



Your Extended Family.

Solicitud para una redeterminación

Si se le denegó su primera solicitud de determinación de cobertura, tiene el derecho de pedir una nueva determinación de cobertura, lo que incluye el pedido de medicamentos que no se encuentren en nuestra lista de medicamentos cubiertos. Esto recibe el nombre de apelación. Debe pedir una apelación dentro de los 60 días calendarios contados a partir de la primera denegación. Puede pedir más tiempo si tiene una buena razón por no cumplir con la fecha límite.

Puede pedir una excepción si cree que necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos. También puede solicitarnos excepciones a las siguientes reglas:

- Autorización previa
- Terapia escalonada
- Límite de cantidad

También puede solicitar una excepción de categoría si usted cree que debería recibir un medicamento a un costo compartido más bajo. Su médico debe indicarnos por qué necesita esta excepción.

Usted, su médico o su representante pueden solicitar una apelación urgente o estándar, por estos medios:

- Llamando al plan de Molina Dual Options Medicare-Medicaid, al número de teléfono que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación de Molina
- Enviando su apelación por correo a Molina Dual Options a 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, Utah 84074
 - Incluya su nombre, dirección, número de identificación de miembro y el motivo de su apelación

Si su apelación consiste en un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos, su médico debe indicar que todos los demás medicamentos de la lista no serán eficaces para usted. Entonces consideraremos su caso. Si se deniega su apelación, puede solicitar que alguien externo a Molina Healthcare la revise. Si no está de acuerdo con su decisión, solicite otra apelación. Si esto ocurre, se le notificarán sus derechos de apelación.

El plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid es un plan de salud con contratos con Medicare e Illinois Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al (877) 901-8181, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.



Your Extended Family.

Molina Healthcare of Illinois (Molina) complies with all Federal civil rights laws that relate to healthcare services. Molina offers healthcare services to all members without regard to race, color, national origin, age, disability, or sex. Molina does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. This includes gender identity, pregnancy and sex stereotyping.

To help you talk with us, Molina provides services free of charge:

- Aids and services to people with disabilities
 - Skilled sign language interpreters
 - Written material in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, Braille)
- Language services to people who speak another language or have limited English skills
 - Skilled interpreters
 - Written material translated in your language
 - Material that is simply written in plain language

If you need these services, contact Molina Member Services at (877) 901-8181;

TTY/TDD: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time.

If you think that Molina failed to provide these services or treated you differently based on your race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint. You can file a complaint in person, by mail, fax, or email. If you need help writing your complaint, we will help you. Call our Civil Rights Coordinator at (866) 606-3889, or TTY, 711. Mail your complaint to:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

You can also email your complaint to civil.rights@molinahealthcare.com. Or, fax your complaint to (562) 499-0610.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can mail it to:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

You can also send it to a website through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

If you need help, call 1-800-368-1019; TTY 800-537-7697.



Your Extended Family.

English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-901-8181 (TTY: 711).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-901-8181 (TTY: 711).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-901-8181 (TTY : 711)。

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-901-8181 (TTY: 711).

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-901-8181 (ATS : 711).

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-901-8181 (TTY: 711).

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-901-8181 (TTY: 711).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-901-8181 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-901-8181 (телетайп: 711).

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-901-8181 (رقم هاتف الصم

والبكم: 711).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-901-8181 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-901-8181 (TTY: 711).

Português

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-901-8181 (TTY: 711).

French Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-901-8181 (TTY: 711).

Polish

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-901-8181 (TTY: 711).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-901-8181（TTY: 711）まで、お電話にてご連絡ください。

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-901-8181 (TTY: 711).

Gujarati

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-901-8181 (TTY: 711).

Urdu

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-901-8181 (TTY: 711).