o con Health Care Options para obtener información sobre su elegibilidad para Medi-Cal. Puede conservar sus beneficios de Medicare, pero no sus beneficios de Medi-Cal.

Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas afecciones crónicas.

- Si padece cualquiera de las siguientes afecciones crónicas y cumple determinados criterios médicos, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales:
  - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD)
  - Cáncer
  - Trastornos autoinmunitarios
  - Trastornos cardiovasculares
  - Insuficiencia cardíaca crónica
  - Demencia
  - Diabetes mellitus
  - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
  - Enfermedad gastrointestinal crónica
  - Enfermedad renal crónica
  - Trastornos hematológicos graves
  - HIV/AIDS
  - Trastornos pulmonares crónicos
  - Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
  - Trastornos neurológicos

- Accidente cerebrovascular
- Postrasplante de órgano
- Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores
- Afecciones asociadas con deterioro cognitivo
- Condiciones con desafíos funcionales
- Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
- Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o mantengan el funcionamiento

- Consulte la fila “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” en la Tabla de beneficios para obtener más información.
- Comuníquese con nosotros para obtener más información.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal Pagamos solo una vez por un examen preventivo de ecografía para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.
	Acupuntura Pagamos hasta dos servicios de acupuntura ambulatorios en cualquier mes calendario o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si tiene lumbago crónico, definido de la siguiente manera: • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no estar asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está asociado con una intervención quirúrgica; **y** • no está asociado con el embarazo. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Usted paga $0 por cada tratamiento cubierto por Medicare

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Acupuntura (continuación) Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura por lumbago crónico si muestra una mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/ enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifican en 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o un título de doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia vigente, plena, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el District of Columbia. El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
	Acupuntura: rutina* Consultas de acupuntura ilimitadas por año.	$0 **Es posible que se requiera autorización previa**.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento Pagamos por una prueba de detección de abuso de alcohol (SABIRT) para adultos que abusan del alcohol, pero no son dependientes de él. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si se le diagnostica que abusa del alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento psicológico por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento psicológico) suministradas por un proveedor de atención primaria (PCP) capacitado o un proveedor médico en un entorno de atención primaria.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud. os servicios de ambulancia para otros casos (no urgentes) deben ser aprobados por nosotros. En algunos casos que no son emergencias, es posible que paguemos una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.	Usted paga $0 por cada traslado de ida en ambulancia cubierto por Medicare. **Se requiere una autorización previa únicamente para transporte en ambulancia que no sea de emergencia.** Si necesita atención de emergencia, marque el 911 y solicite una ambulancia. Consulte “Cobertura internacional de emergencia y urgencia” en esta tabla si necesita transporte de emergencia en ambulancia fuera de los Estados Unidos.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Examen físico anual (suplementario) El examen físico anual de rutina proporciona cobertura para los servicios adicionales de examen físico que solo puede prestar un médico, una enfermera especializada o un médico asociado. Esta es una gran oportunidad para centrar la atención en la prevención y en los exámenes de detección. Durante un examen físico de rutina, el médico lo examinará para identificar problemas mediante inspección visual, palpación, auscultación y percusión. Los últimos tres involucran contacto físico directo con el paciente y son necesarios para identificar la presencia (o ausencia) de una afección física.	$0 Si se requieren servicios adicionales, el proveedor lo referirá a un especialista o presentará una autorización previa si es necesario.
	Consulta preventiva anual Puede hacerse un chequeo médico anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos por esto una vez cada 12 meses. **Nota:** su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de **Bienvenida a Medicare**. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de **Bienvenida a Medicare** para tener cubiertas las consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.
	Servicios preventivos del asma Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del entorno del hogar destinada a detectar los desencadenantes que se encuentran habitualmente en el hogar para las personas con asma mal controlada.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios preventivos del asma.
	Mediciones de masa ósea Pagamos 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. El plan cubre los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son médicamente necesarios. También pagamos por un médico para que examine y opine sobre los resultados.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Cubrimos los siguientes servicios: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)* Pagamos por los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener una remisión **u** orden del médico. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para servicios de rehabilitación cardíaca. **Es posible que se requiera autorización previa.**
	Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento de enfermedades del corazón) Pagaremos por una consulta anual, o más de ser médicamente necesario, a su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante la consulta, es posible que su médico haga lo siguiente: • hable sobre el uso de la aspirina; • mida su presión arterial **o** • le dé consejos para asegurarse de que tenga una alimentación saludable.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.
	Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagaremos por los análisis de sangre para determinar si existe una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también determinan si existen defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Cubrimos los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses. • Para las mujeres que presentan alto riesgo de cáncer cervical: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres de 30 a 65 años: prueba del virus del papiloma humano (HPV) o prueba de Papanicolaou más HPV una vez cada 5 años.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare.
	Servicios quiroprácticos Cubrimos los siguientes servicios: • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.	Paga $0 por consulta para estos servicios cubiertos por Medicare.
	Servicios de control y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el control de la medicación y la coordinación y planificación de la atención.	La distribución de costos de este servicio variará según los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento. Paga $0 por consulta para estos servicios cubiertos por Medicare.
	Examen de detección de cáncer colorrectal Cubrimos los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes mayores de 45 años de edad que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopía flexible de detección o colonoscopía de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o una colonografía por tomografía computadas. • Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios dentales (cubiertos por Medicare) Pagamos ciertos servicios dentales, incluidos, entre otros, limpiezas, empastes y dentaduras postizas. Lo que no cubrimos está disponible a través del Programa Dental de Medi-Cal, descrito en la **Sección G2** a continuación. Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de un órgano.	$0 No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los servicios dentales cubiertos por Medicare.
	Servicios dentales (suplementarios)* Ofrecemos beneficios dentales adicionales que incluyen servicios dentales como limpiezas, rellenos y dentaduras postizas. Usted tiene una asignación máxima de $3,600 por cada año calendario para todos los servicios dentales integrales suplementarios, incluidas las dentaduras postizas. La asignación máxima anual no se aplica a sus servicios dentales preventivos y suplementarios. Solo los servicios enumerados a continuación están cubiertos y cada servicio tiene un límite específico (p. ej., asignación máxima, cantidad de procedimientos o frecuencia de los servicios). • Exámenes bucales ◦ Hasta 2 cada año calendario; D0120, D0140, D0150 o D0180 permitidos una vez por proveedor O ubicación de por vida. • Radiografías dentales ◦ Hasta 4 radiografías de mordida (D0272/D0274, D0273) por año calendario ◦ Hasta 6 periapicales (D0220/D0230) por año calendario ◦ 1 panorámica (D0330) cada 5 años calendario **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica ningún coseguro, copago o deducible. Usted puede ser responsable de los costos si un servicio no está cubierto o si excede su asignación máxima. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Nota: Esta cobertura es para el beneficio suplementario dental de Medicare. Algunos servicios dentales están disponibles a través del Programa Medi-Cal Dental. Los beneficios dentales están disponibles en el Programa de Pago por

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios dentales (suplementarios) (continuación) ◦ 1 tomosíntesis intraoral-serie completa (D0372) cada 5 años calendario ◦ D0330 y D0372 permitidos una vez cada 5 años calendario; no se cubre con D0272 o D0274 en el mismo año calendario. • Profilaxis (limpiezas) ◦ Hasta 2 cada año calendario (D1110). • Tratamiento con flúor ◦ Hasta 2 por cada año calendario (D1206, D1208). • Periodoncia (limpieza de sarro profunda) ◦ Hasta 4 cuadrantes cada 2 años calendario. La cobertura incluye cualquier combinación de D4341 o D4342. • Periodoncia (desbridamiento) ◦ Hasta 1 por año calendario (D4355) ◦ Hasta 2 por año calendario (D4910) • Servicios de restauración (rellenos) ◦ Hasta 6 restauraciones cada año calendario de cualquiera de los códigos ADA de restauración basada en resina o amalgama (D2140-D2161, D2330-D2335, y D2391-D2394). • Extracciones (simples) ◦ Hasta 8 cada año calendario (D7140) • Extracciones (quirúrgicas) ◦ Hasta 3 cada año calendario (D7210, D7220, D7230, D7240, D7241) • Incisión y drenaje ◦ Hasta 1 por diente de por vida (D7510, D7511, D7520, D7521) • Coronas y reparación de coronas ◦ Hasta 2 cada año calendario; una vez cada 5 años por diente (D2510-D2530; D2542-D2544; D2620, D2630; D2642-D2644; D2650-D2652; D2662-D2664; D2710-D2722; D2740, D2750, D2751, D2752; D2781-D2783; D2790-D2794; D2799; D2951-D2954; D2980) **Este beneficio continúa en la siguiente página**	Servicio de Medi-Cal Dental. Si desea obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el Programa Dental de Medi-Cal, comuníquese con la línea de Servicio de Atención al Cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes del Programa de Servicios Dentales de Medi-Cal están disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información, también puede visitar la página web en dental.dhcs.ca.gov/. Puede ser elegible para recibir servicios dentales adicionales a través del Programa Dental de Medi-Cal cuando visite a un proveedor dental de Medi-Cal. Consulte la Sección F2 para obtener más información sobre los beneficios a través del Programa Dental de Medi-Cal.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios dentales (suplementarios) (continuación) • Endodoncias/Tratamientos de conducto ◦ Hasta 1 por diente, cada año calendario (D3220; D3310-D3330; D3410, D3421, D3425, D3426) • Dentaduras postizas ◦ Hasta 1 dentadura postiza (completa, inmediata o parcial) cada 3 años naturales; hasta el monto máximo de la cobertura anual del plan (D5110-D5140; D5211-D5214; D5221-D5228) • Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas ◦ Hasta 4 cada año calendario (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671, D5710, D5711, D5720, D5721, D5725, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761, D5765) • Tratamiento paliativo de emergencia ◦ Hasta 4 cada año calendario (D9110) • Anestesia (sedación profunda e intravenosa) ◦ Cubierto con cirugía oral (D9222, D9223, D9224, D9225, D9239, D9243) Estos códigos pueden ser actualizados por la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA) durante el año. Si tiene alguna pregunta acerca de un código dental de ADA, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Su número se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación del miembro del plan. Algunos servicios dentales requieren de autorización previa. Su proveedor se encargará de tramitar cualquier autorización que requiera el plan. Los servicios cosméticos que no están cubiertos por el plan.	
	Examen de detección de la depresión Pagamos por un examen de detección de depresión una vez por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que brinde tratamientos de seguimiento o derivaciones.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Examen de detección de diabetes Pagamos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial alta (hipertensión). • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia). • Obesidad. • Antecedentes de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos otros casos, como por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Usted puede calificar para realizarse hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses, después de la fecha de la prueba de detección de diabetes más reciente.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
	Suministros, servicios y capacitación para el autocontrol de la diabetes Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para comprobar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes: ◦ Un monitor de glucosa en sangre. ◦ Tiras de prueba de glucosa en sangre. ◦ Lancetas y dispositivos para lancetas. ◦ Soluciones para control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas diabéticas que padecen la enfermedad de pie diabético grave, pagamos lo siguiente: ◦ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida con el ajuste incluido (plantillas incluidas) y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario. ◦ Un par de zapatos de profundidad con horma incluida y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas suministradas con dichos zapatos) **Este beneficio continúa en la siguiente página**	Usted paga $0 por este beneficio. Los suministros están cubiertos cuando tiene una receta y la surte en una farmacia minorista de la red o a través del programa de Farmacia de Servicio por Correo. Consulte “Cuidado para la vista” en esta tabla para acceder a los servicios del médico si necesita un examen de la vista para retinopatía diabética o detección de glaucoma. Consulte “Servicios de podología” en esta tabla si es diabético y necesita un médico para que le realice un examen de los pies. Consulte “Terapia de nutrición médica” en esta tabla si es diabético y

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Suministros, servicios y capacitación para el autocontrol de la diabetes (continuación) • En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. • Ciertos suministros para diabéticos, incluidos los productos para análisis de glucosa en sangre, se limitan a marcas y fabricantes específicos. Los productos para diabéticos preferidos son las marcas de Trividia Health (TrueMetrix). Puede encontrar una lista actualizada de estos insumos para diabéticos en nuestro sitio web.	necesita servicios de terapia de nutrición médica (NT). **Es posible que se requiera autorización previa para suministros, calzado y accesorios para diabéticos.** **No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.** **No se requiere autorización previa para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.**
	Servicios de doulas A las personas embarazadas les pagamos nueve consultas con una partera durante el periodo prenatal y el posparto, así como apoyo durante el parto. También se pueden proporcionar hasta nueve consultas posparto adicionales.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para servicios de doulas.
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* Consulte el **Capítulo 12** de este *Manual del Miembro* para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: • Sillas de ruedas, incluidas las eléctricas. • Muletas. • Sistemas de colchones eléctricos. • Almohadilla de presión seca para colchón. • Suministros para diabéticos. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	Usted paga $0 por el DME y los suministros relacionados cubiertos por Medicare. **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (continuación) • Camas de hospitales pedidas por un proveedor para su uso en el hogar. • Bomba de infusión intravenosa (IV) y tubo. • Dispositivos de asistencia para el habla. • Equipos y suministros de oxígeno. • Nebulizadores. • Andadores. • Bastón estándar de mango curvo o bastón cuádruple y materiales de reemplazo. • Tracción cervical (puerta basculante). • Estimulador óseo. • Equipo para la atención de la diálisis. Es posible que se cubran otros artículos. Pagamos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y Medi-Cal 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.	
	Atención de emergencia Atención de emergencia hace referencia a los siguientes servicios: • Son prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, **y** • Son necesarios para la evaluación o el tratamiento de una emergencia médica. Una emergencia médica constituye una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente. 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: • Grave riesgo para su salud o la de su hijo nonato**.** • Daño grave en las funciones corporales**.** • Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su emergencia se haya estabilizado, debe regresar a un hospital de la red para que se continúe cubriendo su atención médica. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención para pacientes internados únicamente si nuestro plan aprueba su permanencia.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Atención de emergencia (continuación) • Pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, en los siguientes casos: ◦ No hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto. ◦ Un traslado a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato. La atención de emergencia es solo dentro de los Estados Unidos y sus territorios, excepto bajo circunstancias limitadas. Consulte con el plan para obtener más información. Como beneficio adicional, ofrecemos una cobertura de emergencias internacional de hasta $10,000 cada año calendario para transporte de emergencia, atención urgente, atención de emergencia y posterior a la estabilización.	
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Cubrimos los siguientes servicios: • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (anticonceptivos intrauterinos [IUC]/IUD, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo). • Suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón). • Servicios de fertilidad limitados, como asesoramiento y educación sobre técnicas de conocimiento de la fertilidad o asesoramiento sobre salud antes de la concepción, pruebas y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (STI). **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para servicios de planificación familiar.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de planificación familiar (continuación) • Asesoramiento y pruebas para detectar HIV, AIDS y otras afecciones relacionadas con el HIV. • Anticoncepción permanente (debe ser mayor de 21 años de edad para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización por lo menos 30 días antes, pero no más de 180 días antes, de la fecha de la cirugía). • Asesoramiento sobre genética. También pagamos por algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, deberá acudir a un proveedor de nuestra red para los siguientes servicios: • El tratamiento de condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para el AIDS y otras afecciones relacionadas con el HIV. • Pruebas genéticas. Los productos y medicamentos de planificación familiar de venta libre que no están cubiertos por Medicare Part D pueden estar cubiertos por su beneficio de Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Necesitará su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.	
	Beneficio de acondicionamiento físico (suplementario) Usted recibe una membresía en los gimnasios participantes. Si no puede asistir a un gimnasio o prefiere también ejercitarse en casa, puede seleccionar un equipo para ejercitar en casa. El equipo le ayudará a mantenerse activo en la comodidad de su casa. Las opciones para ejercitarse en el hogar incluyen la elección de un rastreador de actividad física, kits de fuerza o de yoga. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Siempre hable con su médico antes de comenzar o cambiar su rutina de ejercicios.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Beneficio de acondicionamiento físico (suplementario) (continuación) Si decide ejercitarse en un centro de acondicionamiento físico, puede visitar el sitio web y seleccionar un centro participante, o bien puede ir directamente a un centro de acondicionamiento físico participante para comenzar. Las instalaciones y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los equipos están sujetos a cambios.	
	Programas educativos sobre salud y bienestar Ofrecemos muchos programas que se centran en ciertas afecciones de salud. Algunas de ellas son las siguientes: • Clases de Educación de la salud. • Clases de Educación nutricional. • Programa para dejar de fumar**.** • Línea Directa de Enfermería. <u>Asesoría nutricional/alimentaria</u> Consulte el beneficio “Asesoramiento nutricional (suplementario)” en esta tabla. <u>Línea de consejos de enfermería</u> Ya sea que usted tenga una preocupación de salud inmediata, preguntas acerca de una condición médica, o si desea información general acerca de los recursos de salud disponibles, la línea de consejos de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermería es: (888) 275-8750, TTY: (TTY/TDD: 711) Una enfermera registrada le ayudará a determinar si usted puede gestionar su atención médica en su hogar o si necesita de la atención de un profesional médico. Llame a cualquier hora, día o noche, para hablar con una enfermera registrada acerca de sus enfermedades o heridas. No es necesario contar con una derivación o autorización previa. Este servicio no debe ser usado en caso de emergencias. En caso de una emergencia, marque 911 inmediatamente.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para los programas educativos sobre salud y bienestar.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de audición* Pagamos pruebas de equilibrio y audición realizadas por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita un tratamiento médico. Están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor aprobado. Usted cuenta con la cobertura de 1 examen auditivo cada 2 años y del servicio de ajuste/evaluación de audífonos en 1 ocasión cada 2 años con su beneficio de Medi-Cal (Medicaid). Nuestro plan cubre un ajuste/evaluación adicional de los audífonos en 1 ocasión cada año. Si le indican que necesita audífonos, usted cuenta con una asignación para audífonos de $1,510 cada año para ambos oídos combinados con su beneficio de Medi-Cal (Medicaid). Además de los servicios de audición cubiertos por Medicare, puede realizarse una prueba auditiva de rutina una vez cada año calendario. Después del examen auditivo de rutina, se le podría medir para un audífono. El ajuste/la evaluación de audífonos se puede realizar una vez cada año calendario. Si le indican que necesita aparatos auditivos, puede recibir hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada 12 meses para ambos oídos combinados. También pagamos los audífonos cuando los receta un médico u otro proveedor calificado, incluidos: • Moldes, materiales y plantillas. • Reparaciones. • Un juego inicial de baterías. • Seis consultas de capacitación, ajustes y adaptación con el mismo proveedor después de que obtenga el audífono. • Alquiler, en periodo de prueba, de audífonos. • Dispositivos de asistencia auditiva, dispositivos auditivos de conducción ósea superficiales. • Servicios de audiología y posevaluación relacionados con audífonos.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Ayuda con ciertas afecciones crónicas Si se le diagnostica cualquiera de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas. Cada año, deberá presentar un formulario de Evaluación de Riesgos de la Salud que identifique que usted padece una de las afecciones enumeradas que podría empeorar si no tiene acceso a uno de los beneficios suplementarios especiales que se mencionan a continuación: Su elegibilidad será revisada anualmente y es posible que se requiera autorización previa. • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes mellitus • Trastornos pulmonares crónicos • Enfermedad renal crónica (CKD) • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) • Cáncer • Trastornos autoinmunitarios • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Enfermedad gastrointestinal crónica • Trastornos hematológicos graves • HIV/AIDS • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular • Postrasplante de órgano • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Afecciones asociadas con deterioro cognitivo • Condiciones con desafíos funcionales • Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible si utiliza su tarjeta de débito (Tarjeta My Choice) prefinanciada. Se requiere la participación en un programa de administración de atención. **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación) • Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o mantengan el funcionamiento Le ayudaremos a acceder a estos beneficios. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de atención para iniciar su proceso de solicitud u obtener información adicional. Nota: Al solicitar este beneficio, usted autoriza a los representantes de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) a ponerse en contacto con usted por teléfono, por correo o por cualquier otro método de comunicación que se indique expresamente en su solicitud. Los miembros deben utilizar su tarjeta de débito (Tarjeta MyChoice) prefinanciada y cargada previamente para pagar los servicios. **Alimentos y productos agrícolas:** Si es elegible, recibirá $63 por mes para gastar en sus Alimentos y productos agrícolas. Los fondos no utilizados al final de cada mes no se transferirán al mes siguiente. Puede utilizar la asignación de su tarjeta de débito (Tarjeta My Choice) prefinanciada para comprar una variedad de alimentos saludables de marca y genéricos en su tienda local participante más cercana o en línea con entrega a domicilio sin costo adicional en Members.NationsBenefits.com/Molina	
	Examen de detección de HIV Pagamos por un examen preventivo de HIV cada 12 meses para personas que cumplan con los siguientes requisitos: • soliciten una prueba de detección de HIV; **o** • tengan mayor riesgo de infección por HIV. Si está embarazada, pagamos hasta tres exámenes de detección de HIV durante el embarazo. También pagamos pruebas de detección de HIV adicionales cuando lo recomiende su proveedor.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del HIV cubierto por Medicare.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Atención de una agencia de atención médica domiciliaria Antes de que pueda obtener servicios médicos domiciliarios, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **Es posible que se requiera autorización previa.**
	Terapia de infusiones en el hogar 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. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar: • El medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina. • Equipos, como una bomba**.** • Suministros, como un tubo o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar, que incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención. • Capacitación y educación de los miembros que aún no están incluidas en el beneficio de DME. • Monitoreo remoto**.** **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Terapia de infusiones en el hogar (continuación) • 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.	
	Cuidados paliativos Tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos 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 cuidados de cualquier programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos, o sobre los cuales tenemos una participación financiera. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas. • Servicios de atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. **Los servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B que estén relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare:** • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor por sus servicios de cuidados paliativos, y cualquier servicio de la Parte A o de la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. **Para servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero no por Medicare Part A o Medicare Part B:** **Este beneficio continúa en la siguiente página**	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Cuidados paliativos (continuación) • Nuestro plan cubre los servicios que no estén cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B. Cubriremos los servicios que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. **Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Part D de nuestro plan:** • Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Si desea obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*. **Nota:** Si tiene una enfermedad grave, puede ser elegible para recibir cuidados paliativos, que brindan atención en equipo centrada en el paciente y la familia para mejorar su calidad de vida. Es posible que reciba cuidados paliativos al mismo tiempo que recibe atención curativa/regular. Consulte la sección Cuidados paliativos a continuación para obtener más información. **Nota:** Si necesita un cuidado distinto de los cuidados paliativos, llame a su administrador de atención para coordinar los servicios. La atención distinta a los cuidados paliativos es aquella que **no está** relacionada con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los miembros con enfermedades terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
	Inmunizaciones Cubrimos los siguientes servicios: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV). **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B, el HPV y el COVID-19.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Inmunizaciones (continuación) • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Part B. Pagamos por otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Part D. Consulte el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* para obtener más información. También pagamos todas las vacunas para adultos según lo recomendado por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (ACIP).	
	Atención hospitalaria para pacientes internados Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería de rutina. • Costos de unidades de cuidados especiales como las unidades de cuidados intensivos o coronarias. • Medicamentos y medicinas. • Análisis 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. • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Debe obtener aprobación de nuestro plan para recibir atención durante la internación en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control. **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) 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 aceptan la tarifa de Medicare, entonces usted puede optar por recibir sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si nuestro plan provee servicios de trasplante fuera del patrón de atención para nuestra comunidad y elige obtener el trasplante allí, coordinamos o pagamos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) proporcionará reembolso para alojamiento y comidas mientras se encuentre en un lugar alejado para la atención médica relacionada con el trasplante, con un máximo diario de hasta $150. Además, se puede pedir reembolso de millaje por el monto equivalente a las tarifas estándar de millaje para contribuyentes según lo descrito por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) ajustado y publicado mediante aviso. El monto máximo a pagar por todo el viaje, alojamiento, comidas y reembolso de millaje es cinco mil dólares ($5,000) por trasplante según las pautas del plan. • Sangre, incluidas su conservación y administración. • Servicios del médico **Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado. Incluso si permanece una noche en el hospital, puede que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta ficha técnica está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Pagamos por servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización. • Si necesita servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos durante los primeros 190 días. Luego, el organismo de salud mental local del condado paga los servicios psiquiátricos para pacientes internados. La autorización para la atención más allá de los 190 días se coordina con el organismo de salud mental local del condado. ◦ El límite de 190 días **no** se aplica a los servicios para la salud mental para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general • Si es mayor de 65 años de edad, pagamos por los servicios que recibe en un Instituto para enfermedades mentales (IMD).	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **Es posible que se requiera autorización previa.**
	Hospitalizaciones: Los servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta No pagamos por su estadía como paciente hospitalizado si ha utilizado todos sus beneficios como paciente hospitalizado o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria. Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención durante la hospitalización no está cubierta, podemos pagar los servicios que recibe mientras está en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • Servicios de médicos. • Pruebas de diagnóstico, tales como análisis de laboratorio. • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Hospitalizaciones: Los servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones. • Aparatos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluidos reemplazo o reparación de dichos aparatos. Son dispositivos que reemplazan todo o parte de lo siguiente: ◦ Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo). ◦ La función de un órgano interno dañado o que no funciona bien. • Ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello, amarres y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en su afección. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	
	Materiales y servicios para enfermedades renales Cubrimos los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar acerca del cuidado de los riñones y ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener una enfermedad renal crónica en fase IV y su médico debe derivarlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos 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** de su *Manual del Miembro*, o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no puede atender pacientes de manera provisional. • Tratamientos de diálisis a pacientes internados, si usted es ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales. • Capacitación sobre autodiálisis, que incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Usted no paga nada por estos servicios. Medicare cubre hasta 6 sesiones durante toda su vida.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Materiales y servicios para enfermedades renales (continuación) • 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. Medicare Part B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte la sección “Medicamentos de Medicare Part B” en esta tabla.	
	Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Nuestro plan paga un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si cumple con lo siguiente: • Tiene entre 50 y 77 años de edad**.** • Tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado**.** • Ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga por otra prueba de detección cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor aprobado. Si un proveedor opta por brindar asesoramiento sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y una consulta para la toma de decisión conjunta sobre los exámenes de detección de cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	$0 No hay coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y las consultas de toma de decisión conjunta cubiertos por Medicare.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Beneficio de comidas: comidas crónicas (suplementario) Bajo este beneficio, si tiene una afección crónica elegible que incluye diabetes, CHF, trastornos cardiovasculares (limitados a arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico), demencia y trastornos pulmonares crónicos y participa en un Programa de administración de atención, recibe 14 comidas cada mes, durante 12 meses en el año calendario. Los tipos de comida se basarán en cualquier necesidad alimentaria que usted pueda tener. Planifica un total máximo de 168 comidas.	$0
	Beneficio de comidas: después del alta (suplementario) Las comidas se proporcionan inmediatamente después de cada cirugía u hospitalización, o para un diagnóstico de COVID o cuarentena en el hogar debido a una exposición a COVID que requiere que permanezca en su hogar durante un período de tiempo. Cubriremos 2 comidas al día, durante 14 días. Este beneficio se puede utilizar hasta 2 veces al año (56 comidas en total).	$0
	Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico. Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento personal durante el primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica de Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. Cubrimos 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 necesita tratamiento el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga por los servicios del MDPP para personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica sobre lo siguiente: • Cambio alimentario a largo plazo**.** • Aumento de la actividad física**.** • Formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
	Medicamentos de Medicare Part B Estos medicamentos están cubiertos por Medicare Part B. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • Medicamentos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo y se inyectan o se infunden mientras obtiene servicios de un centro de cirugía ambulatorio, cuidado ambulatorio en un hospital o de un médico. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autoriza. • El medicamento contra el Alzheimer Leqembi® (genérico lecanemab) que se administra por vía intravenosa (IV) • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos de trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	Paga $0 por cada medicamento recetado de Medicare Part B. Su farmacia debe facturar el 20% restante de la distribución de costos al Plan Medi-Cal. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia escalonada. **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Medicamentos de Medicare Part B (continuación) • Medicamentos que se inyectan para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y usted no puede inyectarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos fármacos anticancerígenos orales: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que se disponga de nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace. • Medicamentos orales contra la náusea: Medicare cubre los medicamentos orales contra la náusea que utiliza como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra la náusea por vía intravenosa. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Part B • Medicamentos calcimiméticos y quelantes del fosfato según el sistema de pago para ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando es médicamente necesario, y los anestésicos tópicos. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Medicamentos de Medicare Part B (continuación) • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Retacrit®, Aranesp®). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) El siguiente enlace le dirige a una lista de medicamentos de Medicare Part B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: www.MolinaHealthcare.com/Medicare.. También cubrimos otras vacunas según Medicare Part B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos de Medicare Part D. En el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*, se explica nuestro beneficio de medicamentos. Se explican las reglas que usted debe seguir para contar con la cobertura de recetas médicas. En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*, se explica lo que usted paga por sus medicamentos por medio de nuestro plan.	
	Tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) Usted recibe $45 de asignación combinada mensual en una tarjeta de débito prefinanciada que se puede utilizar para determinados beneficios suplementarios del plan, tales como los siguientes: Artículos de venta libre Audífonos de venta libre Tiene $63 de asignación mensual por separado para alimentos y productos agrícolas* Los fondos se cargan a la tarjeta cada mes. Al final de cada mes, cualquier dinero asignado no utilizado no se transferirá al siguiente mes o año del plan. *Se aplican requisitos de elegibilidad. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) (continuación) La tarjeta de débito precargada no es una tarjeta de crédito. No puede convertir la tarjeta en efectivo ni prestarla a otras personas. Los procedimientos estéticos no están cubiertos por esta tarjeta de beneficios. Los fondos se cargan a la tarjeta en cada mes. Si abandona el plan, los fondos asignados no utilizados se revierten al plan después de la fecha de cancelación de su inscripción. Las asignaciones para la tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) solo se pueden utilizar para acceder al beneficio suplementario especificado hasta el límite definido. Esta asignación solo puede ser utilizada por el miembro y no se puede aplicar a ningún otro beneficio o costo. Para obtener más información sobre su beneficio de artículos de venta libre (OTC) o sobre cómo calificar para los Alimentos y productos agrícolas, y Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermedades Crónicas (SSBCI), llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Para acceder a los subsidios de SSBCI, los miembros deben tener: una afección crónica que califique; una Evaluación de riesgos para la salud (HRA) válida completada para su inscripción actual en Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP); y proporcionar la aprobación del médico en conjunto con la Administración de Casos de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Consulte “Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” en esta tabla para obtener más información.	
	Centros de enfermería Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a las personas que no pueden recibirla en el hogar, pero que no necesitan permanecer en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Centros de enfermería (continuación) • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Terapia respiratoria. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención médica. (Esto incluye sustancias que naturalmente están presentes en el cuerpo, tales como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluidas su conservación y administración. • Materiales médicos y quirúrgicos que suelen administrar los centros de enfermería. • Análisis de laboratorio que suelen realizar los centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen realizar los centros de enfermería • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas que suelen proporcionar los centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores médicos. • Equipo médico duradero. • Servicios dentales, incluidas dentaduras postizas. • Beneficios para la vista. • Exámenes auditivos. • Atención quiropráctica. • Servicios de podología Por lo general, usted obtiene su atención de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su atención 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: • Un centro para personas mayores o una comunidad de jubilados de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja viva en el momento en que usted abandona el hospital.	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Asesoramiento nutricional Puede obtener asesoramiento nutricional telefónico individual a solicitud. Su proveedor deberá completar y firmar un Formulario de derivación para educación sobre salud de manera que tengamos una idea clara de sus necesidades antes de llamarle. • La intervención telefónica tiene una duración de 30 a 60 minutos. • Se le entregará información de contacto para obtener información o seguimiento adicionales según sea necesario o lo desee. Las sesiones individuales nutricionales/alimentarias no tienen límite con su beneficio de Medi-Cal (Medicaid). Nuestro plan cubre 12 sesiones telefónicas grupales/individuales adicionales. Su proveedor le derivará a un dietista dentro de la red para estos servicios.	$0 No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento nutricional.
	Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos por asesoramiento para ayudarle 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.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.
	Servicios de programas para tratamiento de opioides (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (OUD) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios: • Actividades de ingesta • Pruebas periódicas • Medicamentos aprobados por la 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 el cuerpo (pruebas toxicológicas). **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de programas de tratamiento con opioides ambulatorios cubiertos por Medicare. No se requiere autorización previa para los servicios de programas de tratamiento con opioides ambulatorios cubiertos por Medicare, pero esta puede ser necesaria si necesita

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de programas para tratamiento de opioides (OTP) (continuación)	medicamentos para el tratamiento con opioides.
	Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • 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. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluidas su conservación y administración. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica les ordena tratar una condición médica. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias.	$0 No hay coseguro, copago ni deducible para pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. **Es posible que se requiera autorización previa.** No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios de observación hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o si puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y el estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios (continuación) **Nota:** a menos que el proveedor haya redactado una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta ficha técnica está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf.	
	Servicios hospitalarios ambulatorios* Pagamos los servicios necesarios por razones médicas que reciba en el Departamento de Pacientes Ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, como por ejemplo los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria ◦ Los servicios de observación permiten que el médico sepa si es necesario admitirlo en el hospital como “paciente internado”. ◦ En ocasiones, puede permanecer una 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: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, que incluye el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que 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. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. **Es posible que se requiera autorización previa.** No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios hospitalarios ambulatorios* (continuación) • Evaluaciones preventivas y servicios enumerados en la Tabla de beneficios. • Determinados medicamentos que usted no puede administrarse a sí mismo.	
	Atención de salud mental ambulatoria Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por las siguientes entidades: • Un médico o un psiquiatra autorizado por el estado. • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico. • Un especialista en enfermería clínica. • Un terapeuta profesional autorizado (LPC). • Un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT). • Enfermeros practicantes (NP) • Un auxiliar médico (PA). • Cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • Servicios clínicos. • Tratamiento durante el día. • Servicios de rehabilitación psicosocial. • Programas de hospitalización parcial o intensivos para pacientes ambulatorios. • Evaluación y tratamiento de la salud mental individual y grupal. • Evaluaciones psicológicas cuando son indicadas clínicamente para evaluar un resultado de salud mental. • Servicios ambulatorios con el propósito de supervisar la terapia con medicamentos. • Suplementos, medicamentos, suministros y laboratorio para pacientes ambulatorios. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para la atención de salud mental ambulatoria. **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Atención de salud mental ambulatoria (continuación) • Consulta psiquiátrica. Sus beneficios de Medi-Cal incluyen servicios especializados de salud mental para las personas que califican. Estos servicios especializados de salud mental están cubiertos fuera de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3, Sección E.1** para obtener más información sobre estos servicios y cómo acceder a ellos.	
	Servicios de rehabilitación ambulatoria Pagamos por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 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.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para cada consulta ambulatoria de fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) o terapia del habla y el lenguaje (SP). **Es posible que se requiera autorización previa.**
	Servicios para trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento • Tratamiento de la drogadicción. • Asesoramiento individual o grupal de un clínico calificado. • Desintoxicación subaguda en un programa de adicción residencial. • Servicios para tratar el abuso de alcohol y la drogadicción en un centro de tratamiento intensivo ambulatorio. • Tratamiento con liberación prolongada de naltrexona (vivitrol).	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios para el trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Cirugía para pacientes ambulatorios Pagamos por servicios y cirugía ambulatorios en centros de salud para pacientes ambulatorios en hospitales y centros de cirugía ambulatoria. **Nota**: en el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible por cada cirugía ambulatoria, incluidos, entre otros, los cargos del hospital u otro centro y los cargos médicos o quirúrgicos. **Es posible que se requiera autorización previa.**
	Artículos de venta libre (OTC) (suplementarios) Usted recibe una tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) con $45 de asignación mensual para artículos OTC. Si no utiliza todo el monto de su beneficio mensual, el saldo restante vencerá y no se transferirá al siguiente mes. Su cobertura incluye artículos de salud y bienestar OTC sin receta médica como vitaminas, protectores solares, analgésicos, medicinas para la tos y resfrío, y vendas. Los miembros también pueden usar su asignación OTC para productos a base de hierbas a través de compras por catálogo. Los miembros también pueden utilizar su asignación OTC para audífonos OTC. Los audífonos OTC se pueden comprar a través de la compra por catálogo. Puede hacer su pedido: • 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 productos. • A través de las tiendas minoristas participantes. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Es posible que usted deba pagar los costos si supera su asignación máxima mensual. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Artículos de venta libre (OTC) (suplementarios) (continuación) Consulte su Catálogo de productos OTC de 2026 para obtener una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a una persona de apoyo de OTC para obtener más información. Encontrará información importante (pautas de pedido) en el Catálogo de productos OTC de 2026.	
	Cuidado paliativo El cuidado paliativo está cubierto por nuestro plan. Los cuidados paliativos son para personas con enfermedades graves. Brinda atención centrada en el paciente y la familia que mejora la calidad de vida al anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento. Los cuidados paliativos **no son** atención para pacientes terminales, por lo tanto, no es necesario tener una expectativa de vida de seis meses o menos para calificar para recibir cuidados paliativos. Se brindan cuidados paliativos al mismo tiempo que atención curativa/regular. Los cuidados paliativos incluyen lo siguiente: • Planificación anticipada de cuidados. • Evaluación y consulta de cuidados paliativos. • Un plan de atención que incluya todos los cuidados paliativos y curativos autorizados, incluidos los servicios sociales médicos y de salud mental. • Servicios de su equipo de atención designado. • Coordinación de cuidados. • Tratamiento del dolor y de los síntomas. No es posible recibir cuidados paliativos y atención para enfermos terminales al mismo tiempo si es mayor de 21 años de edad. Si usted está recibiendo cuidados paliativos y cumple con los requisitos para recibir atención para enfermos terminales, puede pedir que lo cambien a esta atención en cualquier momento.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de cuidado paliativo.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos* El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por parte de un centro comunitario para la salud mental, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o de un consejero profesional autorizado. Puede ayudarle a evitar la permanencia en el hospital. 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 para la salud mental, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intensivo que la hospitalización parcial. **Nota:** debido a que no hay centros comunitarios para la salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.	$0 **Es posible que se requiera autorización previa.** No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios hospitalarios parcial cubiertos por Medicare. Debe cumplir con ciertos requisitos para calificar para la cobertura y su médico debe certificar que usted de lo contrario necesita tratamiento como paciente hospitalizado. Este tratamiento se administra durante el día en el departamento ambulatorio de un hospital o en un centro comunitario para la salud mental y no requiere su permanencia por una noche.
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico Cubrimos los siguientes servicios: • Atención médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en lugares tales como los siguientes: • Consultorio del médico. • Centro de cirugía ambulatorio certificado. • Departamento de pacientes ambulatorios del hospital. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación) • Exámenes de audición y de equilibrio básicos proporcionados por su proveedor de atención primaria ***o*** especialista, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios 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, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico para miembros en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con enfermedad 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 hogar. • 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 en los siguientes casos: • Asiste a una consulta presencial 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. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud federalmente calificados. • 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** ◦ no es un paciente nuevo; **y** ◦ La revisión no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días; **y** ◦ La revisión no deriva en una visita médica dentro de las 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, se hará una interpretación y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas **en los siguientes casos**: ◦ no es un paciente nuevo; y ◦ La evaluación no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días; **y** ◦ La evaluación no conduce a una visita médica dentro de las 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. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.	
	Servicios de podología Cubrimos los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón). • Cuidado de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes.	$0 **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del HIV Si no tiene HIV, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer HIV, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de HIV, la reducción del riesgo de HIV y el cumplimiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del HIV cada 12 meses. • Una sola prueba de detección del virus de la hepatitis B.	$0
	Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años de edad, pagamos por los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Un examen de tacto rectal. • Examen de un antígeno prostático específico (PSA).	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático (PSA) anual.
	Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Los dispositivos ortopédicos reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: • Examen, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y órtesis. • Bolsas de colostomía y materiales relacionados con el cuidado de la colostomía. • Nutrición enteral y parenteral, incluidos los juegos de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas. • Marcapasos. • Aparatos ortopédicos. • Zapatos ortopédicos. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No hay coseguro, copago ni deducible por cada dispositivo ortopédico o protésico cubierto por Medicare, incluyendo el reemplazo o reparación de dichos dispositivos y los suministros relacionados. **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados (continuación) • Piernas y brazos artificiales. • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). • Prótesis para sustituir, de forma total o parcial, una parte del cuerpo facial externa que se extirpó o alteró como resultado de una enfermedad, una lesión o un defecto congénito. • Pañales y crema para la incontinencia. Pagamos por algunos materiales relacionados con dispositivos protésicos y ortóticos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos protésicos y ortóticos. Ofrecemos alguna cobertura después de la remoción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado para la vista” más adelante en este cuadro para obtener más detalles.	
	Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de intensidad moderada a muy grave. Debe obtener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la COPD. Pagamos por servicios respiratorios para pacientes dependientes de un respirador.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. **Es posible que se requiera autorización previa.**
	Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica cualificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis C (continuación) Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.	
	Examen de detección y asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual (STI) Cubrimos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer ETS. Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También pagamos 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. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como un servicio médico preventivo solo si son brindadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como, por ejemplo, un oficina del médico.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios de exámenes preventivos de detección de STI y asesoramiento preventivo Desti cubiertos por Medicare.
	Atención en centros de enfermería especializada (SNF) La definición de atención en centros de enfermería especializada se incluye en el **Capítulo 12**. Medicare cubre hasta 100 días en un SNF durante cada periodo de beneficios. No es necesaria una hospitalización antes de que reciba atención en un SNF. Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • Habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No paga nada por la atención en un centro de enfermería especializada (SNF). **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación) • 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, incluidas su conservación y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por SNF. • Análisis de laboratorio realizados por SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por centros de enfermería. • Aparatos, tales como sillas de ruedas, habitualmente administrados por centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores. Por lo general, usted obtiene atención de SNF en centros de la red. En determinadas condiciones, usted puede obtener su atención 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: • Un centro para personas mayores 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 cónyuge o pareja viva en el momento en que usted deja el hospital.	
	Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco Si consume tabaco pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco y desea o necesita dejar de fumar: • Pagamos dos intentos para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como servicios médicos preventivos. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento incluye hasta cuatro consultas presenciales de asesoramiento. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco (continuación) Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede verse afectado por el tabaco: • Pagamos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.	
	Terapia de ejercicio supervisada (SET) El plan pagará por la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática que tienen una remisión para la PAD del médico responsable de su tratamiento. Nuestro plan paga lo siguiente: • Hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET. • 36 semanas adicionales si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. El programa de SET debe ser de la siguiente manera: • Consistir en 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). • Llevarse a cabo en un ámbito ambulatorio hospitalario o en el consultorio el consultorio del médico. • Estar a cargo de personal calificado que asegure que el beneficio excede el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un médico asociado o un enfermero practicante/enfermero clínico especializada en técnicas básicas y avanzadas de apoyo.	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para las visitas de terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) cubiertas por Medicare. **Es posible que se requiera autorización previa.**

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Telesalud (adicional) Los beneficios adicionales de telesalud incluyen los siguientes: Servicios de rehabilitación cardíaca, servicios de médicos de atención primaria, servicios de quiropráctica, servicios de terapia ocupacional, servicios de médicos especialistas, sesiones individuales de servicios de especialidades de salud mental, sesiones grupales de servicios de especialidades de salud mental, servicios de podología, otros profesionales de la salud, sesiones individuales de servicios psiquiátricos, sesiones grupales de servicios psiquiátricos, servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje, servicios del Programa de tratamiento de opioides, sesiones individuales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios y sesiones grupales de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.	Usted abona $0 de copago por determinados servicios de telesalud.
	Transporte: Transporte médico que no sea de emergencia Este beneficio permite el transporte médico para obtener un servicio cubierto por su plan y Medicare. Esto puede incluir lo siguiente: ambulancia, furgoneta con camilla, servicios de transporte médico de furgoneta para sillas de ruedas y coordinación con paratránsito. Las formas de transporte se autorizan en las siguientes circunstancias: • Su proveedor médico determina que su condición médica o física no le permite viajar en autobús, automóvil, taxi u otra forma de transporte público o privado. Se requiere autorización previa y deberá llamar a su plan para organizar un traslado. Consulte el **Capítulo 3, Sección F** para obtener más información.	$0
	Transporte: Transporte no médico Este beneficio permite el transporte de los servicios médicos por automóvil, taxi u otras formas de transporte público y privado. El transporte es necesario para obtener la atención médica necesaria cubierta por Medi-Cal, incluido el traslado a las citas con el dentista y para retirar medicamentos. El transporte para servicios con doble cobertura de Medi-Cal y Medicare está cubierto. Consulte el **Capítulo 3, Sección F** para obtener más información	$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Atención médica requerida urgentemente La atención médica requerida urgentemente es la atención proporcionada para el tratamiento de: • Una no emergencia que requiera atención médica urgente. • Una enfermedad imprevista. • Una lesión. • Una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención médica requerida urgentemente, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda comunicarse con un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, el momento y lugar, 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 usted requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero que no es una emergencia médica). Como beneficio adicional, ofrecemos una cobertura de emergencias internacional de hasta $10,000 cada año calendario para transporte de emergencia, atención urgente, atención de emergencia y posterior a la estabilización.	$0
	Cuidado para la vista Cubrimos los siguientes servicios: • Un examen de la vista de rutina cada 24 meses. • Hasta $100 para anteojos (monturas y lentes) o hasta $100 para lentes de contacto cada dos años. Pagamos por servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes de la vista anuales para detectar retinopatía diabética en las personas con diabetes y tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Para las personas con alto riesgo de presentar glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma, se incluyen las siguientes: **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Cuidado para la vista (continuación) • Personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma. • Personas con diabetes. • Afroamericanos mayores de 50 años de edad. • Hispanoamericanos mayores de 65 años de edad. Para las personas con diabetes, pagamos por la prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año. Pagamos por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte una 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.	
	Cuidado para la vista (suplementario) ¡Nos hemos asociado con VSP para darle más valor a sus necesidades para la vista de rutina! La cobertura incluye: • Un examen de la vista rutinario cada año calendario. • Una asignación de elementos para la vista. Puede usar su asignación de elementos para la vista para comprar: • Lentes de contacto*. • Anteojos (lentes y armazones). • Lentes o monturas para anteojos. • Mejoras (tales como lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos) *Si elige lentes de contacto, su asignación de elementos para la vista también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto. Usted es responsable de pagar los artículos para la vista correctivos que excedan el límite de la asignación de elementos para la vista del plan. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Cuidado para la vista (suplementario) (continuación) Usted paga $0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario. Tiene una asignación de elementos para la vista de $250 por cada año calendario. Para su examen de la vista de rutina, para encontrar un proveedor de atención de la vista preventiva de rutina dentro de la red cerca de usted, puede realizar lo siguiente: buscar en línea con nuestra herramienta de búsqueda en línea para proveedores de la vista suplementarios en MolinaHealthcare.com/Medicare. El plan ofrece beneficios suplementarios para ayudar con artículos o servicios que generalmente no están cubiertos por Medicare. Todos los beneficios deben usarse en el año del plan y solo están disponibles si está inscrito en el momento en que se prestan los servicios. **Es posible que pueda acceder a servicios adicionales de optometría, aparatos oculares y asistencia para la visión disminuida a través de sus beneficios de Medi-Cal.**	
	Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" Cubrimos la consulta preventiva por una sola vez de "Bienvenida a Medicare". La consulta incluye lo siguiente: • Una revisión de su salud. • Educación y asesoramiento acerca de los servicios médicos preventivos que usted necesita (incluidas las pruebas de detección y las vacunas)**.** • Derivaciones a atención adicional si la necesita. **Nota:** cubrimos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" únicamente durante los primeros 12 meses en que tiene Medicare Part B. Cuando programe su cita, informe a la oficina del médico que desea programar su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".	$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Cobertura internacional de emergencia/urgencia (suplementaria) Como beneficio adicional, su cobertura incluye hasta $10,000 cada año calendario para atención internacional de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos (EE. UU.). Este beneficio se limita a los servicios que se clasificarían como de atención de emergencia o urgente si la atención se proporciona en los EE. UU. La cobertura mundial incluye atención de emergencia o requerida urgentemente, transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar donde ocurre hasta el centro de tratamiento médico más cercano y atención posterior a la estabilización. Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Cuando estas situaciones ocurren, pedimos que usted o alguien que lo cuida a usted nos llame. Intentaremos que sus proveedores de la red se encarguen de su cuidado tan pronto su condición médica y las circunstancias lo permitan. El transporte de regreso a los EE. UU. desde otro país no está cubierto. La atención de rutina y los procedimientos programados con antelación o electivos no están cubiertos. Los impuestos y cargos extranjeros (incluyendo, entre otros, la conversión de moneda o los cargos por transacción) no están cubiertos. EE. UU. cubre los 50 estados, District of Columbia, Puerto Rico, las Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island y American Samoa.	$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de EE. UU. y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá retornar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta O deberá pedir al plan que le autorice la atención como paciente internado en un hospital fuera de la red. Su costo es la distribución de costos que usted pagaría en un hospital de la red. Se aplica el máximo del plan. Es posible que tenga que presentar una reclamación para el reembolso de la atención de emergencia/de urgencia recibida fuera de los EE. UU. Se aplica un máximo del plan de $10,000 por año calendario para este beneficio.

E. Apoyos a la Comunidad

Puede obtener apoyos dentro de su Plan de Atención Personalizada. Los Apoyos a la Comunidad son servicios o entornos alternativos que son médicamente apropiados y rentables en comparación con los cubiertos por el Plan Estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si reúne los requisitos, estos servicios pueden ser una ayuda para que viva de forma más independiente. No reemplazan los beneficios que usted ya recibe de Medi-Cal.

Servicios de navegación para la transición de vivienda: ayuda a los miembros sin vivienda a obtener una vivienda brindándoles apoyo con elementos tales como solicitudes de vivienda, defensa de beneficios, obtención de recursos disponibles y brindando ayuda con los propietarios al momento de mudarse.

Elegibilidad:

- Miembros priorizados para una unidad de vivienda de apoyo permanente o un recurso de subsidio de alquiler a través del Sistema de Entrada Coordinada para Personas sin Hogar (CES) local o un sistema similar; o
- Miembros que cumplen con la definición de personas sin hogar de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) y que reciben Gestión de Atención Mejorada (ECM), o que tienen una o más condiciones crónicas graves o enfermedades mentales graves o están en riesgo de institucionalización o requieren servicios residenciales como resultado de un trastorno por abuso de sustancias; o
- Miembros que cumplen con la definición de HUD de riesgo de quedarse sin hogar según se define en la Sección 91.5 del Título 24 del Código de Regulaciones Federales; o
- Miembros en riesgo de experimentar la falta de vivienda y que tienen una o más condiciones crónicas graves; tienen una enfermedad mental grave; están en riesgo de institucionalización o sobredosis o requieren servicios residenciales debido a un trastorno por abuso de sustancias o tienen un trastorno emocional grave (niños y adolescentes); están recibiendo ECM; o son jóvenes en edad de transición con barreras significativas para la estabilidad de la vivienda, como una o más condenas, antecedentes de crianza temporal, participación en el sistema de justicia de menores o justicia penal, o tienen una enfermedad mental graveo son un niño o adolescente con trastornos emocionales graves o han sido víctimas de trata o violencia doméstica.

Depósitos de vivienda: ayuda a los miembros sin hogar a identificar, coordinar, asegurar o financiar servicios únicos y modificaciones necesarias para permitir que una persona establezca un hogar básico que no constituya alojamiento y comida. Estos servicios deben identificarse como razonables y necesarios en el plan de apoyo de vivienda individualizado del individuo y están disponibles solo cuando el miembro no puede cubrir dichos gastos. Los miembros deben estar recibiendo o ser derivados para los Servicios de Navegación para la Transición de Vivienda CS.

Elegibilidad:

- Miembros que recibieron Servicios de Navegación para la Transición de Vivienda CS; o
- Miembros priorizados para una unidad de vivienda de apoyo permanente o un recurso de subsidio de alquiler a través del CES local o un sistema similar; o
- Miembros que cumplen con la definición de personas sin hogar de HUD y que reciben ECM, o que tienen una o más condiciones crónicas graves o enfermedades mentales graves o están en riesgo de institucionalización o requieren servicios residenciales como resultado de un trastorno por abuso de sustancias.
- Restricciones/limitaciones: Disponible una vez en la vida de un miembro. Los Depósitos de vivienda solo se pueden aprobar una vez adicional. La persona que deriva debe proporcionar documentación sobre qué condiciones han cambiado para demostrar por qué proporcionar Depósitos de vivienda sería más exitoso en el segundo intento.

Servicios de arrendamiento y mantenimiento de vivienda: proporciona servicios de arrendamiento y mantenimiento para mantener una residencia segura y estable una vez que se asegura la vivienda para los miembros que habían estado experimentando falta de vivienda y ahora están recién alojados.

Elegibilidad:

- Miembros que recibieron Servicios de Navegación/Transición de Vivienda CS; o
- Miembros priorizados para una unidad de vivienda de apoyo permanente o un recurso de subsidio de alquiler a través del CES local o un sistema similar; o
- Miembros que cumplen con la definición de personas sin hogar de HUD y que reciben ECM, o que tienen una o más condiciones crónicas graves o enfermedades mentales graves o están en riesgo de institucionalización o requieren servicios residenciales como resultado de un trastorno por abuso de sustancias, o
- Miembros que cumplen con la definición de HUD de riesgo de quedarse sin hogar según se define en la Sección 91.5 del Título 24 del Código de Regulaciones Federales; o
- Miembros en riesgo de experimentar la falta de vivienda y que tienen una o más condiciones crónicas graves; tienen una enfermedad mental grave; están en riesgo de institucionalización o sobredosis o requieren servicios residenciales debido a un trastorno por abuso de sustancias o tienen un trastorno emocional grave (niños y adolescentes); están recibiendo ECM; o son jóvenes en edad de transición con barreras significativas para la estabilidad de la vivienda, como una o más condenas, antecedentes de crianza temporal, participación en el sistema de justicia de menores o justicia penal, o tienen una enfermedad mental graveo son un niño o adolescente con trastornos emocionales graves o han sido víctimas de trata o violencia doméstica.
- Restricciones/limitaciones: Los servicios de arrendamiento y mantenimiento de vivienda solo están disponibles por un periodo único en la vida de la persona y pueden aprobarse una vez más. La persona que deriva debe proporcionar documentación sobre qué condiciones han cambiado para demostrar por qué proporcionar los servicios de arrendamiento y mantenimiento de vivienda sería más exitoso en el segundo intento.

Vivienda a corto plazo posterior a la hospitalización: Miembros que no tienen una residencia y que tienen grandes necesidades médicas o de salud conductual con la oportunidad de continuar su recuperación médica/psiquiátrica/por trastorno por uso de sustancias inmediatamente después de salir de un hospital para pacientes internados, un centro de tratamiento o recuperación residencial por trastorno por uso de sustancias, un centro de tratamiento residencial de salud mental, un centro correccional, un centro de enfermería o un centro de atención recuperativa. De esta manera, se evita un mayor uso de los servicios del plan estatal.

Elegibilidad:

- Miembros que tienen necesidades de salud médica o conductual; para quienes quedar sin hogar al ser dados de alta del hospital, centro de tratamiento por abuso de sustancias o de salud mental, centro correccional, centro de enfermería o atención de recuperación probablemente resultaría en la hospitalización, la rehospitalización o la readmisión institucional; y
- Miembros que están saliendo de cuidados recuperativos; o

- Miembros que están saliendo de una hospitalización para pacientes internados (servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos agudos o en recuperación y hospital de dependencia química), centro de recuperación/tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias, centro de tratamiento residencial de salud mental, centro correccional o centro de enfermería; Y quienes cumplen con uno de los siguientes tres (3) criterios:
- Miembros que cumplen con la definición de personas sin hogar de HUD y que reciben ECM, o que tienen una o más condiciones crónicas graves o enfermedades mentales graves o están en riesgo de institucionalización o requieren servicios residenciales como resultado de un trastorno por abuso de sustancias, o

Cuidados recuperativos (relevo médico): Miembros que necesitan atención residencial a corto plazo que ya no requieren hospitalización, pero que aún necesitan curarse de una lesión o enfermedad (incluidas las condiciones de salud conductual) y cuya condición se vería agravada por un entorno de vida inestable. Se debe proporcionar información clínica.

Elegibilidad:

- Miembros que corren riesgo de ser hospitalizados o que han sido hospitalizados y viven solos sin apoyo formal; o enfrentan inseguridad en la vivienda o tienen una vivienda que pondría en peligro su salud y seguridad si no se realizan modificaciones; o
- Miembros que cumplen con la definición de personas sin hogar de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) y que reciben ECM, o que tienen una o más condiciones crónicas graves o enfermedades mentales graves o están en riesgo de institucionalización o requieren servicios residenciales como resultado de un trastorno por abuso de sustancias; o
- Miembros que cumplen con la definición de HUD de estar en riesgo de quedarse sin hogar; o
- Miembros en riesgo de experimentar la falta de vivienda y que tienen una o más condiciones crónicas graves; tienen una enfermedad mental grave; están en riesgo de institucionalización o sobredosis o requieren servicios residenciales debido a un trastorno por abuso de sustancias o tienen un trastorno emocional grave (niños y adolescentes); están recibiendo ECM; o son jóvenes en edad de transición con barreras significativas para la estabilidad de la vivienda, como una o más condenas, antecedentes de crianza temporal, participación en el sistema de justicia de menores o justicia penal, o tienen una enfermedad mental graveo son un niño o adolescente con trastornos emocionales graves o han sido víctimas de trata o violencia doméstica.
- Restricciones/limitaciones: Los cuidados recuperativos no tienen una duración mayor a 90 días continuos. El periodo de cuidados recuperativos de 90 días puede comenzar de nuevo si el miembro vuelve a ser hospitalizado con un diagnóstico diferente durante o después de la autorización inicial de 90 días, siempre que se cumplan los criterios de cuidados recuperativos.

Servicios de relevo: Se proporcionan a los cuidadores cuando es útil y necesario para mantener a un miembro en su propio hogar y prevenir el agotamiento del cuidador para evitar los servicios institucionales. Los servicios se prestan a corto plazo debido a la ausencia o necesidad de relevo del cuidador y son de naturaleza no médica. Este servicio es solo para descanso del cuidador y solo para evitar colocaciones en Atención a largo plazo.

- Miembros que cumplen con la definición de HUD de riesgo de quedarse sin hogar según se define en la Sección 91.5 del Título 24 del Código de Regulaciones Federales; o
- Miembros en riesgo de experimentar la falta de vivienda y que tienen una o más condiciones crónicas graves; tienen una enfermedad mental grave; están en riesgo de institucionalización o sobredosis o requieren servicios residenciales debido a un trastorno por abuso de sustancias o tienen un trastorno emocional grave (niños y adolescentes); están recibiendo ECM; o son jóvenes en edad de transición con barreras significativas para la estabilidad de la vivienda, como una o más condenas, antecedentes de crianza temporal, participación en el sistema de justicia de menores o justicia penal, o tienen una enfermedad mental graveo son un niño o adolescente con trastornos emocionales graves o han sido víctimas de trata o violencia doméstica.
- Restricciones/limitaciones: La Vivienda de corto plazo posterior a la hospitalización está disponible una vez en la vida del miembro y no puede exceder los seis (6) meses (pero puede autorizarse por un periodo más corto según las necesidades del miembro).

Elegibilidad:

- Miembros que viven en la comunidad y tienen dificultades en sus actividades de la vida diaria (ADL) que dependen de un cuidador calificado, y el cuidador calificado, que proporciona la mayor parte del apoyo del miembro, requiere un relevo del cuidador para evitar la colocación institucional del miembro; o
- El miembro es un niño que anteriormente recibió servicios de relevo bajo la exención de cuidados paliativos pediátricos.
- Restricciones/limitaciones: Estos servicios, en combinación con cualquier servicio de atención directa que se reciba, no pueden exceder las 24 horas diarias de atención. Los Servicios de Relevo tienen un máximo de 336 horas por año calendario.

Servicios de rehabilitación diurnos: Proporcionados en el hogar de un miembro o en un entorno fuera del hogar, fuera de las instalaciones, para ayudar a los miembros a adquirir, retener y mejorar las habilidades de autoayuda, socialización y adaptación necesarias para residir con éxito en su entorno natural.

Elegibilidad:

- Miembros que se encuentran en situación de falta de vivienda.
- Miembros que salieron de la situación de falta de vivienda y entraron en una vivienda en los últimos 24 meses.
- Miembros en riesgo de quedarse sin hogar o institucionalizados cuya estabilidad de vivienda podría mejorarse mediante la participación en un programa de recuperación de habilidades diurna.

Transición/desvío de centros de enfermería a centros de vida asistida, como centros de atención residencial para personas mayores e instalaciones residenciales para adultos: ayuda a los miembros a vivir en la comunidad o evitar la institucionalización cuando sea posible. Facilita la transición del centro de enfermería a un entorno comunitario similar a un hogar o previene admisiones de enfermería especializada para miembros con necesidad inminente de un nivel de atención de enfermería (LOC).

Los miembros tienen la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa a la colocación a largo plazo en un centro de enfermería cuando cumplen con los requisitos de elegibilidad. Se debe explorar el programa de Transición a la Comunidad de California (CCT) y deberá utilizarse antes de este apoyo comunitario.

Elegibilidad:

Transición a centro de enfermería:

- Ha residido más de 60 días en un centro de enfermería y está dispuesto a vivir en un entorno de vida asistida como alternativa a un centro de enfermería; y puede residir de manera segura en un centro de vida asistida con apoyos adecuados y rentables.

Desvío a centro de enfermería:

- Para personas interesadas en permanecer en la comunidad; y dispuestas y capaces de residir de manera segura en un centro de vida asistida con apoyos y servicios adecuados y rentables; y deben estar recibiendo actualmente LOC en un centro de enfermería médicamente necesario o cumplir con los criterios mínimos para recibir LOC en un centro de enfermería y en lugar de ir a un centro, eligen permanecer en la comunidad y continuar recibiendo servicios LOC en un centro de enfermería médicamente necesarios en un centro de vida asistida.

Restricciones/limitaciones: los miembros son directamente responsables de pagar sus propios gastos de manutención.

Servicios de transición comunitaria/Transición de un centro de enfermería a un hogar: ayuda a los miembros que han estado viviendo en un centro de enfermería a vivir en la comunidad y evitar una mayor institucionalización al brindarles apoyo para alojarse en una residencia privada y cubrir gastos de instalación no recurrentes.

Elegibilidad:

- Los miembros que actualmente reciben servicios de nivel de atención (LOC) en un centro de enfermería médicamente necesarios y, en lugar de permanecer en el centro de enfermería o en un entorno de Relevo médico, eligen hacer la transición a su hogar y continuar recibiendo los servicios LOC en un centro de enfermería médicamente necesarios.
  - Ha vivido más de 60 días en un hogar de ancianos o en un entorno de Relevo médico.
  - Está interesado en regresar a la comunidad.
  - Puede residir de forma segura en la comunidad con apoyo y servicios adecuados y rentables.
- Restricciones/limitaciones: Servicios de transición comunitaria/Transición de un centro de enfermería a un hogar está disponible una vez en la vida de una persona con un máximo de por vida de $7,500. Los Servicios de transición comunitaria/Transición de un centro de enfermería a un hogar solo se pueden aprobar una vez adicional. La persona que deriva debe proporcionar documentación que demuestre que el miembro se vio obligado a mudarse de un arreglo de vivienda operado por un proveedor a un arreglo de vivienda en una residencia privada debido a circunstancias fuera de su control.

Los Servicios de transición comunitaria no incluyen gastos mensuales de alquiler o hipoteca, alimentos, cargos por servicios públicos regulares o electrodomésticos o artículos para el hogar que estén destinados a fines puramente recreativos o de distracción.

Servicio de asistencia en el hogar y cuidado personal: brinda atención a los miembros que necesitan ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL).

Elegibilidad:

- Miembros en riesgo de hospitalización o institucionalización en un centro de enfermería o con déficits funcionales y sin otro sistema de apoyo adecuado con:
  - Necesidades que van más allá de las horas de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) aprobadas por el condado cuando se requieren horas adicionales (pendiente de reevaluación).
  - Inicialmente derivados a IHSS y durante el periodo de espera de IHSS para ser aprobados y contratar a un cuidador (el miembro ya debe estar derivado a los Servicios de apoyo en el hogar).
  - Miembros que no son elegibles para recibir Servicios de apoyo en el hogar y necesitan ayuda para evitar una estadía a corto plazo en un centro de enfermería especializada que no puede exceder los 60 días.

Adaptaciones de accesibilidad al entorno en el hogar (modificaciones en el hogar): adaptaciones físicas a un hogar que son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o para permitir que el miembro funcione con mayor independencia en el hogar: sin ellas, el miembro requeriría institucionalización.

Elegibilidad:

Miembros en riesgo de institucionalización en un centro de enfermería.

- Restricciones/limitaciones: los EAA se pagan hasta un máximo total de por vida de $7500. Las únicas excepciones al máximo total de $7500 son si el lugar de residencia del miembro cambia o si la condición del miembro ha cambiado tan significativamente que esas modificaciones adicionales son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o son necesarias para permitir que el miembro funcione con mayor independencia en el hogar y evite la institucionalización u hospitalización.

Alimentos/comidas de apoyo médico/comidas adaptadas a necesidades médicas: proporciona comidas a miembros recientemente dados de alta de un hospital o centro de enfermería especializada o para satisfacer las necesidades dietéticas únicas de miembros con enfermedades crónicas.

Elegibilidad:

- Los miembros dados de alta del hospital o de un centro de enfermería especializada o con alto riesgo de hospitalización o internación en un hogar de ancianos que sean derivados y cumplan con los criterios recibirán hasta dos (2) comidas por día o alimentos de apoyo médico durante hasta cuatro (4) semanas por hospitalización, con un máximo de doce (12) semanas en un año calendario.

- Personas con enfermedades crónicas, como, entre otras, diabetes, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, accidente cerebrovascular, trastornos pulmonares crónicos, virus de inmunodeficiencia humana (HIV), cáncer, diabetes gestacional u otras enfermedades perinatales de alto riesgo y trastornos de salud mental o conductual crónicos o incapacitantes.

Centros de sobriedad: proporciona destinos alternativos para los miembros que se encuentren intoxicados en público (debido al alcohol u otras drogas) y que de lo contrario serían transportados al departamento de emergencias o la cárcel. El servicio cubierto tiene una duración inferior a 24 horas.

Elegibilidad:

- Miembros de 18 años o más que estén intoxicados pero conscientes, cooperativos, sean capaces de caminar, no violentos y libres de cualquier malestar médico (incluidos síntomas de abstinencia potencialmente mortales o síntomas subyacentes aparentes) y que de otro modo serían transportados al departamento de emergencias o la cárcel o que se presentaron en un departamento de emergencias y son apropiados para ser derivados a un centro de sobriedad.

Tratamiento del asma: ayuda a los miembros a identificar, coordinar, asegurar o financiar los servicios y las modificaciones necesarias en el entorno del hogar para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del individuo o para permitir que el individuo funcione en el hogar sin episodios agudos de asma, que podrían resultar en la necesidad de servicios de emergencia y hospitalización. Esta remisión debe estar autorizada por un profesional de atención médica calificado.

Elegibilidad:

- Miembros con asma mal controlada (según lo determinado por una visita al departamento de emergencias u hospitalización o dos visitas al proveedor de atención primaria [PCP] o atención de urgencia en los últimos 12 meses o una puntuación de 19 o menos en la Prueba de control del asma) para quienes un proveedor de atención médica autorizado ha documentado que los servicios probablemente ayudarán a evitar hospitalizaciones relacionadas con el asma, visitas al departamento de emergencias u otros servicios de alto costo.
- Restricciones/limitaciones: se debe explorar y utilizar la financiación del Proyecto de Mitigación del Asma antes de la CS. El Tratamiento del asma está disponible una vez en la vida de una persona con un máximo de por vida de $7,500. El tratamiento del asma solo se puede aprobar una vez adicional. La persona que deriva debe brindar documentación que describa los cambios significativos en la condición de modo tal que esas modificaciones adicionales son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o son necesarias para permitir que el miembro funcione con mayor independencia en el hogar y evite la institucionalización u hospitalización.

Todos los Apoyos comunitarios, excepto los Centros de sobriedad, requieren la aprobación previa de Molina.

Si necesita ayuda o desea conocer los Apoyos a la Comunidad que se encuentran disponibles para usted, llame al (888) 665-4621, TTY: 711 o llame a su proveedor de atención médica.

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través del pago por cada servicio de Medi-Cal.

F1. Programa de Servicios de Transición a la Comunidad (California Community Transitions, CCT) de California

El programa de Servicios de Transición a la Comunidad (CCT) de California usa organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que hayan vivido en un centro de internación durante al menos 60 días consecutivos y que desean volver y permanecer seguros en un entorno comunitario.El programa CCT financia los servicios de coordinación de transición durante el periodo previo a la transición y durante 365 días posteriores a la transición para ayudar a los beneficiarios a regresar nuevamente un entorno comunitario.

Usted puede obtener servicios de coordinación y transición de cualquier organización líder de CCT que opere en el condado donde vive. Puede encontrar una lista de las organizaciones líderes de CCT y los condados en los que operan en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica en: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para servicios de coordinación de transición de CCT

Medi-Cal paga por los servicios de coordinación de la transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios que no están relacionados con su transición de CCT

El proveedor nos factura sus servicios. Nuestro plan paga los servicios proporcionados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras recibe los servicios de coordinación de la transición de CCT, nosotros pagamos los servicios que aparecen en la Tabla de beneficios de la **Sección D.**

Sin cambios en el beneficio de la cobertura de medicamentos

El programa de CCT **no** cubre medicamentos. Usted continúa recibiendo su beneficio de medicamentos habitual a través de nuestro plan. Si desea obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.

Nota: Si necesita cuidado de transición que no sea de CCT, llame a su Administrador de Cuidados para organizar los servicios. El cuidado de transición que no sea de CCT es aquel que **no** está relacionado con su transición de una institución o centro.

F2. Medi-Cal Dental

Algunos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental. Para obtener más información, visite el sitio web SmileCalifornia.org. Medi-Cal Dental incluye, entre otros, servicios como los siguientes:

- Exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamiento con fluoruro.
- Restauraciones y coronas.
- Terapia de endodoncia.

- Dentaduras parciales y completas, ajustes, reparaciones y reperfilados.

Si desea obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles en Medi-Cal Dental, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese con la línea de servicio de atención al cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información, también puede visitar el sitio web smilecalifornia.org/

En los condados de Sacramento y Los Angeles, puede obtener beneficios dentales de Medi-Cal a través de un plan de atención dental administrada llamado Dental Managed Care (DMC). Si desea obtener más información sobre los planes dentales Medi-Cal o desea hacer cambios, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. La llamada es gratuita. Los contactos de DMC también están disponibles aquí: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

http://www.hpsm.org/dental

Nota: nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales. Consulte la Tabla de beneficios de la **Sección D** para obtener más información.

F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS)

- El Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) prestará ayuda para pagarles a los proveedores de atención inscritos por los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los IHSS se consideran una alternativa al cuidado fuera del hogar, como en residencias para personas mayores o cuidado y alojamiento.
- Para recibir servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios se pueden autorizar para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de los IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado de los intestinos y la vejiga, baño, arreglo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para la persona con una discapacidad mental.
- Su Administrador de Cuidados puede ayudarle a solicitar IHSS ante la agencia de servicios sociales de su condado. Para obtener información sobre las agencias de servicios sociales específicas del condado, visite https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices.

F4. 1915(c) Programas de Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services, HCBS)

Exención de Vida Asistida (ALW)

- La Exención de Vida Asistida (Assisted Living Waiver, ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa al alojamiento a largo plazo en un centro de enfermería. El objetivo de la ALW es facilitar la transición de un centro de enfermería a un entorno hogareño y comunitario o prevenir admisiones en centros de enfermería especializada para beneficiarios con una necesidad inminente de alojamiento en un centro de enfermería.
- Los miembros que están inscritos en la Exención de Vida Asistida (Assisted Living Waiver, ALW) pueden permanecer inscritos en la ALW mientras también reciben los beneficios que ofrece nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su Agencia de Coordinación de Cuidados de ALW para coordinar los servicios que recibe.
- El ALW actualmente solo está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, y Sonoma.
- Su Administrador de Cuidados puede ayudarle a solicitar el ALW. Para obtener información sobre las agencias de coordinación de cuidados de ALW participantes, visite dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf.

Exención Servicios en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) para californianos con discapacidades del desarrollo (HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD)

Exención del Programa de Independencia (Self-Determination Program, SDP) de California para personas con discapacidades del desarrollo

- Hay dos exenciones 1915(c), la exención HCBS-DD y la exención SDP, que brindan servicios a personas a las que se les ha diagnosticado una discapacidad del desarrollo que comienza antes de que la persona cumpla 18 años y se espera que continúe de manera indefinida. Ambas exenciones son una forma de financiar ciertos servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en casa o en la comunidad en lugar de residir en un centro de salud autorizado. Los costos de estos servicios son financiados conjuntamente por el programa Medicaid del gobierno federal y el estado de California. Su Administrador de Cuidados lo ayudará para que se comunique con esos servicios de exención por discapacidades de desarrollo.

Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBA)

- La Exención de Servicios en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Alternative, HCBA) brinda servicios de administración de atención a personas en riesgo de ser internadas en hogares para personas mayores o instituciones. Los servicios de gestión de la atención son proporcionados por un equipo multidisciplinario de Administración de Cuidados, compuesto por una enfermera y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de Exención y del Plan Estatal (como servicios médicos, de salud conductual, servicios de asistencia en el hogar, etc.) y organiza otros servicios y asistencias a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de Exención y Administración de la atención se brindan en la residencia comunitaria del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, obtenerse mediante un contrato de arrendamiento o la residencia de un familiar de un participante.

- Los miembros que están inscritos en la Exención de HCBA pueden permanecer inscritos en la Exención de HCBA mientras también reciben los beneficios que ofrece nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor del HCBA para coordinar los servicios que recibe.
- Su Administrador de Cuidados puede ayudarle a solicitar el HCBA. Para obtener información sobre las agencias locales de HCBA, visite dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx

Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de Exención de Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) brinda administración integral de casos y servicios de atención directa a personas que viven con HIV como una alternativa a la atención en un centro de enfermería o la hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante compuesto por una enfermera registrada y un administrador de casos de trabajo social. Los administradores de casos trabajan con el participante y los proveedores de atención primaria, la familia, los cuidadores y otros proveedores de servicios para evaluar las necesidades de atención para mantener al participante en su hogar y comunidad.
- Los objetivos del MCWP son los siguientes: (1) proporcionar servicios domiciliarios y comunitarios para personas con HIV que de otro modo podrían necesitar servicios institucionales; (2) asistir a los participantes con el control de la salud del HIV; (3) mejorar el acceso al apoyo de salud social y conductual y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.
- Los miembros que están inscritos en la Exención de MCWP pueden permanecer inscritos en la Exención de MCWP mientras también reciben los beneficios que ofrece nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor del MCWP para coordinar los servicios que recibe.
- Su Administrador de Cuidados puede ayudarle a solicitar el MCWP. Para obtener un directorio de agencias del MCWP, visite cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx.

Programa de Servicios de Multipropósito para Ancianos (MSSP)

- El Programa de Servicios de Multipropósito para Ancianos (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) proporciona servicios de administración de cuidados médicos y sociales para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.
- Aunque la mayoría de los participantes en el programa también reciben Servicios de apoyo en el hogar, el MSSP se encarga de la coordinación continua de los cuidados, pone en contacto a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, se coordina con los proveedores de atención médica y adquiere algunos servicios necesarios que de otro modo no estarían disponibles para evitar o retrasar la internación en un centro. El costo total anual combinado de la administración de cuidados y otros servicios debe ser inferior al costo de recibir atención médica en un centro de enfermería especializada.
- Un equipo de profesionales de la salud y los servicios sociales proporciona a cada participante en el MSSP una evaluación médica y psicosocial completa para determinar los servicios

necesarios. Posteriormente, el equipo trabaja con el participante en el MSSP, su médico, su familia y otras personas para desarrollar un plan de atención individualizado. Los servicios incluyen:
  - Administración de cuidados.
  - Atención diurna para adultos.
  - Reparaciones menores/mantenimiento de la vivienda.
  - Tareas domésticas complementarias, cuidados personales y servicios de supervisión de protección.
  - Servicios de relevo.
  - Servicios de transporte
  - Servicios de asesoramiento y terapéuticos.
  - Servicios de comida.
  - Servicios de comunicaciones.
- Los miembros que están inscritos en la Exención de MSSP pueden permanecer inscritos en la Exención de MSSP mientras también reciben los beneficios que ofrece nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor del MSSP para coordinar los servicios que recibe.
- Su Administrador de Cuidados puede ayudarle a solicitar el MSSP. Para obtener más información sobre los proveedores de MSSP, visite https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Multipurpose_Senior_Services_Program/.

F5. Servicios de salud conductual del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias)

Tiene acceso a los servicios de salud conductual médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a los servicios de salud conductual cubiertos por Medicare y la atención administrada de Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios de salud mental especializada de Medi-Cal o servicios de trastorno por consumo de sustancia del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de agencias de salud conductual del condado.

Los servicios de salud mental especializada de Medi-Cal están disponibles a través del plan médico de salud mental (MHP) del condado si usted cumple con los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados. Los servicios para la salud mental especializada de Medi-Cal proporcionados por el MHP de su condado incluyen:

- Servicios médicos de salud mental.
- Servicios de apoyo de medicamentos.
  - Servicios de tratamiento diurno intensivo.
- Rehabilitación durante el día.
  - Servicios de intervención de crisis.
  - Servicios de estabilización de crisis.
- Servicios de tratamiento residencial para adultos.
- Servicios de tratamiento residencial de crisis.

- Servicios en centros psiquiátricos de salud.
- Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados.
- Administración de casos específicos.
- Servicios de apoyo de pares.
- Servicios conductuales diurnos.
- Servicios terapéuticos de crianza temporal.
- Coordinación de cuidados intensivos.
- Servicios intensivos en el hogar.
- Reingreso relacionado con la justicia.
- Tratamiento asertivo comunitario (ACT).
- Tratamiento asertivo comunitario forense (FACT).
- Atención especializada coordinada (CSC) para el primer episodio de psicosis (FEP).
- Servicios de espacio comunitario de rehabilitación.
- Servicios de trabajadores de la salud comunitarios mejorados (CHW).

Los servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal están disponibles para usted a través su agencia de salud conductual de su condado, si cumple los criterios para recibir estos servicios.

- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo.
- Tratamiento perinatal residencial para el trastorno de abuso de sustancias.
- Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios.
- Programa de tratamiento de estupefacientes.
- Medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado Tratamiento Asistido con Medicamentos).
- Servicios de apoyo de pares.
- Servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años).
- Examen de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (para miembros menores de 21 años).

Los Servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal incluyen lo siguiente:

- Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios.
- Servicios de tratamiento ambulatorio intensivo.
- Servicios de hospitalización parcial
- Medicamentos para el tratamiento de la adicción (también llamado Tratamiento Asistido con Medicamentos).
- Servicios de tratamiento residencial.
- Servicios de manejo de la abstinencia.
- Programa de tratamiento de estupefacientes.
- Servicios de recuperación.
- Coordinación de cuidados.

- Servicios de apoyo de pares.
- Servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años).
- Examen de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (para miembros menores de 21 años).
- Servicios de tratamiento para pacientes internados.

Además de los servicios antes mencionados, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación en el hospital, si cumple con los criterios.

Molina Medicare Complete Care Plus proporciona acceso a diversos proveedores de salud mental y especialistas en abuso de sustancias. Puede encontrar una lista de proveedores en el sitio web para miembros de Molina Medicare Complete Care Plus o llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Para obtener una copia actualizada del Directorio de Proveedores y Farmacias o para obtener asistencia adicional para elegir un proveedor de salud conductual, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Para acceder a algunos servicios se le puede requerir que obtenga una Autorización Previa. Usted o su proveedor de salud conductual o su PCP puede solicitar una autorización previa del Departamento de Administración de Utilización de Servicios de Molina Healthcare por teléfono, fax o correo, según la urgencia del servicio solicitado.

Consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** para obtener información acerca de cuáles servicios requieren autorización previa. Se debe determinar la atención como necesaria. Médicamente necesario significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud mental actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para personas mayores. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los niveles aceptados de práctica médica y salud conductual.

Si está recibiendo servicios o necesita obtener servicios de salud mental de especialistas de Medi-Cal o servicios de medicamentos que están disponibles para usted por medio del plan médico de salud mental (MHP) del condado, los Administradores de Casos de Molina Medicare Complete Care Plus pueden ayudar a remitirlo a los recursos del condado adecuados para una evaluación. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia. También puede comunicarse con el condado directamente. Consulte los números correspondiente del condado en la información a continuación.

Servicios especializados de salud mental
Departamento de Salud Mental del Condado de Los Angeles: 1-800-854-7771
Sistema de Salud de la Universidad de Riverside- Salud Conductual: 1-800-499-3008
Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino: 1-888-743-1478
Servicios de Salud Conductual del Condado de San Diego: 1-888-724-7240

Servicios de medicamentos de Medi-Cal
Departamento de Salud Pública del Condado de Los Angeles: 1-844-804-7500
Sistema de Salud de la Universidad de Riverside- Salud Conductual: 1-800-499-3008
Departamento de Salud Conductual del Condado de San Bernardino: 1-888-724-7240

G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal

En esta sección, se describen los beneficios excluidos en nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagaremos por estos beneficios. Medicare y Medi-Cal no pagan por ellos tampoco.

En la siguiente lista, se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia y algunos que nosotros excluimos solo en ciertos casos.

No cubrimos los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (o en cualquier otra parte de 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 nuestro plan debe cubrir un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios considerados “no justificados ni médicamente necesarios”, de acuerdo con Medicare y Medi-Cal, a menos que estos figuren en la lista de servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por este.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria.
- Enfermeros de guardia privados.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como teléfono o televisor.
- Atención de personal de enfermería de tiempo completo en su domicilio
- Los honorarios cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.
- Entrega de alimentos a domicilio.
- Procedimientos o servicios de mejora optativos o voluntarios (incluidos, la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el desempeño sexual, el rendimiento atlético, los fines estéticos, el rendimiento mental o aquellos contra el envejecimiento), excepto en casos médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otro trabajo estético, 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, pagaremos por la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama con fines de simetría.
- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna según las pautas de cobertura.

- Cuidado de rutina de los pies, excepto según se describe en los Servicios de Podiatría en la Tabla de beneficios de la **Sección D**.
- Calzado ortopédico, a menos que el calzado sea parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que esté incluido en el costo del dispositivo, o el calzado para personas con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de soporte para pies, excepto calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.
- Reversión de procedimientos de esterilización.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Servicios prestados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y la distribución de costos para el VA es mayor que la distribución de costos conforme a nuestro plan, realizaremos el reembolso de la diferencia al veterano. Usted aún será responsable de sus montos de distribución de costos.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios

Introducción

En este capítulo se explican las reglas para obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor receta para usted y que usted obtiene de una farmacia o por pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Part D y Medi-Cal. En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* se le indica lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este Manual del Miembro.

También cubrimos los siguientes medicamentos, a pesar de que no se analizan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part A**. Por lo general, estos incluyen medicamentos que se le suministran a usted mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part B**. Estos incluyen algunos de los medicamentos para quimioterapia, algunos medicamentos inyectables durante una visita a un consultorio médico u otro proveedor y los medicamentos que se administran en una clínica para diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos cubre Medicare Part B, consulte la Tabla de beneficios incluida en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- Además de la cobertura de Medicare Part D y de los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si permanece en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**, Sección D “Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare”.

Normas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Por lo general, el plan cubre sus medicamentos, siempre que siga las instrucciones de esta sección.

Un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) debe emitir su receta médica, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable. Por lo general, esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo derivó para que reciba atención.

Su recetador **no** debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.

Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección A1 si desea obtener más información). O puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan.

Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de Medicamentos cubiertos* de nuestro plan. La llamamos “*Lista de Medicamentos*” para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de Medicamentos*, nosotros podemos cubrirlo al hacerle una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9, Sección G** para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.
- También tenga en cuenta que la solicitud de cobertura de su medicamento recetado se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.

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 (FDA) o avalado por determinadas referencias médicas. Su profesional que le receta puede ayudarle a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento recetado. Una indicación médica aceptada para medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal significa que no debe usarse para una indicación que aparece como no respaldada o no recomendada en ninguno de los compendios.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas 137
A1. Una farmacia de la red le surtirá su receta médica 137
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica 137
A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red 137
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red 138
A5. Cómo usar una farmacia especializada 138
A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos 138
A7. Cómo obtener un suministro largo plazo de medicamentos 140
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan 140
A9. Cómo le reembolsamos una receta médica 140
B. *Lista de Medicamentos* de nuestro plan 141
B1. Medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* 141
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* 142
B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de Medicamentos* 142
B4. Niveles de costos compartidos de la *Lista de medicamentos* 143
C. Límites para algunos medicamentos 144
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto 145
D1. Obtener un suministro temporal 146
D2. Cómo solicitar un suministro provisional 147
D3. Solicitar una excepción 148
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 148
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 150
F1. En un hospital o un centro de cuidados especializados para una estadía cubierta por nuestro plan 150
F2. En un centro de cuidados prolongados 151
F3. En un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare 151

G. Programas de seguridad y administración de medicamentos 151
G1. Programas para ayudarlo a utilizar los medicamentos de forma segura 151
G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos 152
G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura 153

A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Una farmacia de la red le surtirá su receta médica

En la mayoría de los casos, pagamos por las recetas médicas solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas médicas a los miembros de nuestro plan. Usted puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. (Consulte la **Sección A8** para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Administrador de Cuidados.

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

Para que le surtan su receta médica, **exhiba su Tarjeta de Identificación de Miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red no factura nuestra parte del costo de su medicamento cubierto. Es posible que deba pagar a la farmacia un copago cuando retira el medicamento recetado.

Recuerde que necesita la tarjeta de Medi-Cal o la Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire. Luego, puede pedirnos que le rembolsemos el dinero de nuestra distribución de costos. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con el Departamento de Servicios para Miembros**. Haremos todo lo que podamos para ayudarle.

- Para solicitarnos un reintegro, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si necesita ayuda para que le surtan una receta médica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Administrador 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 resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o su Administrador de Cuidados.

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

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

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestra página web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Administrador de Cuidados.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

En ocasiones, 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 centro de enfermería.
  - 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, nosotros nos aseguramos 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 su medicamento en dicho centro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias de Proveedores de Atención Médica para Indígenas (IHCP). Los miembros indígenas americanos y nativos de Alaska tienen acceso a farmacias en un Proveedor de Atención Médica para Indígenas (IHCP) en la medida en que tengan una farmacia minorista inscrita. Si usted no es indígena americano o nativo de Alaska, aún puede recibir servicios de una farmacia minorista en un IHCP si está asignado a la clínica o ante una emergencia.
- 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, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Administrador de Cuidados.

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

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

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro del medicamento de al menos **31** días y no mayor de **100** días. Un suministro de **100** 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.

Por lo general, una receta médica por correo llega dentro de los siguientes 14 días. Si hay una necesidad urgente o si este pedido se retrasa, llame al Departamento de Servicios para Miembros los números de teléfono que están impresos en la contraportada de este cuadernillo para obtener ayuda con la recepción de un suministro provisional de su receta.

Procesos para pedidos por correo

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

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

   La farmacia surte y envía automáticamente las nuevas recetas médicas que usted le solicita.

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

   Una vez que la farmacia recibe la receta de un proveedor de atención médica, se comunica con usted para saber si desea que los medicamentos se surtan inmediatamente o en otro momento.

   - Esto le permite asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluidas la concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe.
   - Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.

3. **Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo**

   Para renovar sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos indiquen que se está quedando sin medicamento.

   - La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si aún tiene suficientes medicamentos o si le cambiaron el medicamento.
   - Si elige no utilizar el programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que su medicamento actual se agote a fin de garantizar que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su suscripción al programa que prepara automáticamente los pedidos de resurtido por correo, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7860, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Informe a la farmacia la mejor forma de comunicarse con usted para que esta pueda contactarse con usted y confirmar el pedido antes de enviarlo. La farmacia se comunicará con usted 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 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 fármacos que usted toma en forma regular, por una condición médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 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 Administrador de Cuidados o 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 de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

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

Por lo general, pagamos por medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede acudir a una farmacia de la red. Ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir las recetas médicas como miembro de nuestro plan. En estos casos, le pedimos que primero se comunique con el Administrador de Cuidados o con el Departamento de Servicios para Miembros para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted.

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

- Si la receta médica está relacionada con una atención médica requerida urgentemente.
- Si estas recetas médicas están relacionadas con el cuidado en caso de una emergencia médica.
- La cobertura estará limitada a un suministro de 31 días, a menos que la receta médica se haya expedido para un periodo menor.

A9. Cómo le reembolsamos una receta médica

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total en lugar de un copago cuando surta la receta médica. Puede solicitarnos el reintegro de nuestra parte del costo. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Si paga el costo total de una receta médica que podría estar cubierta por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le reembolse el costo una vez que Medi-Cal Rx pague la receta. Como alternativa, puede

solicitar que Medi-Cal Rx le haga un reembolso; para ello, debe enviar un reclamo de "Reembolso de gastos de su propio bolsillo de Medi-Cal (Conlan)". Puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

B. *Lista de Medicamentos* de nuestro plan

Contamos con una *Lista de Medicamentos Cubiertos.* La llamamos "*Lista de Medicamentos*" para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* también incluye las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos*

Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Part D.

La mayoría de los medicamentos que compra en una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.

Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir productos biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende con una denominación comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los fármacos típicos. En nuestra *Lista de Medicamentos*, cuando hacemos referencia a "medicamentos", esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y productos biosimilares tienen la misma eficacia que los medicamentos de marca y los productos biológicos; además, suelen ser menos costosos. Existen sustitutos genéricos de muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la legislación estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la *Lista de Medicamentos.*

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos OTC. Algunos medicamentos OTC son menos costosos que los medicamentos recetados y tienen la misma eficacia.Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*

Para averiguar si un medicamento que usted toma se encuentra en nuestra *Lista de Medicamentos*, usted puede hacer lo siguiente:

- Visitar el sitio web de nuestro plan en MolinaHealthcare.com/Medicare. La *Lista de Medicamentos* que se publica en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Comunicarse con su Coordinador de Cuidados o con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de saber si un medicamento está incluido en nuestra *Lista de Medicamentos* o solicitar una copia de esta.
- Los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D podrían estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.
- Utilice nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en Caremark.com para buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* a fin de obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de Medicamentos* que podrían tratar la misma afección. Puede llamar también a su Administrador de Cuidados o al **Departamento de Servicios para Miembros.**

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de Medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no se incluyen en nuestra *Lista de Medicamentos*, debido a que la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra *Lista de Medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Se les llama **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta médica por un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso particular, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

A continuación se indican tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye a Medicare Part D) no puede pagar por un medicamento que ya está cubierto por Medicare Part A o Medicare Part B. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B de forma gratuita, pero estos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.

2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetarle algún medicamento para tratar su afección, a pesar de que este no haya sido aprobado para esta. Esto se denomina “uso fuera de lo indicado”. Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para uso fuera de lo indicado.

Además, por ley, ni Medicare ni Medi-Cal pueden cubrir los tipos de medicamentos indicados a continuación.

- 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.
- La receta médica para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro*.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso*.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios producidos por una compañía que dice que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle servicios

* Algunos productos pueden estar cubiertos por Medi-Cal. Visite la página web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información.

B4. Niveles de costos compartidos de la *Lista de Medicamentos*

Cada medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* de Medicamentos se incluye en una de los 6 categorías. Una categoría es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos y OTC). En general, cuanto más alta es la categoría de distribución de costos, mayor es su costo por el medicamento.

Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos

Categoría 2: Medicamentos genéricos

Categoría 3: Medicamentos de marca preferida

Categoría 4: Medicamentos no preferidos

Categoría 5: Medicamentos especializados

Categoría 6: Medicamentos de atención selecta

Para conocer en qué categoría de distribución de costos se encuentra un medicamento, consulte la *Lista de Medicamentos*.

En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*, se le indica el monto que usted paga por los medicamentos de cada categoría.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, existen algunas reglas especiales que establecen restricciones sobre cómo y cuándo los cubre nuestro plan. En general, nuestras reglas recomiendan que adquiera un medicamento que sea seguro y eficaz, y que esté indicado para su condición médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo tiene la misma eficacia que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de Medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez por día frente a dos veces por día; comprimido frente a líquido).

Si existe una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, su proveedor podría tener que informarnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no se debería aplicar a su situación, solicítenos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos aceptar o no permitir que utilice el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

1. **Limitación en el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando, respectivamente, está disponible una versión biosimilar genérica o intercambiable**

   Por lo general, un genérico o biosimilar intercambiable posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca o producto biológico original, pero su costo suele ser inferior. Si hay disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le darán, respectivamente, la versión genérica o biosimilar intercambiable.

   - Por lo general, no cubrimos el medicamento de marca o el producto biológico original si existe una versión genérica.
   - Sin embargo, si su proveedor nos informó el motivo médico por el cual el medicamento genérico biosimilar intercambiable no será eficaz en su caso o indicó “sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o nos informó el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no serán eficaces en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca. Su copago puede ser mayor si adquiere el medicamento de marca o producto biológico original en lugar del medicamento genérico o biosimilar intercambiable.

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

   En el caso de algunos medicamentos, usted o su médico que receta deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir la receta médica. Esto se llama autorización previa. Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página o en nuestro sitio web en https://www.molinahealthcare.com/members/ca/mem/medicaid/medical/coverd/presdrugs.aspx para obtener más información sobre la autorización previa.

3. **Probar primero un medicamento diferente**

   Por lo general, deseamos que utilice medicamentos de menor costo que tengan la misma eficacia antes de cubrir medicamentos de mayor precio. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, y los costos del medicamento A son menores que los del medicamento B, podemos exigirle que intente usar primero el medicamento A.

   Si el medicamento A no le resulta eficaz, el plan cubrirá el medicamento B. Esto recibe el nombre de terapia escalonada. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página o en nuestro sitio web en https://www.molinahealthcare.com/members/ca/en-US/mem/medicare/drug/drug.aspx para obtener más información sobre la 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, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si algunas de las reglas anteriores se aplican a un medicamento que utiliza o desea utilizar, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*. Para obtener información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura con base en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

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 desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. El medicamento podría no estar en nuestra *Lista de Medicamentos*. Podríamos cubrir una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y no hemos comprobado aún su seguridad y efectividad.

- Cubrimos el medicamento, pero hay límites o reglas especiales sobre la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el recetador tal vez quieran solicitarnos una excepción.
- El medicamento está cubierto, pero está en una categoría de distribución de costos que establece una suma mayor de lo que usted piensa que corresponde.

Existen ciertos recursos a su disposición si no cubrimos un medicamento en la forma que a usted le gustaría que lo hiciéramos.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede darle un suministro provisional de un medicamento cuando este no está incluido en nuestra *Lista de Medicamentos* o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para solicitar al plan que cubra el medicamento.

Para obtener un suministro provisional de un medicamento, usted debe cumplir con las dos siguientes reglas:

1. El medicamento que ha estado tomando:
   - Ya no está en nuestra *Lista de Medicamentos***.**
   - Nunca estuvo en nuestra *Lista de Medicamentos***.**
   - Actualmente está limitado de alguna manera.
2. Usted debe estar en alguna de estas situaciones:
   - Usted estuvo en nuestro plan el año pasado.
     - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
     - Este suministro provisional se otorga por hasta 31 días.
     - Si su receta médica está emitida por menos días, le permitimos múltiples resurtidos para proveer hasta un máximo de 31 días de medicamentos. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
     - Las farmacias de atención médica a largo plazo pueden brindarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar desperdicios.
   - Es nuevo en nuestro plan.
     - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
     - Este suministro provisional se otorga por hasta 31 días.
     - Si su receta médica está emitida por menos días, le permitimos múltiples resurtidos para proveer hasta un máximo de 31 días de medicamentos. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
     - Las farmacias de atención médica a largo plazo pueden brindarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar desperdicios.

- Usted ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, reside en un centro de atención médica a largo plazo y necesita un suministro de 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 90 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 limitadas, nosotros cubriremos un suministro provisional de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que la receta médica sea por un número menor de días) mientras el miembro tramita una excepción de formulario. Existen excepciones disponibles en situaciones en que usted experimenta un cambio en el nivel de atención que recibe, que también requiere que realice una transición desde un centro de tratamiento a otro. En dichas circunstancias, usted podría ser elegible para que se le surtan medicamentos de forma provisional por única vez, aunque ya hayan pasado sus primeros 90 días como miembro del plan.
  - Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los medicamentos que son de la “Parte D” y que compró 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 a su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le termine el suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiar de medicamento.

  Es posible que nuestro plan cubra un medicamento diferente que resulte eficaz en su caso. Llame al Departamento de Servicios para Miembros a fin de solicitar una lista de medicamentos que cubrimos y que sirvan para tratar la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda resultarle eficaz.

  O

- Solicitar una excepción.

  Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no se encuentre en nuestra *Lista de Medicamentos* o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor indica que usted tiene una buena razón médica para una excepción, podrán ayudarle a pedirla.

D3. Solicitar una excepción

Si un medicamento que usted está tomando se eliminará de nuestra *Lista de Medicamentos* o se limitará de alguna manera durante el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento por el próximo año de la manera que usted desea.
- Respondemos su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud (o declaración de respaldo del recetador).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura ara el medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Para obtener más información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su Administrador de Cuidados.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero, pero podemos agregar o retirar medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

- Decidir si requiere o no aprobación previa (PA) para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada con respecto a un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que estaba cubierto **al principio** del año, generalmente, no retiramos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- Surge un nuevo medicamento más económico en el mercado que es tan efectivo como alguno de los medicamentos que se encuentran en nuestra *Lista de Medicamentos* actual, **o**
- Nos enteramos de que un medicamento no es seguro**.**
- Un medicamento es retirado del mercado.

¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando nuestra *Lista de Medicamentos* cambia, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consultar nuestra *Lista de Medicamentos* actual en línea en www.MolinaHealthcare.com/Medicare **o**
- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números de teléfono que aparecen al final de la página para consultar la *Lista de Medicamentos* actual.

Cambios que podemos hacer en la *Lista de Medicamentos* que lo afectan durante el año actual del plan

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

Se encuentra disponible un nuevo medicamento genérico. A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que tiene la misma eficacia que un medicamento de marca o un producto biológico original que ya figura en la *Lista de Medicamentos*. Cuando eso ocurre, podemos retirar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero el costo por el nuevo medicamento será igual o menor. Cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar las reglas de cobertura o los límites.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero le enviemos información acerca del cambio específico que hicimos una vez que este ocurra.
- Usted puede solicitar una “excepción” a esos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede seguir para obtener una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado. A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminarlo de inmediato de nuestra *Lista de Medicamentos.* Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. 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 avisamos con anticipación acerca de estos otros cambios en nuestra *Lista de Medicamentos.* Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando estos cambios sucedan, nosotros haremos lo siguiente:

- Le avisaremos, por lo menos, 30 días antes de implementar el cambio en nuestra *Lista de Medicamentos***o**
- Le avisaremos y le daremos la cantidad de medicamentos para 31 días después de que pida una renovación.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro recetador. Este le podrá ayudar a decidir lo siguiente:

- Si hay algún otro medicamento similar en nuestra *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar **o**
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Cambios en la *Lista de Medicamentos* que no lo afectan durante este año del plan

Podemos hacer cambios a los medicamentos que usted toma que no están descritos arriba y no lo afecten ahora. En este caso, si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, generalmente no retiramos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año.**

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que usted está tomando, aumentamos lo que paga por el medicamento o limitamos su uso, entonces el cambio no afecta su uso del medicamento o lo que paga por el medicamento durante el resto del año.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que esté tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará a su uso hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la *Lista de Medicamentos* para el año siguiente del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el año siguiente del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o un centro de cuidados especializados para una estadía cubierta por nuestro 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, cubrimos el costo de sus medicamentos durante la internación. Usted no pagará un copago. Cuando se le dé el alta del hospital o del centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos en casos especiales, consulte el **Capítulo 6** de este Manual del Miembro.

F2. En un centro de cuidados prolongados

Por lo general, un centro de atención a largo plazo, como por ejemplo un centro de enfermería, 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 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 forma parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red, o si usted necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

F3. En un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare

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

- Puede estar inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requerir determinados medicamentos (p. ej., analgésico, antiemético, laxante o contra la ansiedad) que el centro de cuidados paliativos no cubre porque no está relacionado con su pronóstico terminal y sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación de su recetador o proveedor de cuidados paliativos acerca de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- 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 cubre todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando finalice el beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, entregue la documentación a la farmacia para verificar que usted ha abandonado el centro de cuidados paliativos.

Lea las partes anteriores de este capítulo en las que se indican los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos.

G. Programas de seguridad y administración de medicamentos

G1. Programas para ayudarlo 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 toma otro medicamento similar 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.
- Puede ser un error en la cantidad (dosis).
- Tengan cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides.

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

G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos

Nuestro plan dispone de un programa para ayudar a los miembros con necesidades médicas complejas. En dichos casos, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo, a través del Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor asegurarse de que sus medicamentos funcionan para mejorar su salud. Si cumple los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos y hablará 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.

Luego, le dará:

- Un resumen por escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos en el que se recomienda qué hacer para alcanzar el mejor uso de sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluya todos los medicamentos que toma, cuánto toma, y cuándo y por qué lo hace.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias de dispensación controlada.

Es una buena idea hablar con su recetador sobre su plan de acción y su 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.
- Lleve su lista de medicamentos si acude a un hospital o a una sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos a usted en el programa y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos de él.

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

G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a que nuestros miembros consuman de manera segura sus opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP).

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

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para dichos medicamentos de una farmacia en particular.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de un recetador en particular.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubrimos para usted.

Si planificamos limitar el modo en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un recetador o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué recetadores o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante que conozcamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación.

Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o la limitación, usted y su recetador pueden presentar una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos sobre la nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación en relación con las limitaciones que se aplican a su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO). (Para obtener más información acerca de las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).

Es posible que el DMP no se aplique a usted en los siguientes casos:

- Tiene determinadas condiciones médicas, como cáncer o drepanocitosis.
- Recibe cuidados hospitalarios, paliativos o terminales**.**
- Vive en un centro de atención médica a largo plazo.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal

Introducción

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

- Medicamentos de Medicare Part D **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Debido a que usted es elegible para Medi-Cal, usted obtiene Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para ayudarle a pagar por sus medicamentos de Medicare Part D. Le hemos enviado un anexo, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra (Extra Help) para la compra de medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos” o “LIS Rider”), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su “Cláusula adicional LIS”.

> **Ayuda Extra (Extra Help)** es un programa de Medicare que ayuda a personas de bajos ingresos y recursos para reducir los costos de medicamentos de Medicare Part D como primas, deducibles y copagos. A este programa de Ayuda Extra (Extra Help) también se lo conoce como “Subsidio por bajos ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”).

Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Para obtener más información acerca de los medicamentos, puede consultar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos.*
  - Nosotros la llamamos “Lista de Medicamentos”. Le indica:
    - Qué medicamentos pagamos.
    - En cuál de las 6 categorías se encuentra cada medicamento.
    - Si hay algún límite en los medicamentos.
  - Si necesita una copia de nuestra *Lista de Medicamentos*, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede encontrar la Lista de Medicamentos más reciente en nuestro sitio web: www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

- La mayoría de los medicamentos que compra en una farmacia están cubiertos por Molina Medicare Complete Care Plus. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

- **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro***.**
  - Le indica cómo obtener medicamentos para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.
  - Incluye las reglas que usted debe seguir. También se le indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
  - Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar al Administrador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias***.**
  - 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 aceptan trabajar con nosotros.
  - El *Directorio de Proveedores y Farmacias* tiene una lista de farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La *Explicación de beneficios* (EOB) 157
B. Cómo llevar el control de los costos de los medicamentos 158
C. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de Medicare Part D 159
C1. Nuestro plan tiene 6 categorías de distribución de costos 159
C2. Sus opciones de farmacia 160
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 160
C4. Lo que paga usted 160
D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial 163
D1. Sus opciones de farmacia 164
D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 164
D3. Lo que paga usted 164
D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial 167
E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica 167
F. El costo de sus medicamentos si su médico le receta menos de un mes completo de suministro 168
G. ¿Qué paga usted por las vacunas de la Parte D? 168
G1. Lo que necesita saber antes de recibir una vacuna 169

A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus costos de medicamentos y los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. Llevamos el registro de dos tipos de costos:

- Sus **gastos de bolsillo**. Este es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas médicas. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare, planes médicos del empleador o sindicato, Servicio Médico para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el AIDS, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Sus **costos totales por medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtenga medicamentos por medio de nuestro plan, le enviaremos un resumen llamado *Explicación de beneficios (EOB)*. La llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. 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 que recibió el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que nosotros pagamos, y lo que usted y otras personas que pagan por usted, pagaron.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra el costo total de los medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esto es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde la primera vez que se surtió para cada pedido de receta médica de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando corresponda, sobre otros medicamentos disponibles que tienen una distribución de costos menor para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos efectuados por estos medicamentos no se contabilizan en sus gastos de bolsillo totales.
- La mayoría de los medicamentos que compra en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede comunicarse con el centro de atención al cliente de Medi-Cal al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

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

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

1. **Utilice su tarjeta de identificación del miembro.**

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

2. **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.**

   Puede solicitarnos el reintegro del costo que nos corresponde por el medicamento. Entréguenos las copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted pagó. Para obtener más información o ayuda para enviar un formulario de Reembolso directo para miembros, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

   Estos son ejemplos de casos en los que debe entregarnos 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 total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales

   Para obtener más información acerca de cómo solicitarnos que le reintegremos nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

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 el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el AIDS (ADAP), el Servicio Médico para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad se tienen en cuenta en el cálculo de sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir los requisitos para la cobertura catastrófica. Cuando alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de los medicamentos de Medicare Part D por el resto del año.

4. **Revise las EOB que le enviemos.**

   Cuando usted obtenga una EOB por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa.

   - **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Compruebe las fechas. ¿Le entregaron medicamentos ese día?
   - **¿Le entregaron los medicamentos que aparecían en la lista?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Coinciden los medicamentos con los que le recetó su médico?

¿Qué ocurre si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no le parece correcto en esta EOB, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

¿Qué sucede con los posibles fraudes?

Si en este resumen se muestran medicamentos que no toma o cualquier otro dato que le parezca sospechoso, comuníquese con nosotros.

- Llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- Si sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal cometió fraude, malgasto y abuso, es su derecho denunciarlo llamando al número de teléfono gratuito confidencial 1-800-822-6222. Hay otros métodos para denunciar el fraude a Medi-Cal en: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si considera que faltan datos o que hay información incorrecta, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Conserva estas EOB. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

C. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de Medicare Part D

Existen dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de Medicare Part D conforme a nuestro plan. Lo que usted paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentra cuando obtiene un surtido o resurtido de la receta médica. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
En esta etapa, pagamos parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte. Su parte del costo se denomina copago. Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año.	Durante esta etapa, pagamos todos los costos de los medicamentos por el resto del año calendario. Esta etapa comienza cuando usted ya pagó un monto determinado de sus gastos de bolsillo.

C1. Nuestro plan tiene 6 categorías de distribución de costos

Las categorías de distribución de costos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* se incluyen en una de las 6 categorías de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número de categoría, mayor será el copago. Para encontrar las categorías de distribución de costos de los medicamentos, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

Categoría 1: medicamentos genéricos preferidos

Categoría 2: medicamentos genéricos

Categoría 3: medicamentos de marca preferida

Categoría 4: medicamento no preferido

Categoría 5: medicamentos especializados

Categoría 6: medicamentos de atención selecta

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.
- Una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber en qué momentos proporcionamos dicha cobertura.
- El servicio de farmacia por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no será cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias.*

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

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. Puede costarle lo mismo que un suministro de un mes.

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

C4. Lo que paga usted

Usted puede pagar un copago cuando le surtan una receta médica. Si los costos de medicamentos cubiertos son menores que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para determinar cuánto es su copago para cualquier medicamento cubierto.

La mayoría de los medicamentos que compra en una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y determinadas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede comunicarse con el centro de atención al cliente de Medi-Cal

al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento cubierto en los siguientes lugares:

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	**El servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Suministro de un mes o de hasta 31 días	**Una farmacia de la red de atención médica a largo plazo** 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** de este *Manual del Miembro* para obtener más detalles.
Categoría 1 de distribución de costos *(Genéricos preferidos)*	$0	$0	$0	$0
Categoría 2 de distribución de costos *(Genéricos)*	$0, $1.60 o $4 de copago para todos los medicamentos.	$0, $1.60 o $4 de copago para todos los medicamentos.	$0, $1.60 o $4 de copago para todos los medicamentos.	$0, $1.60 o $4 de copago para todos los medicamentos.

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	**El servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Suministro de un mes o de hasta 31 días	**Una farmacia de la red de atención médica a largo plazo** 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** de este *Manual del Miembro* para obtener más detalles.
Categoría 3 de distribución de costos *(Medicamentos de marca preferidos)*	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 4 de distribución de costos *(Medicamento no preferido)*	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	**El servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Suministro de un mes o de hasta 31 días	**Una farmacia de la red de atención médica a largo plazo** 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** de este *Manual del Miembro* para obtener más detalles.
Categoría 5 de distribución de costos (Categoría de medicamentos especializados)	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 6 de distribución de costos (Medicamentos de Atención Selecta)	$0	$0	$0	$0

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

D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte del costo se denomina copago. El copago depende de la categoría de distribución de costos en la que se encuentra el medicamento y de dónde lo obtiene.

Categoría 1: genéricos preferidos

Categoría 2: genéricos

Categoría 3: marca preferida

Categoría 4: medicamento no preferido

Categoría 5: medicamentos especializados

Categoría 6: medicamentos de atención selecta

Las categorías de distribución de costos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento incluido en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan se incluye en una de las 6 categorías de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número de categoría, mayor será el copago. Para encontrar las categorías de distribución de costos de los medicamentos, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

D1. Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de si adquiere el medicamento en los siguientes lugares:

- Una farmacia minorista de la red**.**
- Una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber en qué momentos proporcionamos dicha cobertura.
- El servicio de farmacia por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D2. 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. Puede costarle lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* o el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

D3. Lo que paga usted

Durante la etapa de cobertura inicial, usted deberá pagar un copago cada vez que le surtan una receta médica. Si los costos de medicamentos cubiertos son menores que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para determinar cuánto es su copago para cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento cubierto en los siguientes lugares:

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	**El servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Suministro de un mes o de hasta 31 días	**Una farmacia de la red de atención médica a largo plazo** 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** de este *Manual del Miembro* para obtener más detalles.
Categoría 1 de distribución de costos *(Genéricos preferidos)*	$0	$0	$0	$0
Categoría 2 de distribución de costos *(Genéricos)*	$0, $1.60 o $4 de copago para todos los medicamentos.	$0, $1.60 o $4 de copago para todos los medicamentos.	$0, $1.60 o $4 de copago para todos los medicamentos.	$0, $1.60 o $4 de copago para todos los medicamentos.
Categoría 3 de distribución de costos *(Medicamentos de marca preferidos)*	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	**El servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Suministro de un mes o de hasta 31 días	**Una farmacia de la red de atención médica a largo plazo** 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** de este *Manual del Miembro* para obtener más detalles.
Categoría 4 de distribución de costos *(Medicamento no preferido)*	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 5 de distribución de costos (Categoría de medicamentos especializados)	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	$0, $1.60 o $5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.90 o $12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	**El servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Suministro de un mes o de hasta 31 días	**Una farmacia de la red de atención médica a largo plazo** 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** de este *Manual del Miembro* para obtener más detalles.
Categoría 6 de distribución de costos (Medicamentos de Atención Selecta)	$0	$0	$0	$0

Para obtener información sobre cuáles farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus gastos totales de bolsillo alcanzan los $2100. En este momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de los medicamentos desde entonces hasta el final del año.

Su Explicación de beneficios (EOB) le resultará útil para realizar un seguimiento de lo que ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de $2100. Muchas personas no llegan a este límite en un año.

E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica

Cuando usted alcanza el límite de gastos de bolsillo de $2100 para sus medicamentos, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanece en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el fin del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

F. El costo de sus medicamentos si su médico le receta menos de un mes completo de suministro

Generalmente, usted paga un copago para cubrir el suministro mensual completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes.

- Es posible que haya ocasiones en las que desee preguntarle a su médico si le puede recetar una cantidad menor a la del suministro mensual de un medicamento (por ejemplo, cuando usted prueba por primera vez un medicamento).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga por el suministro mensual completo de ciertos medicamentos.

Cuando obtiene un suministro menor que el suministro mensual de un medicamento, el monto que paga se basa en cuántos días de suministro del medicamento reciba. Calculamos el monto que pague por día por su medicamento ("tasa de distribución de costos diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días de suministro del medicamento recibe.

- Este es un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 31 días) es de $1.35. Esto significa que el monto que le corresponde pagar por su medicamento es menos de $0.05 por día. Si usted recibe un suministro de un medicamento para 7 días, su pago es de menos de $0.05 por día, multiplicado por 7 días, lo que equivale a un pago total de menos de $0.35.
- La distribución de costos diaria le permite asegurarse de que un medicamento se eficaz para usted antes de que pague el suministro de un mes entero.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete una cantidad menor al suministro mensual de un medicamento, para ayudarle a lo siguiente:
  - Planificar mejor cuándo resurtir sus medicamentos.
  - Coordinar los resurtidos con otros medicamentos que toma**.**
  - Concurrir menos veces a la farmacia.

G. ¿Qué paga usted por las vacunas de la Parte D?

Mensaje importante sobre lo que se paga por las vacunas Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Part B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en nuestra *Lista de Medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Part D sin costo para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos* de su plan o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre la cobertura y la distribución de costos de vacunas específicas.

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

1. La primera parte corresponde al costo de **la vacuna en sí**.
2. La segunda parte corresponde al costo de **administrarle a usted la vacuna.** Por ejemplo, algunas veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su médico.

G1. Lo que necesita saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame al Departamento de Servicios para Miembros si planea recibir una vacuna.

- Podemos brindarle información sobre la cobertura que nuestro plan ofrece para su vacuna y explicarle la parte que le corresponde por los costos.
- Nosotros podemos indicarle cómo mantener sus costos en un nivel bajo utilizando los proveedores y farmacias de la red. Las farmacias y los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red coordina con nosotros para asegurarse de que no tenga costos iniciales para una vacuna de Medicare Part D.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios 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 una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos 171
B. Cómo enviar una solicitud de pago 174
C. Decisiones de cobertura 175
D. Apelaciones 175

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la red deben facturarle al plan por sus medicamentos y servicios cubiertos después de que los haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico.

No permitimos que los proveedores de Molina Medicare Complete Care Plus le facturen a usted estos servicios o medicamentos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- Si cubrimos los servicios o los medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o los medicamentos y ya pagó más que su parte del costo, tiene derecho a recibir un reintegro.
  - Si pagó por servicios que cubre Medicare, le reintegraremos su dinero.
- Si pagó por los servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede calificar para recibir un reembolso (reintegro) si cumple con todas las siguientes condiciones:
  - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal que somos responsables de pagar. No le reembolsaremos un servicio que no esté cubierto por Molina Medicare Complete Care Plus.
  - Usted recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de Molina Medicare Complete Care Plus.
  - Solicita que se le reintegre el dinero dentro de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
  - Proporciona prueba de que pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
  - Usted recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal en la red de Molina Medicare Complete Care Plus. No es necesario que cumpla con esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que los proveedores fuera de la red presten sin aprobación previa (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere aprobación previa (autorización previa), debe proporcionar prueba del proveedor que demuestre una necesidad médica para el servicio cubierto.

- Molina Medicare Complete Care Plus le informará si le reembolsarán mediante una carta llamada Aviso de acción. Si cumple con todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe devolverle el monto total que pagó. Si el proveedor se niega a pagarle, Molina Medicare Complete Care Plus le reintegrará el monto total que usted pagó. Le reembolsaremos dentro de los 45 días hábiles siguientes a la recepción de la reclamación. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a reintegrarle el dinero, Molina Medicare Complete Care Plus le reintegrará el dinero, pero solo hasta el monto que FFS Medi-Cal pagaría. Molina Medicare Complete Care Plus le reintegrará el monto total de bolsillo para servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que los proveedores fuera de la red brinden sin aprobación previa. Si no cumple con una de las condiciones anteriores, no le reintegraremos el dinero.
- No le realizaremos un reintegro en los siguientes casos:
  - Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios estéticos.
  - El servicio no es un servicio cubierto por Molina Medicare Complete Care Plus.
  - Acudió a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que indicaba que desea que lo atiendan de todos modos y que usted mismo pagará los servicios.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su administrador de cuidados si tiene alguna pregunta. Si no sabe cuál es el monto que debería haber pagado, o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarle. También nos puede llamar si desea darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Entre los ejemplos de situaciones en las que usted necesita solicitarnos un reintegro o que paguemos una factura que usted recibió se encuentran los siguientes:

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o requerida urgentemente de un proveedor fuera de la red**

   Pídale al proveedor que nos facture.

   - Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, solicítenos un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
   - A veces, puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no le corresponde pagar. 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 ya pagó más de su parte por el costo del servicio de Medicare, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

2. **Cuando un proveedor de la red le envía una factura**

   Los proveedores de la red deben facturarnos siempre a nosotros. Es importante mostrar su Tarjeta de Identificación de Miembro cuando recibe cualquier servicio o receta; sin embargo, a veces los proveedores de la red cometen errores y le piden que pague por sus servicios o un monto mayor

que su parte de los costos. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros** o a su Coordinador de Cuidados al número que figura al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Debido a que nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor a la que le corresponde pagar, 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 pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura y una prueba de cualquier pago que haya hecho. Le reintegraremos el monto por los servicios cubiertos ***o*** por la diferencia entre el monto que pagó usted y el monto que usted adeudaba según nuestro plan.

3. **Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva**

   A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ya pasó el primer día de su inscripción. Puede que incluso haya sido el año pasado).

   - Si se inscribió de manera retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos el dinero.
   - Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.

4. **Cuando surte un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red**

   Si acude a una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su receta médica.

   - Solo en unos pocos casos, cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reintegremos nuestra parte del costo.
   - Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
   - Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. **Cuando paga el costo total de una receta médica de Medicare Part D porque no lleva consigo su Tarjeta de Identificación de Miembro**

   Si no tiene su Tarjeta de Identificación de Miembro, puede solicitarle a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción en el plan.

   - Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta médica o volver a la farmacia con su Tarjeta de Identificación de Miembro.
   - Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reintegremos nuestra parte del costo.
   - Es posible que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

6. **Cuando paga el costo total de una receta de Medicare Part D de un medicamento que no está cubierto**

Es posible que pague el costo total de la receta médica debido a que el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos* (*Lista de Medicamentos*), que aparece en nuestro sitio web, o que haya un requisito o una restricción que desconocía o que consideraba que no se aplicaba en su caso. Si decide adquirir el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total.
  - Si no paga por el medicamento, pero cree que nosotros deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
  - Si usted y su médico u otro recetador creen que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite un reintegro. En algunos casos, necesitaremos más información de su médico u otro recetador para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reintegremos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

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 el servicio o medicamento debe estar cubierto, pagamos nuestra parte de su costo.

Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro.*

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y una constancia de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare o llámenos. La constancia de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros.** Puede solicitar ayuda a su Administrador de Cuidados. Nos debe enviar su información dentro de un (1) año calendario posterior a la fecha en que recibió el servicio o artículo, o dentro de los 36 meses de la fecha en que recibió el medicamento.

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

Para servicios médicos:

Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Para los servicios de la Parte D (recetas médicas):
Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos el monto de dinero, si corresponde, que debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos que nos proporcione más información.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte de su costo. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por lo que usted pagó **o** por nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado, le pagaremos al proveedor directamente.

En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*, se explican las reglas para obtener los servicios cubiertos.

En el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*, se explican las reglas para obtener los medicamentos cubiertos de Medicare Part D.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o el medicamento, le enviaremos una carta en la que se explican las razones. En la carta, también se le explican sus derechos a 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 el monto que pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos específicos. Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*:

- Para presentar una apelación sobre como recibir un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, consulte la **Sección G**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo se incluyen sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Tabla de Contenidos

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades 177
B. Nuestra responsabilidad de brindarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos 186
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) 187
C1. Cómo protegemos su información médica protegida (protected health information, PHI) 188
C2. Su derecho a ver su historia clínica 188
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información 196
E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente 197
F. Su derecho a dejar nuestro plan 197
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 197
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones 197
G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo 198
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 199
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones 199
H1. Qué puede hacer si lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos 200
I. Sus responsabilidades como miembro del plan 200

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

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Le informaremos sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Todos los años debemos informarle acerca de los derechos que tiene como afiliado de nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que pueda comprender, llame a su Administrador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas que no sean inglés, como español, árabe, armenio, camboyano, chino, persa, hmong, coreano, lao, ruso, tagalo, vietnamita, y en formatos de letra grande, sistema Braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Departamento de Servicios para Miembros o escriba a Molina Medicare Complete Care Plus at 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802.
    - Para presentar o cambiar una solicitud de un idioma preferido que no sea inglés o un formato alternativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7860, TTY: 711. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, o escriba a Molina Healthcare en 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802.
    - Mantendremos su solicitud de idioma o formato para futuras comunicaciones y envíos por correo, para que no tenga que realizar una solicitud por separado cada vez.
    - Para realizar una solicitud permanente con el fin de obtener materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7860, TTY: 711. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de lenguaje o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Department of Health and Human Services de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

Debemos garantizar que **todos** los servicios se proporcionen de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle acerca de los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Todos los años debemos informarle acerca de los derechos que tiene como afiliado de nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a su Coordinador de Cuidados o Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles para responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede ofrecerle materiales en idiomas diferentes del inglés, que incluyen *español, árabe, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, laosiano, ruso, tagalo y vietnamita* y en formatos como letras grandes, braille o audio. Para recibir materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Departamento de Servicios para Miembros o escriba a Molina Medicare Complete Care Plus (855) 687-7860 TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Para servicios médicos: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - Para solicitar de manera permanente materiales en otro idioma o en un formato alternativo ahora y en el futuro, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 687-7860, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o por una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Karapatan mong matanggap ang mga serbisyo at impormasyon sa paraan na nakasasapat sa mga pangangailangan mo

Dapat namin tiyakin na **lahat** ng serbisyong ibinibigay sa iyo ay wasto sa kultura at nasa paraang naa-access. Dapat din naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tawagan ang Care Manager mo o ang Mga Serbisyo ng Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makapagbibigay din sa iyo ang plan namin ng mga babasahin na nasa mga wikang bukod sa English kabilang ang *Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Lao, Russian, Tagalog, at Vietnamese* at sa mga format kagaya ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, Pakitawagan

ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa Molina Medicare Complete Care Plus (855) 687-7860 TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Para sa Mga Serbisyong Medikal: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
    - Para gumawa ng isang nagpapatuloy na kahilingan para makakuha ng mga materyales sa isang wika maliban sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (855) 687-7860, TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras.

Kung nahihirapan kayong kumuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa numerong 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách thức đáp ứng nhu cầu của mình

Chúng tôi phải đảm bảo **tất** cả các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về phúc lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo với quý vị về các quyền của quý vị mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm *tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng H'Mông, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Nga, tiếng Tagalog và tiếng Việt* và theo các định dạng như chữ cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc gửi thư cho Molina Medicare Complete Care Plus theo số (855) 687-7860 TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương. Đối với dịch vụ y tế: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
    - Để đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện tại hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 687-7860, TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.
- Gọi cho Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi số 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 이용할 권리

당사는 **모든** 서비스가 문화적으로 적절하며 접근 가능한 방식으로 제공되도록 보장해야 합니다. 당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 당사 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사에는 회원의 플랜 가입 기간 중 매년 회원의 권리에 대해 회원에 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공받으려면 케어 코디네이터에게 연락하거나 회원 서비스에 전화하십시오. 당사 플랜에서는 다양한 언어로 질문에 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 또한 영어 이외에도 *스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 흐몽어, 한국어, 라오어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어로* 된 자료, 큰 활자나 점자 또는 음성 자료를 제공해 드립니다. 자료를 해당 대체 형식으로 제공받으려면 회원 서비스에 (855) 687-7860(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시각)에 전화하시거나 다음 주소의 Molina Medicare Complete Care Plus로 서신을 보내시기 바랍니다. 의료 서비스 관련 우편 주소: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - 지금 및 향후에 자료를 영어 이외의 다른 언어나 대체 형식으로 계속해서 제공받으려면, 회원 서비스에 (855) 687-7860(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시간)에 전화하시기 바랍니다.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있어 불만을 제기하고자 하시는 경우

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하시기 바랍니다. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 민권 사무국은 916-440-7370번입니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다.
- 미국 보건복지부, 민권 사무국 번호는 1-800-368-1019 번입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697 번으로 전화하십시오.

Ваше право получать услуги и информацию любым удобным вам способом

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах в понятной для вас форме. Мы должны сообщать вам о ваших правах каждый год в течение всего времени вашего участия в плане.

- Чтобы получить информацию понятным для вас способом, позвоните координатору медицинских услуг или в отдел обслуживания участников программы страхования. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет получить ответы на ваши вопросы на необходимом вам языке.

- В рамках нашего плана вы можете получить материалы на *испанском, арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, лаосском, русском, тагальском и вьетнамском языках, а также на языках фарси и хмонг .* Кроме того, информация для вас доступна в разных форматах, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников программы страхования или в офис Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (855) 687-7860 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени. Медицинские услуги: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 (Калифорния).
  - Чтобы подать постоянный запрос на предоставление вам сейчас и в будущем материалов на другом языке (кроме английского) или в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру (855) 687-7860 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени.

Если у вас возникнут трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы захотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно в любой день недели. Если вы пользуетесь телефоном TTY: 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

您有權以滿足您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保向您提供的**所有**服務都符合您的文化背景以利使用。我們還必須以您可以理解的方式向您介紹我們的計劃福利和您的權利。我們必須在您參與本計劃的每一年向您說明您的權利。

- 想要以您可以理解的方式獲得資訊，請致電您的照護協調員或會員服務部。本計劃提供免費的口譯員服務，可以用不同語言來回答問題。
- 我們的計劃也可以爲您提供非英文版本的資料，包括*西班牙語*、*阿拉伯語*、*亞美尼亞語*、*柬埔寨語*、*中文*、*波斯語*、*苗語*、*韓語*、*老撾語*、*俄語*、*塔加拉族語和越南語*，以及大字體、點字或音訊等格式。如需這些其他格式之一的資料，請致電會員服務部或寫信給 Molina Medicare Complete Care Plus，電話：(855) 687-7860 TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。醫療服務：200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - 若要長期要求現在和以後都取得非英文版本或替代格式的資料，請致電會員服務部，電話：(855) 687-7860，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。

如果您因語言問題或殘疾而在取得本計劃資訊時遇到困難，並想要提交投訴，請致電：

- Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天、每天 24 小時均可致電。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室，電話：916-440-7370。TTY 使用者應致電 711。
- 美國衛生及公共服務部民權辦公室，電話：1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。

حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك

تعين علينا ضمان تقديم **جميع** الخدمات إليك بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية وسهولة الوصول. كما يتعين علينا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها، يرجى الاتصال بمنسق حالتك أو خدمات الأعضاء. وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد بلغات غير الإنجليزية، بما في ذلك الإسبانية والعربية والأرمينية والكمبودية والصينية والفارسية والهمنوجية والكورية واللاوية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية وبتنسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو مراسلة Molina Medicare Complete Care Plus وذلك على الرقم 687-7860 (855)، وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY، يمكنهم الاتصال على: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. للخدمات الطبية: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - لتقديم طلب للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 687-7860 (855)، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

إذا واجهتَ صعوبة في الحصول على المعلومات عن طريق خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو الإعاقة وتود تقديم شكوى بالأمر، فيمكنك الاتصال بالجهات الآتية:

- خط المساعدة 1-800-MEDICARE لبرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227). يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لبرنامج Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على رقم 711.
- صحة والخدمات البشرية، مكتب الحقوق المدنية (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. بالنسبة إلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស់**ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងលក្ខណៈមានប្រសិទ្ធភាពតាមរបៀបធម៌និងអាចចូលប្រើប្រាស់បាន។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងនិងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឲ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានទៅតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្លះក៏អាចផ្តល់ឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន*ភាសាអេស្ប៉ាញ អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី មន កូរ៉េ ឡាវ រុស្ស៊ី តាកាឡុក និងវៀតណាម* ហើយមានទម្រង់ជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានសម្ភារៈក្នុងទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់ Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY៖ 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ៖ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- ដើម្បីធ្វើសំណើអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀតពេលបច្ចុប្បន្ន និងអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY៖ 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 ។
- ការិយាល័យ Medi-Cal នៃសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 916-440-7370 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711 ។
- U.S Department of Health and Human Services, ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697 ។

حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهای‌تان را برآورده کند

اید اطمینان حاصل کنیم که **تمامی** خدمات به‌صورتی به شما ارائه می‌شود که به‌لحاظ فرهنگی قابل قبول و قابل دسترس باشند. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح‌مان و حقوق‌تان را به گونه‌ای در اختیارتان قرار دهیم که برای‌تان قابل درک باشد. باید هر سالی که عضو طرح ما هستید، حقوق‌تان را به شما اطلاع دهیم.

- جهت کسب اطلاعات به‌شیوه‌ای که برای‌تان قابل درک باشد، با هماهنگ‌کنندهٔ خدمات درمانی خود یا خدمات اعضاء تماس بگیرید. طرح ما به‌منظور پاسخ‌دهی به سؤالات به زبان‌های مختلف، خدمات ترجمهٔ رایگان را ارائه می‌دهد.
- همچنین در طرح ما امکان ارائهٔ مطالب به زبان‌هایی به غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، همونگی، کره‌ای، لائوسی، روسی، تاگالوگ و ویتنامی و به قالب‌هایی مثل چاپ با حروف درشت، خط بریل یا صوتی وجود دارد. برای دریافت مطالب به یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضاء به‌شمارهٔ 687-7860 (855) یا TTY به شمارهٔ 711 در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید یا به Molina Medicare Complete Care Plus نامه بنویسید. برای خدمات پزشکی: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

- جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا در قالبی دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضاء به شمارهٔ 687-7860 (855)، TTY: 711 در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعدازظهر، به‌وقت محلی تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبان یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایتی را ثبت کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- Medicare به شمارهٔ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) . می‌توانید در 7 روز هفته و در 24 ساعت شبانه‌روز تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شمارهٔ 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal یا Medi-Cal Office of Civil Rights به شمارهٔ 916-440-7370. کاربران TTY باید با شمارهٔ 711 تماس بگیرید.
- فتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights) متعلق به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا (U.S Department of Health and Human Services) به شمارهٔ 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شمارهٔ 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

Ձեր կարիքների համապատասխանող ձևով ծառայություններ և տեղեկություն ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է ապահովենք, որ ձեզ տրամադրվող **բոլոր** ծառայությունները լինեն մշակութային առումով գրագետ և հասանելի ձևով: Մենք պարտավորվում ենք նաև հայտնել ձեզ ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ համար հասանելի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, բացի դեռ մեր ծրագրի անդամ եք հանդիսանում:

- Ձեզ համար հասանելի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք խնամքի համակարգողին կամ Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ *իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հմոնգերեն, կորեերեն, լաոսերեն, ռուսերեն, տագալերեն և վիետնամերեն,* ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլյի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 687-7860 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հմոնգերեն, կորեերեն, լաոսերեն, ռուսերեն, տագալերեն և վիետնամերեն, ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլյի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 687-7860 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:

- ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչության, Բաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

Koj txoj cai tau txais kev pab cuam thiab cov ntaub ntawv raws li koj xav tau

Peb yuav tsum xyuas kom meej **tag nro** cov kev pab cuam raug muab rau koj raws li kev coj noj coj ua thiab nkag mus tau zoo.Peb kuj yuav tsum tau qhia koj txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig thiab koj cov cai raws li koj tuaj yeem nkag siab.Peb yuav tsum qhia koj txog koj txoj cai txhua xyoo uas koj nyob hauv peb txoj phiaj xwm.

- Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab, hu rau koj neeg lis hauj lwm rau kev saib xyuas los sis Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab.Peb txoj phiaj xwm muaj kev pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug ua ntau hom lus.
- Peb txoj phiaj xwm tseem tuaj yeem muab cov ntaub ntawv ua lwm yam lus dhau ntawm lus Askiv xws li *Xab Pees Niv, As Las Npiv, As Mes Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Xis, Hmoob, Kaus Lim, Nplog, Lav Xias, Tas Kas Lov thiab Nyab Laj* Arabic thiab hauv cov ntawv xws li ntawv loj, ntawv sau, los sis suab.Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv ua ib qho ntawm lwm hom ntawv, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab los sis sau rau Molina Medicare Complete Care Plus (855) 687-7860 TTY: 711 7 hnub hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam.Rau Kev Pab Cuam Kho Mob: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
    - Txhawm rau thov kom tau txais cov ntaub ntawv ua lwm yam lus uas tsis yog lus Askiv los sis lwm hom ntawv tam sim no thiab yav tom ntej, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab ntawm (855) 687-7860, TTY: 711 7 hnub hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam.

Yog tias koj muaj teeb meem tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb txoj phiaj xwm vim muaj teeb meem lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav ua ntawv tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub lim tiam.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Cov Cai Ntawm Pej Xeem tau ntawm 916-440-7370.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu xov tooj rau 711.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-800-537-7697.

A. ສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການ ແລະ ຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ

ພວກເຮົາຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າ ການບໍລິການ **ທ້ອງຫ້ອ** ແມ່ນຖືກສະໜອງໃຫ້ທ່ານໃນລັກສະນະທີ່ເໝາະສົມກັບວັດທະນະທຳ ແລະ ສາມາດ ເຂົ້າເຖິງໄດ້. ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນເຮົາ ແລະ ສິດທິຂອງທ່ານໃນທາງທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້. ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະປີວ່າທ່ານຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ.

- ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້, ໂທຫາ ຜູ້ຈັດການກໍລະນີຂອງທ່ານ ຫຼື ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ແຜນການຂອງພວກເຮົາແມ່ນມີບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມໃນພາສາທີ່ແຕກຕ່າງກັນ.
- ແຜນການຂອງພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ເອກະສານແກ່ທ່ານເປັນ*ພາສາແອສປາໂຍນ, ອາເມນຍ, ກໍາປູເຈຍ, ຈີນ, ຟາຊີ, ເກົາຫຼີ, ລັດເຊຍ, ຕາກາລັອກ, ຫວຽດນາມ, ອາຣັບ* ແລະ ໃນຮູບແບບຕ່າງໆເຊັ່ນ: ແບບພິມ, ອັກສອນນູນ ຫຼື ສຽງ. ເພື່ອຮັບເອກະສານໃນໜຶ່ງໃນຮູບແບບທາງເລືອກເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື ຂຽນໄປຫາ Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 ອັນຕ່ອາທິດ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ. ສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- ເພື່ອດຳເນີນການຮ້ອງຂໍເອກະສານເປັນພາສາທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ ຫຼື ໃນຮູບແບບທາງເລືອກໃນຕອນນີ້ ແລະ ອະນາຄົດ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ (855) 665-4627, TTY: 711 7 ອັນຕ່ອາທິດ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ.

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາເນື່ອງຈາກບັນຫາດ້ານພາສາ ຫຼື ຄວາມພິການ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ, ໃຫ້ໂທຫາ:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ທ່ານສາມາດໂທ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອັນ, 7 ອັນຕ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-877-486-2048.
- ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງແຜນ Medi-Cal ທີ່ເບີ 916-440-7370. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711.
- U.S Department of Health and Human Services, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ທີ່ 1-800-368-1019. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derechos como un miembro de nuestro plan.

- Tiene el derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre cuáles son los tipos de proveedores que pueden desempeñarse como un PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.
  - Llame a su Administrador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información acerca de los proveedores de la red y qué médicos están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a visitar un ginecólogo u otro especialista en salud de la mujer sin una derivación. Una remisión es la aprobación de su PCP para ver a un proveedor que no es su PCP.

- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un periodo razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
  - Si usted no puede obtener los servicios dentro de un periodo razonable, debemos pagarle la atención fuera de la red.
- Usted tiene derecho a obtener servicios o atención de emergencia que se requieran con urgencia sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- 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** de este *Manual del Miembro*.
- Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, tiene el derecho a mantener a sus proveedores actuales y autorizaciones de servicio hasta por 12 meses si se cumplen ciertos criterios. Para obtener más información sobre cómo mantener sus autorizaciones de servicio y proveedores, consulte el **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro*.
- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre su atención médica con la ayuda de su Administrador de Cuidados y su equipo de cuidado.

En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se le indica lo que usted puede hacer si cree que no está obteniendo sus servicios o medicamentos dentro de un periodo razonable. También se le indica lo que puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI)

Protegemos su información de salud protegida (PHI) como lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que usted nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus historias clínicas y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos en lo que respecta a su información y a controlar cómo se usa su PHI. Le proporcionamos un aviso escrito en el que se le informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso sobre Prácticas de Privacidad”.

Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios de temas sensibles no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir estos servicios o a presentar un reclamo por servicios de temas sensibles. Molina Medicare Complete Care Plus dirigirá las comunicaciones relacionadas con los servicios de temas sensibles a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número telefónico alternativos designados de un miembro, o, en ausencia de una designación, a nombre del miembro, a la dirección o el número telefónico que figura en el archivo. Molina Medicare Complete Care Plus no divulgará información médica relacionada con servicios de temas sensibles a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que recibe atención. Molina Medicare Complete Care Plus adaptará las solicitudes de comunicaciones confidenciales en la

forma y formato solicitados, si es que es sencillo producirlas de esa manera o en ubicaciones alternativas. La solicitud de comunicaciones confidenciales de un miembro relacionada con servicios de temas sensibles será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Usted puede pedirle a Molina que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. 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 su 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. Esta puede incluir registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, quejas y otros asuntos como miembro de Molina. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada pueda leer ni cambiar sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no damos su información de salud protegida (PHI) a nadie que no esté proporcionándole atención médica o pagando por ella. Si lo hacemos, debemos obtener primero un permiso por escrito de usted. Usted o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted puede otorgar el permiso escrito.

A veces, no necesitamos obtener un permiso escrito con antelación de su parte. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.

- Debemos divulgar PHI a agencias gubernamental que están controlando la calidad de la atención médica que brindamos.
- Podemos divulgar PHI si lo ordena un tribunal, pero solo si lo permite la ley de California.
- Debemos proporcionarle a Medicare su PHI, incluida información sobre sus medicamentos de Medicare Part D. Si Medicare divulga su PHI para fines de investigación u otros usos, esto se realiza de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a ver su historia clínica

- Usted tiene derecho a examinar su historia clínica y a obtener una copia de esta.
- Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos sus historias clínicas. Si nos solicita que hagamos esto, trabajamos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse cambios.
- Usted tiene derecho a conocer si compartimos su PHI con otras personas y cómo lo hacemos por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su PHI, llame a Departamento de Servicios para Miembros.

Su privacidad

Estimado miembro de Molina Medicare:

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

PHI significa *información médica protegida*. La PHI incluye su nombre, número de miembro, raza, origen étnico, necesidades de lenguaje u otros aspectos que lo 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 usted recibe.
- Para revisar la calidad de la atención médica que usted recibe.
- Para informarle sobre sus opciones de atención médica.
- Para administrar nuestro plan médico.
- 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
- Modificar su PHI
- Pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de determinada manera
- Obtener una lista de personas o lugares con quienes hemos compartido su PHI

¿Cómo protege Molina su PHI?

Molina utiliza varios métodos para proteger la PHI a través de nuestro plan médico. Esto incluye PHI en formato escrito, 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. Solamente el personal de Molina que necesite conocer la PHI puede utilizarla.
- 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 cortafuegos y contraseñas.

¿Qué debe hacer Molina según los requerimientos legales?

- Mantener en privado su PHI.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI.
- Seguir los términos de nuestro Aviso de Prácticas 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 Department of Health and Human Services.

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

Lo que precede es solo un resumen. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad incluye más información sobre cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros Miembros. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra en la siguiente sección de este Manual del Miembro. Se encuentra en nuestro sitio web www.molinahealthcare.com. También puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad si llama a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7860, TTY: 711, 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

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA INC.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of California Inc. ("**Molina Healthcare**", "**Molina**", "**nosotros**" o "**nuestro**") utiliza y comparte su información médica protegida para brindarle beneficios de salud como miembro de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP. 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 cumplir con los términos de esta Notificación. La fecha de entrada en vigor de esta Notificación es el 23 de septiembre de 2013.

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

Para pagos

Molina puede utilizar o compartir su 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 de la factura que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica

Molina puede usar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan médico. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle 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, entre otras cosas, 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.
- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso y los programas de enjuiciamiento.
- Realizar 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 médico. 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 de los tratamientos, los pagos y las 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 Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud pública

Su PHI se puede utilizar 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.

Funciones gubernamentales

Su PHI puede compartirse con el gobierno para funciones especiales, como para actividades de seguridad nacional.

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 abandono.

Indemnización al trabajador

Su PHI se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines

Su PHI puede compartirse con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarles 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 este aviso. 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 nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

¿Cuáles son sus derechos de información médica?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones respecto del uso o la divulgación de PHI (difusión de su PHI)**

Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar 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 su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

Usted puede pedirle a Molina que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. Cumpliremos con una solicitud razonable, 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 su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

- **Revisar y obtener una copia de su PHI**

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

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su 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 propósitos de inteligencia.
- La información que es parte de un conjunto de datos limitado de acuerdo con la ley aplicable.
- La PHI revelada por motivos de seguridad nacional o de inteligencia.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar su 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. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (855) 687-7860. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

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

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Molina y el Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede realizar una queja de las siguientes maneras:

Por teléfono:
Departamento de Servicios para Miembros de Molina (855) 687-7860
El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Por escrito:
Molina Healthcare
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Puede presentar una queja ante el Secretario del Department of Health and Human Services de los Estados Unidos a la siguiente dirección:

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

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

(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 prácticas de privacidad en relación con su PHI.
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su PHI no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones de seguros.
- 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 realizamos cualquier modificación importante, Molina publicará el aviso revisado en nuestro sitio web y enviará el aviso revisado, o bien enviará información acerca del cambio importante y de cómo obtener el aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por Molina.

Información de contacto

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

Por teléfono:
Departamento de Servicios para Miembros de Molina (855) 687-7860
El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Por escrito:
Molina Healthcare
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Este información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de servicio al cliente al (855) 687-7860, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al (855) 687-7860, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, ofrecemos servicios de intérprete para responder las preguntas que tenga acerca de nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito para usted. También podemos proporcionarle la información o los materiales escritos en español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, hmong, coreano, lao, ruso, tagalo y vietnamita. También podemos proporcionarle información en formato de audio, en sistema braille o en letra de molde grande. Para realizar un pedido permanente con el fin de obtener materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7860. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

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

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, que incluye:
  - Información financiera.
  - Cómo los miembros del plan nos han calificado.
  - El número de apelaciones que presentaron los miembros.
  - Cómo abandonar nuestro plan.
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, que incluye:
  - Cómo elegir proveedores de atención primaria o cambiarlos.
  - Calificaciones de nuestras farmacias y proveedores de la red.
  - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
- Los servicios y medicamentos cubiertos, que incluye:
  - Servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro)* que cubre nuestro plan.
  - Límites en su cobertura y medicamentos.
  - Reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.
- El motivo por el cual un servicio no tiene cobertura y lo que usted puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*), lo que incluye solicitarnos que realicemos lo siguiente:
  - Indicar por escrito el motivo por el cual un servicio no está cubierto.
  - Cambiar una decisión que hemos tomado.
  - Pagar una factura que usted recibió.

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

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarle a pagar por los servicios cubiertos. Ellos tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si pagamos un monto menor al que cobró el proveedor. Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a obtener la mayor parte de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original u otro plan de Medicare Advantage (MA).
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de Medicare Part D de un plan de medicamentos o de otro plan de MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del Miembro*
  - Para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse a un nuevo plan de MA o de beneficios de medicamentos.
  - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medi-Cal si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones con respecto a su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a conocer cualquier riesgo posible. Debemos informarle con antelación si cualquier servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene el derecho de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene el derecho a consultar a otro médico antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.
- **Decir no.** Tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no le excluiremos de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume toda la responsabilidad de lo que le suceda.

- **Pedirnos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor le negó la atención médica.** Usted tiene derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor se negó a brindarle atención médica que usted considera que debería recibir.
- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que denegamos o que, por lo general, no cubrimos.** Esto se conoce como tomar una decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

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

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) sin costo al (855) 687-7860. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al TTY: 711 para utilizar el Servicio de retransmisión de California.

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

- Completar un formulario por escrito **que le otorgue a una persona el derecho a tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento queda incapacitado para tomar esas decisiones por usted mismo.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo administrar su atención médica si usted no puede tomar esas decisiones, incluida la atención que **no** desea recibir.

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

No está obligado a tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o de algunos comercios que venden insumos para oficinas. Las farmacias y las oficinas de los proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar el formulario.
- **Llenar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, le ayuden a completarlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas que necesitan saber.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Se recomienda entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su hogar.

- Si usted va a ser hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia de esta al hospital**.
  - En el hospital, le preguntarán si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo lleva consigo.
  - Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Solicitar que su directiva anticipada se adjunte a su historia clínica.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.
- Obtener información sobre los cambios en las leyes de directivas anticipadas. Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) le informará sobre los cambios en las leyes estatales a más tardar 90 días después del cambio.

Por ley, nadie le puede negar atención médica ni discriminarle en función de si firmó una directiva anticipada. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante Ombudsman Program al (866) 784-2595. Esta llamada es gratuita. TTY: (800) 430-7077. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.

Escriba a la siguiente dirección: **Department of Health Care Services**
1501 Capitol Avenue
PO Box 997413
Sacramento, CA 95814

Sitio web: http://calduals.org/background/cci/archive/policy/cal-mediconnect-ombudsman/

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de su atención médica 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 del plan han presentado contra nosotros. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener esta información.

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

Si considera que lo tratamos injustamente, y que **no** se trata de discriminación debido a los motivos indicados en el **Capítulo 11** de este *Manual del Miembro*, o desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar al:

- Departamento de Servicios para Miembros.
- Counceling on Aging Southern California (909) 256-8369. Para obtener más detalles acerca del HICAP, consulte el **Capítulo 2**.
- El Mediador de Medi-Cal al (866) 784-2595. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro.*
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar sus “Derechos y protecciones de Medicare” [Medicare Rights & Protections], que se encuentra en el sitio en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de cumplir con lo que se detalla a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Departamento de Servicios para Miembros.

- **Leer este *Manual del Miembro*** para conocer qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles acerca de sus:
  - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*. Esos capítulos le indican 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** de este *Manual del Miembro*.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos** que usted tenga. Debemos asegurarnos de que usted utiliza todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llamar al Departamento de Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informar a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted es miembro de nuestro plan. Exhibir su Tarjeta de Identificación de Miembro, siempre que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a que le brinden la mejor atención.
  - Proporcionarles la información que necesitan acerca de usted y su salud. Conocer tanto como pueda acerca de sus problemas de salud. Seguir las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado..
  - Asegurarse de que sus médicos y otros proveedores tengan información acerca de todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

  - Hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben darle explicaciones que usted pueda entender. Si formula una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabajar con su Administrador de Cuidados**, incluso cuando realice una evaluación anual de riesgos para la salud.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en la oficina 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 Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de Molina Medicare Complete Care Plus, Medi-Cal paga su prima de Medicare Part A y su prima de Medicare Part B.
  - Para algunos de sus servicios y apoyos a largo plazo o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento. Esto será un copago. En el **Capítulo 4** se especifica lo que usted debe pagar por sus servicios y apoyos a largo plazo. En el **Capítulo 6** se especifica lo que usted debe pagar por sus medicamentos.
  - **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total. (Nota:** 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 planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a su Administrador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros.
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan.** Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro*, se le informa sobre nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el periodo especial de inscripción, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
  - Informar a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo podemos comunicarnos con usted.
  - **Si se muda, comuníqueselo al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**
- **Informarnos si tiene un nuevo número de teléfono** o si hay una mejor forma de comunicarse con usted.
- **Llamar a su Administrador de Cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o inquietud.**

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 por el que su plan indicó que no pagará.
- Si usted no está de acuerdo con una decisión que su plan tomó acerca de su atención médica.
- Si considera que sus servicios cubiertos concluyen demasiado pronto.
- Si tiene un problema o una queja relacionados con los servicios y el apoyo a largo plazo, incluidos los Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) y los servicios de Centros de Enfermería (NF).

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene algún problema o duda, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

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 cuidado. **Si tiene un problema con la atención, puede llamar al Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal al (866) 784-2595 para obtener ayuda.** En este capítulo, se explican las diferentes opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero puede llamar a la línea de ayuda del Programa de Ombudsman a fin de que lo orienten con su problema. Si desea obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y los medios de contacto, consulte el **Capítulo 2** de su *Manual del Miembro*.

Índice

A. Qué hacer si tiene algún problema o inquietud 205
A1. Información acerca de los términos legales 205
B. Dónde obtener ayuda 205
B1. Para obtener más información y asistencia 205
C. Comprender las quejas de Medicare y Medi-Cal, y las apelaciones en nuestro plan 207
D. Problemas relacionados con sus beneficios 207
E. Decisiones de cobertura y apelaciones 207
E1. Decisión de cobertura 207
E2. Apelaciones 208
E3. Ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura 208
E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarlo? 209
F. Atención médica 210
F1. Cómo utilizar esta sección 210
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura 211
F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 213
F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 215
F5. Problemas de pago 221
G. Medicamentos de Medicare Part D 222
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D Medicare 222
G2. Excepciones de Medicare Parte D 223
G3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar una excepción 225
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 226
G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 228
G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 229
H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada 231
H1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare 232
H2. Presentar una Apelación de Nivel 1 232
H3. Presentar una Apelación de Nivel 2 234
I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos 235
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura 235
I2. Presentar una Apelación de Nivel 1 236
I3. Presentar una Apelación de Nivel 2 237

J. Cómo lograr que su apelación trascienda el Nivel 2 238
J1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare 238
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal 239
J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de Medicare Part D 239
K. Cómo presentar una queja 240
K1. ¿Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas? 240
K2. Quejas internas 242
K3. Quejas externas 243

A. Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo, se explica cómo abordar problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para las **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también denominadas quejas formales).

Para garantizar un trato justo y rápido, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

A1. Información acerca de los términos legales

En este capítulo, se incluyen términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, de modo que, cuando podemos, usamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Utilizamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgos” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE).

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

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y asistencia

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

Ayuda del Programa de Protección y Orientación sobre Seguros Médicos

Puede llamar al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros Médicos (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a comprender lo que debe hacer con respecto a su problema. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. El HICAP ha capacitado a los asesores en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es (909) 256-8369.

Ayuda del Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal

Puede llamar al Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal y hablar con un defensor acerca de sus preguntas sobre la cobertura médica. Es posible que puedan ofrecerle ayuda legal gratuita. El Programa de Ombudsman no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o

plan médico. Su número de teléfono es (866) 784-2595 y su sitio web es www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y asistencia, puede comunicarse con Medicare. Existen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda del Departamento de Servicios de Atención Médica de California

El Mediador de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California puede ayudarle. Puede ayudarle si tiene problemas para inscribirse, cambiar o abandonar un plan médico. También puede brindarle ayuda si se mudó y tiene problemas para transferir Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al Mediador de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. al (866) 784-2595.

Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de supervisar los planes médicos. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o con problemas de facturación. El número de teléfono es **1-888-466-2219**. Las personas que son sordas, tienen problemas de audición o dificultades del habla pueden usar el número gratuito de TDD, **1-877-688-9891**. También puede visitar el sitio web del DMHC en **www.dmhc.ca.gov**.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de reglamentar los planes de servicios de salud. Si tiene alguna queja formal contra el plan médico, en primer lugar, debe llamar al teléfono de su plan médico al **(855) 687-7860, TTY: 711** y utilizar el proceso para quejas formales de su plan médico antes de comunicarse con este departamento. La utilización de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal que involucre una emergencia, una queja formal que su plan médico no ha resuelto satisfactoriamente o una queja que no se ha resuelto durante más de 30 días, puede comunicarse con el departamento para recibir asistencia. También puede ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan médico en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidad auditiva y del habla. En el sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov, aparecen los formularios de queja, de solicitud de IMR y las instrucciones en línea.

C. Comprender las quejas de Medicare y Medi-Cal, y las apelaciones en nuestro plan

Tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro para un beneficio de Medi-Cal. En la **Sección F4**, se explican estas situaciones.

D. Problemas relacionados con sus beneficios

Si tiene algún problema o duda, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro 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 determinada atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B) tiene cobertura o no, la forma en la que está cubierta y problemas sobre el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección E:** “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	**No.** Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección K:** “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

En el proceso para solicitar decisiones de cobertura y realizar apelaciones se encuentran problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B como **atención médica.**

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos.

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso.**

Tomamos una decisión de cobertura cuando revisamos una solicitud de servicio o un reclamo. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto para usted por Medicare o Medi-Cal. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

En caso de no estar satisfecho con una decisión de cobertura que tomamos, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que seguimos todas las reglas correctamente. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, se encargan de su apelación.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1. Si su problema de salud es urgente o implica una amenaza grave e inmediata para su salud, o bien si presenta dolor intenso y necesita una decisión más rápida, puede solicitar una revisión médica independiente (IMR) al Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhc.ca.gov. Consulte la **Sección F4** si desea obtener más información.

Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, usted puede solicitar una "decisión rápida sobre la cobertura" o acelerada, o bien una "apelación rápida" de una decisión de cobertura.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de la atención médica de Medicare, se le indicará en la carta que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Part D o Medicaid, se le indicará en la carta cómo presentar una Apelación de Nivel 2 por su cuenta. Consulte la Sección F4 para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, podrá recurrir a niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con las apelaciones y decisiones de cobertura

Puede solicitar ayuda a cualquiera de las siguientes opciones:

- **Departamento de Servicios para Miembros** a los números que figuran al final de la página.
- **Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal al (866) 784-2595.**
- **Programa de Protección y Orientación sobre Seguros Médicos (HICAP)** al (909) 256-8369.

- **Centro de ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o con problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas que son sordas, tienen problemas de audición o dificultades del habla pueden usar el número gratuito de TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov. Si bien el DMHC puede ayudar a las personas en los planes administrados de Medi-Cal, no puede ayudar a las personas solo en los planes de Medicare y en los siguientes Sistemas de salud organizados del condado (County Organized Health Systems, COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health, y CalOptima. El gobierno federal regula Medicare, los planes y el Departamento de Servicios de Atención Médica regula los planes de COHS.
- **Su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor puede solicitar una apelación o decisión de cobertura en su nombre.
- **Un amigo o familiar**. Puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado**. Usted tiene derecho a un abogado, pero **no necesita tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Contrate a su propio abogado o solicite uno en la asociación local de abogados u otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica.
  - Solicite un abogado de asistencia legal al Programa de Ombudsman de Medicare Medi-Cal llamando al 1-855-501-3077.

Si desea que un abogado o alguien más lo represente, deberá llenar el formulario para Nombramiento de Representante. Mediante el formulario, le otorga permiso a alguien para actuar en su nombre.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite el formulario para "Nombramiento de 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 webwww.MolinaHealthcare.com/Medicare. **Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarlo?

Existen cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. Le damos los detalles de cada una en una sección diferente de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**: "Atención médica"
- **Sección G**: "Medicamentos recetados de Medicare Part D"
- **Sección H**: "Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada"
- **Sección I**: "Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos". (Esta sección se aplica solo a los siguientes servicios: servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.

F. Atención médica

En esta sección se explica qué hacer si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención. Para obtener información sobre cómo solicitar una hospitalización más prolongada, consulte la **Sección H.**

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* en la tabla de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse diferentes reglas a un medicamento recetado de Medicare Part B. En esos casos, explicamos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos recetados de Medicare Part B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

F1. Cómo utilizar esta sección

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

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

   Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3.**

3. Usted recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no la pagamos.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5.**

4. Recibió y pagó por atención médica que creía que estaba cubierta y desea solicitar que le demos un reembolso.

   Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le reintegremos el dinero. Consulte la **Sección F5.**

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para cierta atención médica, y usted cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4.**

   - Se aplican reglas especiales si la cobertura es por cuidado hospitalario, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF). Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.

- Para todas las demás situaciones que implican reducir o interrumpir su cobertura de cierta atención médica, consulte esta sección (**Sección F**) como guía.

6. Está experimentando retrasos en la atención o no puede encontrar un médico.

   Lo que puede hacer: Puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2.**

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

> Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **determinación de organización integrada.**

Para solicitar una decisión de cobertura, usted, su médico o su representante pueden comunicarse de la siguiente manera:

- Llame al: (800) 665-0898, TTY: 711.
- Envíe un fax a: (844) 834-2155.
- Escriba a: Molina Healthcare, Attn: Coverage Request 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802.

Decisión de cobertura estándar

Cuando le informamos nuestra decisión, aplicamos los plazos “estándares”, a menos que aceptemos aplicar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta en los siguientes plazos:

- **5 días hábiles** después de recibir su solicitud de **un servicio o artículo médico sujeto a nuestras reglas de autorización previa**.
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud **para todos los otros servicios o artículos médicos.**
- **72 horas** después de recibir su solicitud de un medicamento de Medicare Part B.

Decisión rápida sobre la cobertura

> El término legal para “decisión rápida sobre la cobertura” es “**determinación acelerada**”.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica que requiera una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una "decisión rápida sobre la cobertura". Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le daremos una respuesta:

- **72 horas** después de recibir su solicitud de un **servicio o artículo médico.**
- **24 horas** después de recibir su solicitud de **un medicamento de Medicare Part B.**

Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar cobertura para artículos o servicios médicos **que no recibió**. No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura con respecto al pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El uso de las fechas límite estándares **puede causar graves daños a su salud** o afectar su capacidad de funcionar.

Le brindaremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura si su médico nos informa que su estado de salud lo requiere. Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si la recibe.

- Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándar. En la carta, se le indica lo siguiente:
  - Si su médico la solicita, le brindamos una decisión rápida sobre la cobertura automáticamente.
  - Cómo presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K.**

Si rechazamos su solicitud de forma total o parcial, le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos.

- Si contestamos **negativamente**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presente una apelación para solicitarnos de manera formal que revisemos nuestra decisión y la modifiquemos.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (**consulte la Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Los siguientes son algunos ejemplos de casos en que se descarta una solicitud:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, **o**
- si solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión recibe el nombre de "apelación". Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al (855) 687-7860, TTY: 711.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llámenos al (855) 687-7860, TTY: 711.

- Si su médico u otro recetador solicita que se continúe un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, es posible que deba nombrarlo su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de Nombramiento de Representante en el que autorice a esa persona a representarlo. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.MolinaHealthcare.com/Medicare.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, haremos lo siguiente:
  - Desestimamos su solicitud.
  - Le enviamos un aviso escrito en el que se expliquen sus derechos de solicitar a la Organización de Revisión Independiente (IRO) que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.
- Si usted no cumple el plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son los siguientes: padece una enfermedad grave o le dimos información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo de la demora cuando presente su apelación.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

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

> El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención, usted o su médico pueden solicitar una apelación rápida.

Le brindaremos automáticamente una apelación rápida si su médico nos informa que su estado de salud lo requiere. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si la recibe.

- Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una apelación rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándares. En la carta, se le indica lo siguiente:
  - Si su médico la solicita, le brindamos una apelación rápida automáticamente.

- Cómo puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le dijimos que interrumpiremos o reduciremos los servicios o los elementos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener esos servicios o elementos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o dejar de brindar cobertura para un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar las medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 **dentro de los 10 días calendario** a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
  - Si cumple con esta fecha límite, podrá recibir el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente su Apelación de Nivel 1.
  - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
  - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a revisar detalladamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Reunimos más información si la necesitamos. Es probable que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Existen fechas límite para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud requiere una respuesta más rápida.** Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, incluimos más información sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo Medicaid, usted mismo puede solicitar una Audiencia Estatal de Nivel 2 al estado en cuanto se vence el plazo. En California, una Audiencia estatal se llama Audiencia imparcial estatal. Para solicitar una audiencia estatal, consulte www.CDSS.CA.GOV.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a toda su solicitud o parte de ella**, debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas después de recibir su apelación, o antes si su salud así lo requiere.
- **Si nuestra respuesta es negativa a toda su solicitud o parte de ella**, le enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Existen fechas límite para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos las fechas límite estándares, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación por la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B que no recibió, le damos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación o antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta dentro de la fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, incluimos más información sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo Medicaid, usted mismo puede solicitar una Audiencia Estatal de Nivel 2 al estado en cuanto se vence el plazo. En California, una audiencia estatal se llama Audiencia imparcial estatal. Para solicitar una audiencia estatal, consulte www.CDSS.CA.GOV.

Si nuestra respuesta es afirmativa a toda su solicitud o parte de ella, debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o tan rápido como lo requiera su estado de salud y dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que cambiamos nuestra decisión, o dentro de los 7 días calendario de la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

Si **rechazamos** toda su solicitud o parte de ella, **usted tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si **rechazamos** su solicitud o parte de ella, le enviaremos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicare, se le indicará en la carta que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema se refiere a la cobertura de un artículo o servicio de Medi-Cal, se le indicará en la carta cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2.

F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta, se le indicará si Medicare, Medi-Cal, o ambos programas, suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que, en general, es cubierto por **Medicare**, enviamos de manera automática su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como finalice la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema se trata de un servicio o artículo generalmente cubierto por **Medi-Cal**, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. En esta carta, se le indicará cómo hacerlo. Asimismo, incluimos más información después en este capítulo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que puede estar cubierto por **Medicare y Medi-Cal**, recibirá de manera automática una Apelación de Nivel 2 ante la IRO. Además de la Apelación de Nivel 2 automática, también puede solicitar una Audiencia Estatal y una Revisión Médica Independiente con el estado. Sin embargo, una Revisión Médica Independiente no está disponible si ya ha presentado pruebas en una Audiencia Estatal.

Si fue aprobado para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento en la apelación pueden continuar también durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que, por lo general, está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelaciones del Nivel 2 ante la IRO.
- Si su problema es sobre un servicio que, por lo general, solo está cubierto por Medi-Cal, sus beneficios por ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta con la decisión.

Cuando su problema se trata de un servicio o artículo que Medicare suele cubrir

La IRO revisa su apelación. Esta es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente** y, a veces, se le conoce como **IRE**.

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que fuera la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su "expediente del caso") a esta organización. Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de su expediente del caso.
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRO para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente tiene una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a recibir su apelación.

Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación estándar en el Nivel 1, tendrá de manera automática una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.

- Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Part B, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.

Si la IRO le informa su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la IRO da una respuesta afirmativa a toda una solicitud o parte de ella sobre un artículo o servicio médico,** debemos aplicar la siguiente decisión con prontitud:
  - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas.**
  - Proporcionar el servicio dentro de los **5 días hábiles** después de recibir la decisión de la IRO en caso de **solicitudes estándares**.
  - Proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO en caso de **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de la IRO aprueba una parte o la totalidad de una solicitud sobre un medicamento recetado de Medicare Part B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Part B en cuestión en los siguientes periodos:**
  - **Dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO en caso de **solicitudes estándares.**
  - **Dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO en caso de **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.
  - si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.
  - Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2; es decir, un total de cinco niveles.
  - Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el aviso escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2, se incluyen los detalles sobre cómo proceder en este caso.
  - Un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o abogado mediador se encarga de una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** si desea obtener más información sobre las Apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Cuando su problema se trata de un servicio o artículo que Medi-Cal suele cubrir

Hay dos formas de hacer una Apelación de Nivel 2 para artículos y servicios de Medi-Cal:

(1) Presentar un reclamo o solicitar una Revisión Médica Independiente o

(2) Audiencia Estatal.

(1) Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)

Puede presentar una queja o solicitar una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) del Centro de Ayuda del DMHC. Al presentar una queja, el DMHC revisará nuestra decisión. El

DMHC hará su propia investigación de su queja o decidirá si el caso califica para IMR. Una IMR puede estar disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión del caso por parte de expertos que no pertenecen a nuestro plan ni son parte del DMHC. Si la IMR lo favorece, debemos prestarle el artículo o servicio que solicitó. Usted no deberá pagar ningún costo por una IMR.

Puede presentar un reclamo o solicitar una IMR si nuestro plan:

- Deniega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal debido a que nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubre un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una condición médica grave.
- Discute sobre si un servicio o procedimiento quirúrgico fue de naturaleza cosmética o reconstructiva.
- No paga por servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que ya recibió.
- No ha resuelto su Apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal en un plazo de 30 días calendario para una apelación estándar o de 72 horas, o menos si su salud lo requiere, para una apelación rápida.

En la mayoría de casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre nuestro proceso de apelaciones de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o pedir una IMR al Centro de ayuda del DMHC.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario de Designación de Representante, deberá volver a presentar su apelación con nosotros antes de poder solicitar una IMR de Nivel 2 ante el Departamento de Atención Médica Administrada, a menos que su apelación involucre una amenaza inminente y grave para su salud, como dolor intenso, posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante.

Usted tiene derecho tanto a una IMR como a una Audiencia Estatal, pero no tiene derecho a una IMR si ya presentó evidencias en una Audiencia Estatal o si ya tuvo una Audiencia Estatal por la misma cuestión.

Si su tratamiento se denegó porque era experimental o de investigación, no tiene que participar de nuestro proceso de apelaciones antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene dolor severo, puede presentarlo de inmediato a la consideración del DMHC sin primero pasar por nuestro proceso de apelaciones.

Debe solicitar **una IMR en un plazo de 6 meses** después de que le enviemos una decisión escrita sobre su apelación. Es posible que el DMHC acepte su solicitud después de 6 meses por buenas razones, tales como si usted tuvo una condición médica que le impidió solicitar la IMR por 6 meses o si usted no recibió la notificación adecuada de parte de nosotros acerca del proceso de IMR.

Para presentar una queja o solicitar una IMR:

- Llene el Formulario de Queja/IMR disponible en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si las tiene, anexe copias de cartas u otros documentos acerca del artículo o los servicio que denegamos. Esto puede acelerar el proceso de la IMR. Envíe copias de los documentos, no originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
- Si alguien lo está ayudando con su IMR, complete el Formulario de Asistente Autorizado. Puede obtener el formulario en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llamar al Centro de Ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe el Formulario de Queja/IMR y cualquier anexo al DMHC:

Envíe en línea: www.dmhc.ca.gov

Envíe por correo o por fax:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

En un plazo de 7 días, el DMHC revisará su solicitud y le enviará una carta de acuse de recibo. Si el DMHC determina que el caso califica para la IMR, se tomará una decisión sobre la IMR dentro de los 30 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si su caso es urgente y usted califica para la IMR, generalmente se tomará una decisión de la IMR dentro de los 7 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, puede todavía solicitar una Audiencia Estatal.

Una IMR puede llevar más tiempo si el DMHC no recibe todas las historias clínicas necesarias de usted o de su médico tratante. Si se atiende con un médico que no está en la red de su plan médico, es importante que consiga y nos envíe sus historias clínicas de ese médico. Su plan médico está obligado a obtener copias de sus historias clínicas de los médicos que forman parte de la red.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para una IMR, revisará su caso a través de su procedimiento regular para quejas del consumidor. Su reclamo debe resolverse dentro de 30 días calendario desde la presentación de su solicitud completada. Si su reclamo es urgente, se resolverá más pronto.

(2) Audiencia Estatal

Puede solicitar una Audiencia Estatal para artículos y servicios cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicita un servicio o artículo que nosotros no aprobamos, o no deseamos continuar pagando por un servicio o artículo que usted ya tiene, y rechazamos su Apelación de Nivel 1, usted tiene el derecho de solicitar una Audiencia Estatal.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una Audiencia Estatal** después de que la notificación de la "Carta con la decisión sobre la apelación" le sea enviada por correo.

NOTA: Si solicita una Audiencia Estatal porque le dijimos que un servicio que recibe en la actualidad será cambiado o interrumpido, **tiene menos días para presentar una solicitud** si desea mantener ese servicio mientras su Audiencia Estatal está en proceso. Consulte "¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?" en la página 15 para obtener más información.

Existen dos formas de solicitar una Audiencia Estatal:

1. Puede completar la "Solicitud de Audiencia Estatal" en el reverso de la notificación de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como nombre completo, dirección, número de teléfono, nombre del plan o condado que tomó la acción contra usted, el programa de ayuda en cuestión y un motivo detallado por el cual desea una audiencia. Luego, puede presentar su solicitud en una de las siguientes formas:
   - Al Departamento de Bienestar del Condado en la dirección que se muestra en el aviso.
   - A: California Department of Social Services:
     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
     Sacramento, California 94244-2430
   - A la División de Audiencias Estatales al número de fax 916-309-3487 o al número gratuito 1-833-281-0903.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-743-8525. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349. Si decide solicitar una audiencia estatal por teléfono, debe saber que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

La División de Audiencias Estatales le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- Si la División de Audiencias Imparciales **acepta** una parte o la totalidad de una solicitud por un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión.
- Si la División de Audiencias Imparciales **rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica. Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación".

Si la decisión de la IRO o de la Audiencia Estatal es **negativa** a su solicitud o parte de ella, tiene derechos de apelaciones adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 se envió a la **IRO**, usted puede apelar otra vez solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con una suma mínima determinada. Un ALJ o abogado mediador se encarga de una Apelación de Nivel 3. **En la carta que usted recibe de la IRO se explican los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.**

En la carta que recibe de la División de Audiencias Estatales, se describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** si desea obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. 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. El único monto que se le debe solicitar que pague es el copago para las categorías de medicamentos que requieren un copago.

Si recibe una factura por artículos y servicios cubiertos que supere el monto de su copago, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema. Si usted paga la factura, podrá obtener un reembolso de parte de nuestro plan si cumplió las reglas para obtener artículos o servicios.

Si desea obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*. Describe las situaciones en las que podría tener que solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Si solicita que le reembolsemos, está solicitando una decisión de cobertura. Revisaremos si el servicio o artículo que pagó corresponde a un servicio o artículo cubierto y si cumplió con todas las reglas para utilizar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos a usted ***o*** a su proveedor el pago, *o* si el plan tiene distribución de costos, la parte del costo que nos corresponde por el servicio o el artículo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no después de 60 días calendario desde que recibamos su solicitud. Luego, su proveedor le enviará el pago.
- Si aún no ha pagado por el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, esto equivale a **aprobar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si los artículos y servicios no están cubiertos, o usted no cumplió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **podrá presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reintegro, debemos enviarle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.

Si **rechazamos** su apelación y **Medicare** suele cubrir el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le informaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y afirma que le debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los siguientes 30 días calendario. Si **aprobamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede tener. Consulte la **Sección J** si desea obtener más información acerca de los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y Medi-Cal suele cubrir el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** si desea obtener más información.

G. Medicamentos de Medicare Part D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. La mayoría de estos son medicamentos de Medicare Part D. Existen algunos medicamentos que Medicare Part D no cubre y que Medi-Cal podría cubrir. **Esta sección se aplica únicamente a las apelaciones por medicamentos de Medicare Part D.** Para simplificar, generalmente usamos el término “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de “medicamento de Medicare Part D”. Para los medicamentos cubiertos únicamente por Medi-Cal, siga el proceso de la **Sección E**.

Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por determinadas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las indicaciones médicas aceptadas.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D Medicare

A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita para sus Medicamentos de Medicare Part D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye solicitarnos que realicemos lo siguiente:
  - Cubrir un medicamento de Medicare Part D que no esté en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.
  - Renunciar a una restricción de la cobertura para un medicamento (como los límites en la cantidad que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos del plan, pero debemos aprobárselo antes de darle cobertura).

NOTA: si su farmacia le comunica que su receta médica no puede surtirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de Medicare Part D se denomina "**determinación de cobertura**".

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

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla como ayuda.

¿En qué situación se encuentra?			
Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que renunciemos a una regla o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita.	Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.	Le informamos que no cubriríamos ni pagaríamos un medicamento de la forma que usted desea.
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.**	**Puede pedirnos que le reintegremos el dinero.** (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede presentar una apelación.** (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).
Comience con la **Sección G2**; luego, consulte las **Secciones G3 y G4.**	Consulte la **Sección G4.**	Consulte la **Sección G4.**	Consulte la **Sección G5**

G2. Excepciones de Medicare Parte D

Si no cubrimos un medicamento como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos una solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

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

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o la eliminación de una restricción sobre un medicamento, a veces, se denomina solicitar una **"excepción de formulario".**

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una excepción de categoría.

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

1. **Cubrir un medicamento no incluida en nuestra *Lista de Medicamentos***
   - Si aceptamos cubrir un medicamento no incluido en nuestra Lista de Medicamentos, usted paga el copago que se aplica a todos nuestros medicamentos de la Categoría 5.
   - No puede obtener una excepción del monto de copago requerido para el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**
   - Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* si desea obtener más información).
   - Las reglas y restricciones adicionales de ciertos medicamentos incluyen lo siguiente:
     - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
     - Obtener nuestra aprobación por anticipado, antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. A veces, esto se denomina "autorización previa" (PA).
     - Estar obligado a probar otro medicamento primero, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto, a veces, se denomina "terapia escalonada".
     - Límites de cantidades. En el caso de algunos medicamentos, se establecen restricciones sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
   - Si aceptamos una excepción para usted e ignoramos una restricción, puede solicitar una excepción del monto del copago que debe pagar.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a una categoría de distribución de costos menor**. Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* se incluye en una de las seis (6) categorías de distribución de costos. En general, cuanto más baja sea la categoría de distribución de costos, menor será el costo del copago requerido.
   - Nuestra *Lista de Medicamentos* suele incluir más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se denominan medicamentos "alternativos".
   - Si un medicamento alternativo para su condición médica se encuentra en una categoría de distribución de costos inferior a la del medicamento que usted toma, puede pedirnos que lo

cubramos con el monto de distribución de costos del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
  - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de distribución de costos para la categoría más baja de productos biológicos alternativos para su afección.
  - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos por la suma de distribución de costos para la categoría más baja de alternativas de marca para su afección.
  - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos por la suma de distribución de costos para la categoría más baja de alternativas de marca o genéricas para su afección.
  - No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de distribución de costos para cualquier medicamento de la categoría 5 de medicamentos especializados.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de categoría y hay más de una categoría de distribución de costos menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente, paga el monto menor.

G3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar una excepción

Su médico u otro recetador deben indicarnos las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Nuestra *Lista de Medicamentos* suele incluir más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general, **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, en general **no** aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que los medicamentos alternativos de las categorías más bajas de distribución de costos no le resulten eficaces o que exista la posibilidad de que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aprobar o rechazar su solicitud.

- Si nuestra respuesta a su solicitud de excepción es **afirmativa**, 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 afección.
- Si nuestra respuesta a su solicitud de excepción es **negativa**, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** si desea obtener información sobre cómo presentar una apelación en caso de que **rechacemos** su solicitud.

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

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que prefiera llamando al (855) 687-7860, por escrito o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. 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 pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo designar a alguien como su representante.
- No es necesario que autorice por escrito a su médico o a otro recetador para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si usted solicita una excepción, presente la "declaración de apoyo". La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su médico u otro recetador para solicitar la excepción.

Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. También puede comunicárnosla por teléfono y, luego, enviar la declaración por fax o por correo postal.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una "decisión rápida sobre la cobertura".

Usamos los "plazos estándares" a menos que acordemos usar los "plazos rápidos".

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico.

> Una "decisión rápida sobre la cobertura" se denomina **"determinación de cobertura acelerada".**

Puede conseguir que se tome una decisión rápida sobre la cobertura si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Es para un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Su salud o su capacidad de funcionamiento se verían gravemente perjudicadas si utilizáramos las fechas límite estándares.

Si su médico u otro recetador nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, revisaremos su solicitud según los plazos de la decisión rápida sobre la cobertura. Le enviaremos por carta esta información.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el apoyo de su médico u otro recetador, nosotros decidimos si obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, utilizamos en su lugar los plazos estándares.

- Le enviamos una carta en la que se le informa que utilizaremos el plazo estándar. En la carta, también se le informa cómo presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas siguientes. Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Fechas límite para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si solicita plazos rápidos, debemos comunicarle nuestra respuesta dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise. Consulte la **Sección G6** si desea obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, le proporcionamos la cobertura dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, también se le informa cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que todavía no recibió

- Si utilizamos las fechas límite estándares, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud. En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, le proporcionamos la cobertura dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud o de la declaración de apoyo de su médico para una excepción.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, se explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto al pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, le reembolsamos dentro de los siguientes 14 días calendario.

- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, se explica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

> Una apelación a nuestro plan por una decisión de cobertura de medicamentos de Medicare Part D se denomina una **"redeterminación"** del plan.

- Inicie su **apelación estándar o rápida** llamando al (855) 687-7860, por escrito o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.
- Si usted no cumple el plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son los siguientes: padece una enfermedad grave o le dimos información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo de la demora cuando presente su apelación.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

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

> Una apelación rápida también se denomina **"redeterminación acelerada".**

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberán decidir si requiere una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura. Consulte la **Sección G4** si desea obtener más información.

Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura.
- Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida del Nivel 1

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta dentro de las **72 horas** siguientes a la recepción de su apelación.
  - Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.

- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** si desea obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones del Nivel 2.

- **Si aprobamos** su solicitud o parte de ella, debemos proveer la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta en la que le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una apelación estándar de Nivel 1

- Si utilizamos las fechas límite estándares, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le informaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
  - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** si desea obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones del Nivel 2.

Si **aceptamos** toda su solicitud o parte de ella:

- Debemos **proveer la cobertura** que acordamos con la mayor brevedad según lo requiera su salud, pero **antes de los 7 días calendario** desde la recepción de su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** desde la recepción de su apelación.

Si **rechazamos** toda su solicitud o parte de ella:

- Le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le informa cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle una respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación.
  - Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** si desea obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones del Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta en la que le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si nuestra respuesta a su apelación de Nivel 1 es **negativa**, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilizará el proceso de apelaciones de Nivel 2. La

IRO revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

> El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" (IRO) es **"Entidad de Revisión Independiente"** y, a veces, se le conoce como **"IRE"**.

Si desea presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico u otro recetador deben comunicarse **por escrito** con la IRO y solicitar una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, qué fechas límite se deben seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación a la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de su expediente del caso.** Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita de su expediente del caso, llame al (855) 687-7860.
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRO para respaldar su apelación.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de la Medicare Part D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** si desea obtener más información sobre la IRO.

Fechas límite para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" a la IRO.

- Si están de acuerdo con una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si **aprueban** toda su solicitud o parte de ella, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 24 horas** siguientes a la recepción de la decisión de la IRO.

Fechas límite para una apelación estándar de Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **dentro de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación para el pago de un medicamento que compró.

Si la respuesta de la IRO es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella:

- Debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

- Debemos reembolsarle el dinero de un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** 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”.

Si la respuesta de la IRO a su Apelación del Nivel 2 es **negativa**, usted tiene derecho a una Apelación del Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es inferior al mínimo exigido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta en la que le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación del Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la respuesta de la IRO a su Apelación del Nivel 2 es **negativa** y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, puede hacer lo siguiente:
  - Decidir si quiere presentar una Apelación de Nivel 3.
  - Consulte la carta que la IRO le envió después de su Apelación de Nivel 2 para obtener información sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o abogado mediador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Si desea obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudan a coordinar la atención que podría requerir después del alta.

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

Si considera que le están dando de alta demasiado pronto o le preocupa la atención que recibirá después de salir del hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada en el hospital. En esta sección se explica cómo realizar una solicitud.

Sin perjuicio de las apelaciones abordadas en esta **Sección H**, también puede presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC para continuar su hospitalización. Consulte la **Sección F4** si desea obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente. Puede solicitar una Revisión médica independiente además de, o en vez de una Apelación de Nivel 3.

H1. Aprender acerca de sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de que usted sea admitido en el hospital, alguien del hospital, como personal de enfermería o un trabajador social le dará a usted un aviso escrito denominado “Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando se internan en un hospital.

Si no le entregan este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea este aviso** detenidamente y haga preguntas si no lo comprende. En el aviso, se 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 hospitalización 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 hospitalización.
  - Saber a dónde denunciar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
  - Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y comprende sus derechos.
  - Usted u otra persona que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
  - Firmar el aviso **solo** demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted está de acuerdo con una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le puedan haber dicho.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede buscar una copia del aviso por adelantado si realiza lo siguiente:

- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Presentar una Apelación de Nivel 1

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios por más tiempo, presente una apelación. La Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) realiza una revisión de la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha planificada de alta es médicamente adecuada para usted.

La QIO está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Estos expertos comprueban y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En California, la QIO se llama Commerce Health (Organización de Mejoramiento de la Calidad de California). Llámelos al (877) 588-1123, TTY: Marque 711 (855) 887-6668. La información de contacto también se encuentra en el aviso, “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y no después de la fecha de alta programada.

- **Si llama antes de irse,** puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada sin tener que pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, debe pagar todos los costos de la cuidado hospitalario que reciba después de la fecha de alta programada.
- Debido a que las hospitalizaciones están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización de Mejoramiento de la Calidad no atiende su solicitud de continuar su hospitalización, o si usted considera que su situación es urgente, implica una amenaza grave e inmediata para su saludo o siente dolores fuertes, también puede presentarle una queja o solicitarle al Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) de California una Revisión Médica Independiente. Consulte la **Sección F4** si desea obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con los siguientes contactos:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.
- Llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros Médicos (HICAP) al (909) 256-8369.

Solicite una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria

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

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta médica programada. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, consultan a su médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les proporcionaron.

- Para el mediodía del día después de que los revisores informen a nuestro plan acerca de su apelación, usted recibe una carta que le proporciona su fecha de alta médica programada. En la carta también se explican las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

El término legal de esta explicación por escrito es "**Aviso Detallado de Alta**". Si desea obtener una muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le da su respuesta a su apelación.

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Esta cree que su fecha de alta programada es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios concluirá al mediodía del día siguiente al que la QIO le comunique la respuesta a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día siguiente al que la QIO le comunique la respuesta de su apelación.
- Puede presentar una Apelación del Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación del Nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de la fecha planificada para el alta.

H3. Presentar una Apelación de Nivel 2

En el caso de una Apelación del Nivel 2, usted pide a la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación del Nivel 1. Llámela al (855) 687-7860.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la QIO haya **rechazado** su Apelación del Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención médica.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Volver a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informar su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la cuidado hospitalario desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación del Nivel 1.
- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Ella está de acuerdo con su decisión sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le envían una carta en la que se le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.
- También puede presentar un reclamo o solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC para continuar su hospitalización. Consulte la **Sección E4** si desea obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente.

Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o abogado mediador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos

Esta sección se refiere solo a los siguientes tres tipos de servicios que puede recibir:

- Servicios de atención médica domiciliaria
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada; **y**
- Atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un 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 servicios, usted tiene el derecho a recibir 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 finalización de sus servicios. Cuando su cobertura por ese servicio finalice, dejamos de pagarlo.

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

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención médica. Esto se denomina “Notificación de no cobertura de Medicare”. En el aviso, se informa la fecha en la que interrumpiremos su cobertura y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Presentar una Apelación de Nivel 1

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se le informa sobre el proceso de apelaciones de Nivel 1 y sobre lo que debe hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla las fechas límite que se aplican a las acciones que debe realizar. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** si desea obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con los siguientes contactos:
  - Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.
  - Llame al HICAP al (909) 256-8369.
- **Comuníquese con la QIO**
  - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* si desea obtener más información sobre la Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO) y cómo comunicarse con ellos.
  - Solicite que revisen su apelación y decidan si cambian la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una "apelación rápida".** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha del "Aviso de falta de cobertura de Medicare" que le enviamos.
- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad no atiende su solicitud de continuar la cobertura de sus servicios de atención médica, o usted considera que su situación es urgente o implica una amenaza grave e inmediata para su salud, o si tiene un dolor intenso, puede presentar un reclamo y solicitarle una revisión médica independiente al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Consulte la **Sección F4** si desea obtener información sobre cómo presentar una queja y solicitar al DMHC una revisión médica independiente.

El término legal para el aviso escrito es "**Aviso de No Cobertura de Medicare**. Si desea obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, consultan a su médico y revisan la información que nuestro plan les proporcionó.
- Nuestro plan también envía un aviso escrito en el que se explican nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen de su apelación.

> El término legal para la explicación del aviso es "**Explicación Detallada de No Cobertura".**

- Los revisores comunican su decisión en el plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención médica si decide continuar con la atención médica domiciliaria, la atención en centros de enfermería especializada o los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si quiere continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

I3. Presentar una Apelación de Nivel 2

En el caso de una Apelación del Nivel 2, usted pide a la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación del Nivel 1. Llámela al (877) 588-1123.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la QIO haya **rechazado** su Apelación del Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **solo** si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que haya finalizado su cobertura por atención médica.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Volver a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informar su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **aprueba** su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención médica que usted recibió a partir de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.
- Proporcionaremos cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Acepta nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiará.
- Le envían una carta en la que se le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente para continuar con la cobertura de los servicios de atención médica. Consulte la **Sección F4** para obtener información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente al DMHC. Puede presentar una queja y solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente además de, o en vez de, una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o abogado mediador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo lograr que su apelación trascienda el Nivel 2

J1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un determinado monto mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar el proceso de apelaciones. En la carta que recibe de la IRO para su Apelación del Nivel 2, se explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación del Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia del ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal.

Si la respuesta del ALJ o el abogado mediador a su apelación es **afirmativa**, tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 3 que le sea favorable.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario de recibida la decisión del ALJ o del abogado mediador.
  - Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador responden de **manera negativa** a su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.

- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le informa su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si la respuesta del Consejo a su Apelación de Nivel 4 es **afirmativa** o deniega nuestra solicitud de revisión de una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario de recibida la decisión del Consejo.

Si la respuesta del Consejo es **negativa** o deniega nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no terminar.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará si puede presentar una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación y toda la información, y tomará la decisión de **Aceptar** o **Rechazar** la apelación. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación, si su apelación es acerca de artículos o servicios que Medi-Cal generalmente cubre. En la carta que reciba de la División de Audiencias Estatales, se le indicará qué hacer si usted quiere continuar con el proceso de apelaciones.

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de Medicare Part D

Esta sección se puede aplicar a su caso si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que usted realizó una apelación alcanza una determinada cantidad en dólares, usted puede recurrir a otros niveles de apelación. En la respuesta escrita que recibe por su Apelación de Nivel 2, se le explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia del ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones finaliza.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada), o bien debemos efectuar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que hayamos recibido la decisión.

Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador responden de **manera negativa** a su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le brinda una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones finaliza.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada), o bien debemos efectuar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que hayamos recibido la decisión.

Si el Consejo **rechaza** la apelación o deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará si puede presentar una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación y toda la información, y tomará la decisión de **Aceptar** o **Rechazar** la apelación. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. ¿Qué tipos de problemas deben abarcar las quejas?

El proceso para quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas únicamente, como problemas sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, coordinación de cuidados y servicio de atención al cliente.

A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• Usted no está satisfecho con la calidad de la atención médica, como por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Considera que una persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que está siendo presionado para abandonar nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• Usted no puede acceder físicamente a los centros y servicios de atención médica en la oficina de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que habla, que no es inglés (como la lengua de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tiene problemas para concertar una cita o tuvo que esperar demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, el Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	• Considera que la clínica, el hospital o la oficina del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	• Considera que no le emitimos un aviso o una carta que usted debió haber recibido. • Cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones	• Considera que no cumplimos nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.

Queja	Ejemplo
	• Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con las fechas límite para aprobar o proporcionarle el servicio, o reintegrarle el costo por ciertos servicios médicos. • Cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7860, TTY: 711.

El término legal para una "queja" es una "**queja formal**".

El término legal para "hacer una queja" es "**presentar una queja formal**".

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7860. Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de Medicare Part D. Si la queja es sobre un medicamento de Medicare Part D, debe presentarla **dentro de los 60 días** calendario 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 formales solo pueden resolverse de manera oral en casos que no impliquen una disputa de cobertura, un servicio de atención médica en disputa que involucre una necesidad médica o un tratamiento que es de carácter experimental/está en fase de investigación, y que se resuelvan al final del día siguiente. Todas las demás quejas, orales o escritas, deben reconocerse y responderse por escrito. Puede llamarnos al (800) 665-0898, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; o escribirnos a Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610.

El término legal de "queja rápida" es "**queja formal acelerada**".

Si es posible, le daremos una respuesta de inmediato. 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 no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, le notificamos por escrito. También le damos una actualización del estado y el tiempo estimados para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una "decisión rápida sobre la cobertura" o "apelación rápida", automáticamente le damos una "queja rápida" y respondemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para resolver una decisión rápida sobre la cobertura o apelación rápida, automáticamente le damos una "queja rápida" y respondemos a su queja en un plazo de 24 horas.

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

K3. Quejas externas

Medicare

Usted puede informar a Medicare acerca de su queja o enviarla a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente una queja ante Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas seriamente y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o inquietud, o si le parece que el plan médico no se está ocupando de su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Puede presentar una queja ante el Mediador de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California llamando al (866) 784-2595. Los usuarios de TTY pueden llamar al (800) 430-7077. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Pacífico; excepto días festivos.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC para obtener ayuda con las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Para asuntos no urgentes,

puede presentar una queja ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión de su apelación de Nivel 1 o si el plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario. Sin embargo, usted puede comunicarse con el DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja acerca de un tema urgente o uno que involucre una amenaza grave e inmediata para su salud, si tiene dolor intenso, si está en desacuerdo con la decisión del nuestro plan acerca de su queja o si nuestro plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario.

Hay dos formas de obtener asistencia del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas que son sordas, tienen problemas de audición o dificultades del habla pueden usar el número gratuito de TTY, 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Consultar la página web del Departamento de Atención Médica Administrada (www.dmhc.ca.gov).

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja a la OCR del Department of Health and Human Services (HHS) si considera que no recibió un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso por discapacidad o asistencia con el idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede llamar a la OCR local al:
(877) 588-1123,
De lunes a viernes: de 9 a.m. a 5 p.m. (hora local); el correo de voz está disponible las 24 horas.
TTY: (855) 887-6668
https://www.Livantaqio.com/en/states/california

También puede tener derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Puede comunicarse con la oficina local de OCR al (877) 588-1123, TTY:

QIO

Cuando su queja se relaciona con la calidad de la atención, usted tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Usted puede presentar su queja ante la QIO y nuestro plan. Si usted presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolverla.

La QIO es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se proporciona a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o lea el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*.

En California, la QIO se llama Commerce Health (Organización de Mejoramiento de la Calidad de California). El número de teléfono de Commerce Health es (877) 588-1123.

Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan

Introducción

En este capítulo, se explica cómo puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de dejar el plan. Si abandona nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre que siga siendo elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cuándo puede concluir su membresía en nuestro plan 246
B. Cómo finalizar la membresía en nuestro plan 247
C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado 247
C1. Sus servicios de Medicare 247
C2. Sus servicios de Medi-Cal 251
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que concluya su membresía en nuestro plan 251
E. Otras situaciones en las que concluye su membresía en nuestro plan 252
F. Normas en contra de pedirle que deje el plan por alguna razón relacionada con la salud 253
G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan 253
H. Cómo puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en el plan 253

A. Cuándo puede concluir su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía durante determinados periodos del año. Debido a que usted tiene Medi-Cal, cuenta con algunas opciones para finalizar su membresía con nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos cada año:

- El **Periodo de inscripción abierta,** que es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA),** que es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y a la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones cuando sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio;
- Su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Extra (Extra Help) cambió.
- Se mudó recientemente a una residencia para ancianos o a un hospital de atención a largo plazo, está recibiendo atención o acaba de mudarse de una de estas instituciones.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibamos su solicitud para cambiar el plan. Por ejemplo, si recibimos la solicitud el 18 de enero, la cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. La cobertura nueva comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero en este ejemplo).

Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones de Medicare en la tabla en la **Sección C1**.
- Las opciones y los servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**

Puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía llamando a: Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página. El número para usuarios de TTY también aparece allí.

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Programa de Protección y Orientación sobre Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina de HICAP local en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Mediador de Atención Administrada de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., o por correo electrónico a MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: si participa en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener información acerca de programas de administración de medicamentos.

B. Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, debe solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan. Existen dos formas de solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan médico o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de la página 4, se incluye más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan.
- Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- A continuación, la **Sección C** incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también finalizará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Usted tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se indican a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se enumera a continuación durante determinadas épocas del año, incluido el **Periodo de inscripción abierta** y el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Si elige una de estas opciones, le pone fin a su membresía en nuestro plan de manera automática.

1. Puede cambiar a:	**Esto es lo que tiene que hacer:**
Un Plan Medicare Medi-Cal (Plan Medi-Medi) es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Si califica, los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa All-inclusive Care for the Elderly (PACE). **Nota**: El término Plan Medi-Medi es el nombre de los planes para necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) integrados en California.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene consultas sobre el Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros Médicos (HICAP) de California al (909) 256-8369 de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite www.cahealthadvocates.org/HICAP/. **O** Puede inscribirse en un nuevo Plan Medi-Medi. Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Su plan Medi-Cal cambiará para que coincida con su Plan Medi-Medi.

2. Puede cambiar a:	**Esto es lo que tiene que hacer:**
Medicare Original con un plan de medicamentos recetados separado de Medicare y un plan de Medi-Cal	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros Médicos (HICAP) de California al (909) 256-8369 de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite www.cahealthadvocates.org/HICAP/. **O** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original. Permanecerá inscrito en el plan de Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.

3. Puede cambiar a: **Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado** **NOTA**: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que usted no lo desea. Solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si obtiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Esto es lo que tiene que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.cahealthadvocates.org/HICAP/. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original. Permanecerá inscrito en el plan de Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.

4. Puede cambiar a:	**Esto es lo que tiene que hacer:**
Cualquier plan médico de Medicare durante determinadas épocas del año, incluido el **Periodo de inscripción abierta** y el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la Sección A.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene consultas sobre el Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Protección y Orientación sobre Seguros Médicos (HICAP) de California al (909) 256-8369 de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina HICAP local en su área, visite www.cahealthadvocates.org/HICAP/. **O** Puede inscribirse en un nuevo plan de Medicare. Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Es posible que su plan de Medi-Cal cambie.

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de abandonar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al (916) 449-5000, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711/(866) 784-2595. O visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medi-Cal.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que concluya su membresía en nuestro plan

Si se da de baja de nuestro plan, puede pasar un tiempo antes de que finalice su afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, continúa recibiendo sus medicamentos recetados y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red, inclusive a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.

- Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Molina Medicare Complete Care Plus, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

E. Otras situaciones en las que concluye su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Part A y Medicare Part B.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medi-Cal. Nota: si ya no califica para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con los beneficios de Medicare. Consulte la información a continuación sobre el periodo de consideración.
  - Si no recupera la cobertura de-Medi-Cal y no espera recuperarla en un plazo de 3 meses, se cancelará su inscripción a nuestro plan y ya no podrá recibir servicios de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.
- 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 viaja por un tiempo prolongado, llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
  - Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo recibir atención a través de nuestros beneficios para visitantes o viajeros cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan
- Si lo encarcelan por un delito penal.
- 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 permanece de manera legal en los Estados Unidos.
  - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o permanecer de manera legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
  - En función de eso, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base.
  - Tendremos que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

Si se encuentra dentro del periodo de 3 meses de elegibilidad que se considera continua de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage y la Parte D. Sin embargo, durante este periodo, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente ni pagaremos las primas de Medicare o la distribución de costos por la cual el estado sería responsable si usted no

hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este periodo

Podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por los siguientes motivos, solo si primero recibimos permiso de Medicare y Medi-Cal:

- 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 inadecuada 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 de Miembro para obtener atención médica. (Es posible que Medicare solicite al Inspector General que investigue su caso si finalizamos su membresía por este motivo).

F. Normas en contra de pedirle que deje el plan por alguna razón relacionada con la salud

Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si considera que le solicitamos que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la finalización por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cómo finalizar su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al número al final de esta página.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Aviso sobre las leyes 255
B. Aviso federal sobre no discriminación 255
C. Aviso de no discriminación para Medi-Cal 255
D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso 256
E. Aviso sobre la recuperación del patrimonio de Medi-Cal 257

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 del Miembro*. Las leyes principales que se aplican son leyes federales y estatales sobre los programas Medicare y Medi-Cal. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso federal sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

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

- Llame al U.S. Department of Health and Human Services, Oficina de 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.

C. Aviso de no discriminación para Medi-Cal

No discriminamos ni le tratamos de manera diferente por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos ilegalmente, excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente por su ascendencia, identificación con un grupo étnico, identidad de género, estado civil o condición médica.

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

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica al 916-440-7370. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones). Si considera que fue discriminado y desea presentar una queja formal por discriminación, comuníquese con Molina Healthcare.
- **Por teléfono:** Llame al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711) de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Proporcione su número de identificación del plan médico, su nombre y el motivo de su queja.

- **Por correo postal:** Llame a Molina Healthcare al (855) 687-7860 (TTY/TDD o 711) y pida que le envíen un formulario. Cuando lo reciba, complételo. Asegúrese de incluir su nombre, número de identificación del plan médico y la razón de su queja. Díganos qué sucede y cómo podemos ayudarlo.
- La oficina de su médico tendrá formularios de queja. Envíe el formulario por correo postal a:
  Molina Healthcare
  Attn: Appeals & Grievances
  200 Oceangate, Suite 100
  Long Beach, CA 90801-9977
- **En línea:** Visite el sitio web de Molina Healthcare en www.MolinaHealthcare.com.

Si su queja está relacionada con la discriminación en el programa de Medi-Cal, también puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: llame al 916-440-7370. Si tiene dificultades de la audición o del habla, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Los formularios de queja están disponibles en www.dhcs.ca.gove/Pages/Language_Access.aspx.
- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

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.

D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces, alguna otra persona debe pagar primero por los servicios que le prestamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización al trabajador debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario.

Cumplimos con las regulaciones y leyes federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros hacia los servicios de atención médica a miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Los miembros de Medi-Cal deben utilizar todas las otras coberturas de salud (OHC) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura de salud, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario de la OHC de Medicare, al cubrir los costos permitidos que no haya pagado nuestro plan u OHC hasta llegar a la tarifa de Medi-Cal.

E. Aviso sobre la recuperación del patrimonio de Medi-Cal

El programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso de los patrimonios de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos al cumplir 55 años o después. El reembolso incluye aranceles por servicio y primas de atención administrada/pagos per cápita por servicios de centros de enfermería, servicios domiciliarios y comunitarios, y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados recibidos cuando el miembro estaba internado en un centro de enfermería o recibía atención domiciliaria y servicios comunitarios. El reembolso no puede exceder el valor del acervo hereditario de un miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación de patrimonio del Departamento de Servicios de Atención Médica en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 916-650-0590.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

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

Actividades de la vida diaria (ADL): lo que hace una persona en un día normal, como por ejemplo, comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: un juez de derecho administrativo (ALJ) es un juez que escucha y decide casos que involucran a agencias gubernamentales. Un juez que revisa una apelación de Nivel 3.

Programa de Asistencia de Medicamentos contra el AIDS (ADAP): programa que ayuda a las personas elegibles que viven con HIV/AIDS a tener acceso a medicamentos contra el HIV que salvan la vida.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se prevé que necesiten 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 solicitarnos cambiar una decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* se explican las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Salud conductual: hace referencia a nuestro bienestar emocional, psicológico y social. En términos más simples: se trata de nuestra forma de pensar, sentir e interactuar con los demás. Es un término que incluye todo lo relacionado con servicios para trastornos por abuso de sustancias y salud mental.

Producto biológico: un medicamento recetado que está elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Véase también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica. (Vaya a “Biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca: un medicamento recetado cuya fabricación y venta están a cargo de la compañía que elaboró originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y comercializados por otras empresas farmacéuticas y, generalmente, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Administrador de Cuidados: la persona principal que trabaja con usted, con el plan médico y con sus proveedores de atención médica, para asegurarse de que usted obtenga la atención médica que necesita.

Plan de atención: consulte “Plan de atención individualizado”.

Equipo de atención: consulte “Equipo de atención interdisciplinario”.

Etapa de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de Medicare Part D en la que nuestro plan paga todos los costos de los medicamentos de la Parte D hasta finalizar el año. Usted

comienza esta etapa cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado $2100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año. Usted no paga nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*, se explica cómo comunicarse con los CMS.

Servicios comunitarios para adultos (CBAS): programa de servicios ambulatorios basados en un centro médico que presta atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia ocupacional y terapia del habla, cuidado personal, apoyo y formación de cuidadores y familiares, servicios de nutrición, transporte y otros servicios a miembros elegibles que cumplen los requisitos de elegibilidad aplicables.

Queja: una declaración escrita o verbal que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre su atención o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier duda sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. “Hacer una queja” se conoce formalmente como “presentar una queja formal”.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Copago: una suma fija que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos servicios o medicamentos. Por ejemplo, podría pagar $2 o $5 por un servicio o un medicamento.

Distribución de costos: montos que tiene que pagar cuando recibe determinados servicios o medicamentos. La distribución de costos incluye copagos.

Categoría de distribución de costos: un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en la *Lista de Medicamentos cubiertos* (también conocida como *Lista de Medicamentos*) está en una de las seis (6) categorías de distribución de costos. En general, cuanto más alta es la categoría de distribución de costos, mayor es su costo por el medicamento.

Decisión de cobertura: una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios médicos. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para describir todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos cuando nos referimos a toda la atención médica, los apoyos y servicios a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y los de venta libre, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación sobre competencia cultural: capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar servicios y cumplir con sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Tasa distribución de costos diaria: una tasa que puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe abonar un copago. Una tasa de distribución de costos diaria es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes.

Por ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de $1.35. Esto significa que el monto que le corresponde pagar por su medicamento es menos de $0.05 por día. Si usted recibe un suministro de un medicamento para 7 días, su pago es de menos de $0.05 por día, multiplicado por 7 días, para un pago total de menos de $0.35.

Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS): el departamento estatal de California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): el departamento del estado de California responsable de regular la mayoría de los planes médicos. El DMHC ayuda a las personas con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también lleva a cabo Revisiones Médicas Independientes (IMR).

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

Programa de administración de medicamentos (DMP): un programa que ayuda a que nuestros miembros consuman de manera segura sus opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Categorías de medicamentos: grupos de medicamentos incluidos en nuestra *Lista de Medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de categorías de medicamentos.

Plan para Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP): plan médico que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (DME): algunos artículos que su médico indica para que usted los use en el hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y 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 (y si es una mujer embarazada, la pérdida del bebé por nacer). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

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

Servicios excluidos: Servicios que no cubre este plan médico.

Ayuda Extra (Extra Help): programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de medicamentos recetados de Medicare Part D, como primas, deducibles y copagos. Ayuda Extra (Extra Help) también recibe el nombre de "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Medicamento genérico: un medicamento aprobado por la FDA para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca.

Queja formal: una queja que usted presenta acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja acerca de la calidad de su atención o la calidad del servicio que proporciona su plan médico.

Programa de Protección y Orientación sobre Seguros Médicos (HICAP): un programa que ofrece asesoramiento e información gratuita y objetiva acerca de Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*, se explica cómo comunicarse con el HICAP.

Plan médico: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene Administradores de Cuidados que le ayudan a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA): Una revisión de su historia clínica y su condición actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Asistente de atención médica domiciliaria: 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 ha sido certificada médicamente con un pronóstico terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos.

- Un miembro que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho a elegir cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitado brinda atención para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos disponibles en su área geográfica.

Facturación inapropiada/indebida: una situación en la que un proveedor (como un hospital o un médico) factura por servicios a un paciente un monto mayor que nuestra distribución de costos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entiende.

Puesto que pagamos el costo total de sus servicios, **no** debe abonar nada por distribución de costos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS): El Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) prestará ayuda para pagarles a los proveedores de atención inscritos por los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los IHSS son una alternativa al cuidado fuera del hogar, como en residencias para ancianos o centros de atención residencial. Para recibir servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios se pueden autorizar para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de los IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado de los intestinos y la vejiga, baño, arreglo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para la persona con una discapacidad mental. Las agencias de servicios sociales del condado administran los IHSS.

Revisión Médica Independiente (IMR): Si denegamos su solicitud de tratamiento o servicios médicos, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es acerca de un servicio de Medi-Cal, incluidos suministros DME y medicamentos, puede solicitar una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de expertos que no pertenecen a nuestro plan. Si la IMR se decide en su favor, tendremos que prestarle el servicio o tratamiento que solicitó. Usted no deberá pagar ningún costo por una IMR.

Organización de revisión Independiente (IRO): una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de Nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente.**

Plan de atención personalizada (ICP o Plan de Atención): un plan para los servicios que usted obtendrá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, así como servicios y apoyos a largo plazo.

Paciente hospitalizado: un término que se utiliza cuando usted es internado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fue admitido formalmente, aún podría considerarse un paciente ambulatorio o en observación y no un paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

Equipo de atención interdisciplinaria (ICT o Equipo de Atención): un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros y otros profesionales de la salud que están a su disposición para ayudarle a recibir la atención que necesita. Su equipo de atención le ayuda a elaborar un plan de atención.

D-SNP Integrado: un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan médico para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se las conoce como personas con doble elegibilidad con beneficios completos.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

***Lista de Medicamentos cubiertos* (*Lista de Medicamentos*):** una lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* le indica 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 apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que concurrir a un centro de enfermería o un hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS), también conocidos como atención médica diurna para adultos, centros de enfermería (NF) y apoyos comunitarios. Los programas de exención IHSS y 1915(c) son LTSS de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte Ayuda Extra (Extra Help).

Programa de pedidos por correo: algunos planes podrían ofrecer un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro de hasta 3 meses de medicamentos recetados cubiertos que se envían directamente a su hogar. Esta podría ser una forma rentable y cómoda de surtir las recetas de medicamentos que toma regularmente.

Medi-Cal: Este es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es operado por el estado y pagado por el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y asistencia a largo plazo y costos médicos.
- Cubre servicios y algunos medicamentos adicionales que no tienen cobertura de 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 Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal: planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y asistencia a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son independientes.

Medicaid (o Medical Assistance): 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. Medi-Cal es el programa de Medicaid para el estado de California.

Médicamente necesario: describe servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para evitar, diagnosticar o tratar una condición médica o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten su ingreso a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica o, de otro modo, son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medi-Cal.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años de edad, algunas personas menores de 65 años de edad 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 Medicare Original o un plan de atención médica administrada (consulte “Plan médico”).

Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como “Medicare Part C” o “MA”, que ofrece planes de MA a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): un consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B. Todos los planes médicos de Medicare, inclusive nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B.

Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP): programa estructurado de cambio de comportamiento que brinda capacitación en cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar dificultades en la pérdida de peso sostenida y un estilo de vida saludable.

Inscrito a Medicare y Medi-Cal: una persona elegible para recibir cobertura de Medicare y de Medicaid. Un inscrito a Medicare-Medicaid también se denomina “persona con doble elegibilidad”.

Medicare Part 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 Part 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 Part B también cubre muchos servicios preventivos y pruebas de detección.

Medicare Part C: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías privadas de seguros médicos proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan de MA.

Medicare Part D: el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar. Medicare Part D cubre medicamentos recetados, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura de Medicare Part A o Medicare Part B, ni de Medicaid. Nuestro plan incluye Medicare Part D.

Medicamentos de Medicare Part D: medicamentos cubiertos por Medicare Part D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de Medicare Part D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Administración de la terapia con medicamentos (MTM): un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen

una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Planes Medi-Medi: Un Plan Medi-Medi es un tipo de plan de Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona que tiene Medicare y Medi-Cal 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 membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información acerca del 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 aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos las recetas médicas solo si se surten en una de las farmacias de la red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le prestan servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le proporcionan servicios de atención médica, equipo médico, así como servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan médico, aceptan nuestro pago y no cobran a los 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 de enfermería: un centro que brinda atención a las personas que no pueden recibirlos en su hogar pero que no necesitan permanecer en el hospital.

Ombudsman: una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del Ombudsman son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual del Miembro*.

Determinación de la organización: el plan toma una determinación de organización cuando nosotros o uno de nuestros proveedores toman una decisión acerca de si los servicios tienen cobertura o cuánto debe pagar por los servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se denominan "decisiones de cobertura". En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se explican las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de cobro por servicio): el gobierno ofrece Medicare Original. Según Medicare Original, sus servicios están cubiertos mediante el pago de los montos que determina el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.

- Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Medicare Part A (seguro hospitalario) y Medicare Part B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no desea formar parte de nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas 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. En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*, se proporciona una explicación acerca de los centros o proveedores fuera de la red.

Gastos de bolsillo: el requisito de distribución de costos en el que los miembros pagan parte de los servicios o medicamentos que obtienen también se denomina requisito de "gastos de bolsillo". Consulte la definición de "distribución de costos" anterior.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre son medicamentos o medicinas que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de atención médica.

Parte A: consulte "Medicare Part A".

Parte B: consulte "Medicare Part B".

Parte C: consulte "Medicare Part C".

Parte D: consulte "Medicare Part D".

Medicamentos de la Parte D: consulte la "medicamentos de Medicare Part 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 clínica. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI y sobre sus derechos con respecto a esta.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento sea más eficaz (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolau, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y le deriva a ellos.
- En muchos planes médicos de Medicare, usted debe ver primero a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información acerca de cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (PA): una aprobación que debe obtener de nosotros antes de recibir un servicio o medicamento específico, o de consultar a un proveedor fuera de la red. Nuestro plan podría no cubrir el servicio o el medicamento si usted no recibe primero esta aprobación.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra autorización previa.

- Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa (PA) de nuestro plan están señalados en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene nuestra autorización previa (PA).

- Los medicamentos cubiertos que necesitan de PA de nuestro plan están señalados en la *Lista de Medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE): un programa que cubre beneficios de Medicare y Medicaid en conjunto para personas mayores de 55 años de edad que necesitan un nivel de atención superior para vivir en su hogar.

Elementos protésicos y ortóticos: dispositivos médicos que ordena su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, 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 tratamiento de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención de personas con Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para que controle y mejore la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidades: un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Es posible que limitemos la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta médica.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en el que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre el beneficio y medicamentos cubiertos para el inscrito. Esto incluye montos de distribución de costos, medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma condición médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Derivación: una derivación es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) o nuestra para que acuda a un proveedor que no sea su PCP. Si usted no recibe la aprobación en primer lugar, no cubriremos los servicios. No necesita una derivación para recurrir a algunos especialistas, como los especialistas de salud de la mujer. Puede encontrar más información acerca de las derivaciones en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la servicios de rehabilitación.

Servicios sensibles: servicios relacionados con la salud mental o conductual, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual (STI), el HIV/AIDS, las agresiones sexuales y los abortos, los trastornos por abuso de sustancias, la atención para la afirmación de sexo y la violencia en la pareja.

Área de servicio: un área geográfica en la cual un plan médico acepta miembros, si limita la membresía según dónde viven las personas. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente, es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de enfermería con personal y equipo que brinda atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios médicos 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: médico que trata ciertos tipos de problemas de salud. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata fracturas de huesos, un alergista trata alergias y un cardiólogo trata problemas cardíacos. En la mayoría de los casos, un miembro necesitará una derivación de su PCP para consultar a un especialista.

Farmacia especializada: consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Audiencia estatal: si su médico u otro proveedor solicitan un servicio Medi-Cal que no aprobamos o si no continuamos pagando por un servicio de Medi-Cal que ya tiene, puede solicitar una Audiencia

estatal. Si la Audiencia estatal toma una decisión a su favor, tendremos que proporcionarle el servicio que solicitó.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que le exige a usted que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o son mayores de 65 años de edad. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Atención médica requerida urgentemente: atención que usted obtiene por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Puede recibir atención médica requerida urgentemente de proveedores fuera de la red cuando usted no puede acceder a ellos, porque, dadas sus circunstancias, el momento o el lugar, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevisible, pero que no es una emergencia médica).

Información adicional importante sobre la atención médica y los recursos para miembros

- **Aviso de No Discriminación (NDN): Sección 1557**
- **Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)**

Aviso de No Discriminación: Sección 1557 Molina Healthcare - Medicare

La discriminación va en contra de la ley. Molina Healthcare cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales. Molina Healthcare no discrimina ilegalmente, no excluye personas ni las trata de forma diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Molina Healthcare proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos en tiempo y forma para personas con discapacidades a fin de ayudarlas a comunicarse mejor, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados en lengua de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idioma gratuitos en tiempo y forma para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Molina Healthcare entre las 7:00 a. m. y 7:00 p. m. llamando al (855) 687-7860. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711. Si lo desea, puede disponer de este documento en sistema Braille, letra grande, casete o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Molina Healthcare
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
Por teléfono: 1-866-606-3889. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si considera que Molina Healthcare no brindó estos servicios o que discriminó de manera ilegal de otra manera por motivos de sexo, raza, color de piel, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja al Coordinador de Derechos Civiles de Molina Healthcare. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o de manera electrónica:

- **Por teléfono**: Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Molina Healthcare entre las 8:30 a. m. y 5:30 p. m. llamando al 1-866-606-3889. O bien si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
  Molina Healthcare
  Civil Rights Coordinator
  200 Oceangate, Suite 100
  Long Beach, CA 90802

- En persona: Visite el consultorio de su médico o Molina Healthcare e indique que desea presentar una queja.
- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a **Civil.Rights@MolinaHealthcare.com**. También puede visitar el sitio web de Central Health Plan en **MolinaHealthcare.Alertline.com**.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES: CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del California Department of Health Care Services por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** llame al 916-440-7370. Si tiene dificultades de la audición o del habla, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413
  Sacramento, CA 95899-7413

  Los formularios de queja están disponibles en **DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.
- **De manera electrónica:** Envíe un correo electrónico a **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES: U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Si cree que se lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en:

- **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Si tiene dificultades de la audición o del habla, llame al TTY/TDD: 1-800-537-7697.
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D. C. 20201

  Los formularios de queja se encuentran disponibles en **HHS.gov/ocr/office/file/index.html**.
- **De manera electrónica:** Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en **OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.

AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de los planes de salud afiliados a Molina Healthcare (en este documento denominados "**Molina**", "**nosotros**" o "**nuestro**"). Usamos y compartimos información médica protegida ("**PHI**") sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina. Usamos y compartimos su PHI para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su PHI por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y cumplir con los términos de este Aviso. La fecha de vigencia de este Aviso es el 1 de enero de 2026.

La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por nosotros. La PHI incluye información médica sobre trastornos por uso de sustancias e información biométrica (como una huella de voz).

¿Por qué usamos o compartimos su PHI?
Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI también se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

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

Para pagos
Podemos usar 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 de la factura que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica
Podemos usar o compartir su PHI para implementar nuestros planes médicos. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle sobre algún programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver sus inquietudes. Su PHI también se puede usar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, entre otras cosas, 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.

- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso, y los programas de enjuiciamiento.
- Realizar 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 nuestros planes médicos. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otros tratamientos u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

¿Cuándo podemos usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?
Además de los tratamientos, los pagos y las 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 Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud pública
Su 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 se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

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

Procedimientos legales o administrativos
Su PHI se puede usar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley
Su PHI se puede usar o compartir 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
Su PHI se puede compartir para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

Funciones gubernamentales
Su PHI se puede compartir 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 abandono.

Indemnización de trabajadores
Su PHI se puede usar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines
Su PHI se puede compartir con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarles a cumplir con su trabajo.

Restricciones adicionales de uso y divulgación.
Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de ciertos tipos de información médica. Estas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia infantil o de adultos, incluida la agresión sexual, enfermedades transmisibles, información genética, HIV/AIDS, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual. Seguiremos la ley más estricta cuando sea aplicable a nosotros.

Información sobre el trastorno de consumo de sustancias (SUD). Si bien no somos un programa de tratamiento de trastorno de consumo de sustancias según la ley federal (un "Programa SUD"), podemos recibir información de un Programa SUD sobre usted. No podemos divulgar información de SUD para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra a menos que tengamos (i) su consentimiento por escrito, o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación emitida después de que nosotros y usted recibimos notificación y la oportunidad de ser escuchados.

¿Cuándo necesitamos su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?
Necesitamos su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este Aviso. Necesitamos 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 nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

¿Cuáles son sus derechos de información médica?
Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones para el uso o la divulgación de PHI (compartir su PHI)**
  Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar 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 su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**
  Usted puede pedirle a Molina que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. 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 su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Revisión y copia de su PHI**
  Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, quejas y otros asuntos sobre usted como nuestro

miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: no tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**
  Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

- **Recibir un resumen de las divulgaciones de PHI (compartir 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.
  - La PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia.
  - Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

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

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m, hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?
Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja ante el Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede presentar una queja ante nosotros en:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m, hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escríbanos a:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

Puede presentar una queja ante el Secretario del Department of Health and Human Services de EE. UU. a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son nuestras obligaciones?
Estamos obligados a:

- Mantener su PHI en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI.
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su PHI no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones de seguros.
- Cumplir con los términos de este Aviso.

Este Aviso está sujeto a cambios

Nos reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, publicaremos el Aviso revisado en nuestra página web y enviaremos el Aviso revisado, o bien enviaremos información acerca del cambio importante y de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por nosotros. Este Aviso se encuentra disponible en nuestra página web en www.molinahealthcare.com.

Información de contacto
Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nosotros.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escriba a Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en letra grande, sistema braille o audio. Llame al (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

LLAME AL	(855) 687-7860 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
FAX	**Para servicios médicos:** Attn: Medicare Member Services Fax: (310) 507-6186 **Para los servicios de la Parte D (recetas médicas):** Fax: (866) 290-1309
ESCRIBA A	**Para servicios médicos:** Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **Para los servicios de la Parte D (recetas médicas):** Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center Suite 600 Midvale, UT 84047
PÁGINA WEB	www.MolinaHealthcare.com/Medicare