

# Acceso a la atención médica

## CÓMO USAR EL PLAN DE SALUD

### ¿Cómo funciona el Plan?

LEA LA INFORMACIÓN SIGUIENTE PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER ATENCIÓN MÉDICA.

Lea detenidamente esta Guía de servicios a los pacientes para comprender cómo aprovechar al máximo sus Beneficios cubiertos del Plan. Le recomendamos que, si tiene preguntas después de haber leído la Guía de servicios a los pacientes llame a nuestro Departamento de servicios a los pacientes. Para comenzar, aquí describimos básicamente cómo aprovechar el Plan del modo más conveniente para usted.

#### **Primero: Seleccione a su médico de atención primaria y use los proveedores del Plan**

- Usted puede elegir a un médico del Directorio de Proveedores de Molina Healthcare cuando se inscribe en el Programa AIM. Molina Healthcare cuenta con varios grupos médicos llamados Grupos del plan médico (o “PMG”, por sus siglas en inglés) entre los cuales usted puede seleccionar un Médico de atención primaria (“PCP”). Usted también puede seleccionar un PCP que esté contratado directamente por el Plan.
- Si no puede seleccionar un médico en el momento de la inscripción, seleccionaremos uno para usted para que pueda tener acceso a la atención inmediatamente. Cuando esto sucede,

usted no está limitada al PCP al cual fue asignada. Le enviaremos un Directorio de proveedores con los nuevos materiales para las pacientes en el que figuran todos los Proveedores del Plan. Si usted quisiera cambiar de PCP, llame al Departamento de servicios a los pacientes. Sabemos que la elección de un médico es algo personal y le recomendamos que elija al PCP que cubra mejor sus necesidades.

- Si en este momento usted está recibiendo un tratamiento para una afección aguda de parte de un médico que no es un proveedor de Molina Healthcare, llame a nuestro Departamento de servicios a los pacientes. Trabajaremos con su médico para asegurar que no haya interrupciones de la atención Necesaria desde el punto de vista médico.
- Algunos hospitales y otros proveedores no proporcionan uno o más de los servicios siguientes que podrían estar cubiertos bajo su contrato del plan y que usted o uno de sus familiares podría necesitar: planificación familiar, servicios anticonceptivos, entre ellos, anticonceptivos de emergencia, esterilización que incluye la ligadura de trompas al momento del parto, tratamientos contra la infertilidad o abortos. Deberá obtener más información antes de inscribirse. Llame a su futuro médico, grupo médico, asociación de práctica médica independiente o clínica o llame a nuestro Departamento de servicios a los pacientes para tener la certeza de que usted puede obtener los servicios de atención médica que necesita.

# Acceso a la atención médica

## **Segundo: Llame a su PCP cuando necesite atención médica**

- Llame a su PCP para todas sus necesidades de atención médica. El nombre de su PCP y su número telefónico figuran en su Tarjeta de identificación de paciente (ID, por sus siglas en inglés) que le enviamos inmediatamente después de su inscripción. Si usted es una paciente nueva, envíe una copia de sus registros médicos a su PCP antes de que le atienda para que su médico pueda brindarle una mejor atención. Es posible que reciba una remisión permanente a un especialista si su médico de atención primaria determina, en consulta con el especialista y el Plan, que usted necesita la atención permanente de un especialista.
- Infórmele a su PCP acerca de todos sus antecedentes de salud, acerca de los tratamientos actuales, afecciones de salud u otros médicos que le estén tratando.
- Si su PCP nunca le ha atendido, deberá pedir una cita para una evaluación de salud inicial dentro de los primeros 90 días. Si usted tiene un problema médico más urgente, no espere hasta esta cita. Hable con su PCP u otro profesional de la atención médica en una visita en consultorio y le dirá qué debe hacer.
- Usted puede comunicarse con el consultorio de su PCP durante las 24 horas. Si su PCP no está disponible o si la llamada ocurre fuera del horario normal de atención, se le tomará un mensaje y le devolverán la llamada dentro de un marco del tiempo apropiado desde el punto de vista médico, generalmente dentro de los siguientes 30 minutos. Es una buena idea volver a llamar si el PCP no ha

devuelto su llamada dentro de los 30 minutos.

- Si usted no puede comunicarse con su PCP, llame al Departamento de servicios a los pacientes del Plan. Usted tiene acceso a nuestra línea de consejos de enfermería las 24 horas del día para recibir consejo médico inmediato.
- Si usted tiene una Afección médica de emergencia, llame al “911” o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano.
- Las mujeres tienen acceso directo e ilimitado a los médicos de Obstetricia/Ginecología y a los PCP (práctica familiar, medicina interna, etc.) del Grupo del plan médico (PMG, por sus siglas en inglés) de su Médico de atención primaria para los servicios de obstetricia y ginecología.

## **Tercero: Presente su Tarjeta de identificación de paciente (ID)**

Usted recibirá una Tarjeta de identificación cuando se inscriba en el programa AIM. Usted deberá presentar esta Tarjeta de identificación cuando reciba servicios de atención médica cubiertos por el Programa. No deberá permitir nunca que nadie use su Tarjeta de identificación. Si su Tarjeta de identificación es utilizada por personas que no son Pacientes, el Programa puede terminar su cobertura. Si se pierde su tarjeta de identificación, llame a nuestro Departamento de servicios a los pacientes y le enviaremos una nueva.

## **Cuarto: Si tiene preguntas, llámenos al número sin costo 1 (888) 665-4621**

Si es sordo o tiene impedimentos auditivos, llame a nuestra línea TTY/TDD exclusiva al 1 (800) 479-3310.

## **Ubicación de los centros médicos y Proveedores**

Los Proveedores de Molina Healthcare están ubicados en el Condado de San Diego.

El Directorio de proveedores tiene la dirección y número telefónico de los Proveedores del Plan, de los Médicos de atención primaria (PCP), hospitales y otros centros médicos. Usted tendrá acceso a todos los centros médicos del Plan cuando sea Necesario desde el punto de vista médico. Sin embargo, generalmente su PCP le remitirá a un hospital en el que admita a sus pacientes. Llame a su PCP para saber qué hospitales utiliza habitualmente.

## Pagos compartidos

Un Pago compartido es un arancel que se paga por un Beneficio cubierto en particular en el momento en el que se recibe. Como Paciente de AIM, usted no debe abonar ningún Pago compartido.

## Área de servicios

Molina Healthcare tiene licencia para brindar cobertura en el Condado de San Diego. Si usted se muda fuera del Condado de San Diego, notifique al Programa AIM lo antes posible para que pueda transferirse su cobertura a un plan de salud cercano a su nuevo hogar.

## Programación de las citas

Cuando sea necesario programar una cita, simplemente llame al médico que usted haya seleccionado como PCP. Su nombre y número telefónico figuran en la Tarjeta de identificación del paciente que usted recibió cuando se inscribió como Paciente de Molina Healthcare. Recuerde que solamente los médicos de Molina Healthcare pueden brindar Beneficios cubiertos a las Pacientes. Usted será responsable de pagar la atención médica que no sea brindada por un proveedor de Molina Healthcare a menos que dicha atención haya sido previamente Autorizada por el Plan o a menos que sea una emergencia. Los indios americanos no

necesitan una Autorización para recibir los servicios en un Centro de Servicios de Salud Indígena.

Si usted selecciona un PCP del que no ha recibido atención anteriormente, deberá programar una cita lo antes posible. Esto le permitirá al médico conocerle a usted, revisar su historia clínica y realizar un examen inicial.

Si usted pide una cita y luego no puede concurrir, llame para cancelar o reprogramar la cita con al menos 24 horas de anticipación.

## Remisiones a especialistas

Si usted necesita atención de especialidad, su PCP le remitirá al especialista apropiado. Se puede acceder a toda la atención de especialidad a través de su PCP. Antes de recibir la atención de especialidad, comuníquese con su PCP y solicite una Autorización previa para hacerlo. Es posible que reciba una remisión permanente a un especialista si su médico de atención primaria determina, en consulta con el especialista y el Plan, que usted necesita la atención permanente de un especialista.

Sin embargo, usted cuenta con acceso directo e ilimitado a los obstetras/ginecólogos participantes de Molina Healthcare y a los PCP (práctica familiar, medicina interna, etc.) para los servicios ginecológicos y obstétricos. Esto significa que usted no necesita ver primero a su PCP.

## Cómo cambiar de Médico de atención primaria

Es muy conveniente permanecer con un PCP para que pueda conocer bien sus necesidades de salud e historia clínica. Sin embargo, usted puede cambiar de PCP por cualquier razón. Si usted quisiera cambiar de PCP, llame a nuestro

# Acceso a la atención médica

Departamento de servicios a los pacientes. Un Representante del Departamento de servicios a los pacientes le ayudará a elegir un médico nuevo directamente por teléfono. En general, su solicitud entrará en vigor a partir del primer día del mes siguiente. Usted puede cambiar de PCP hasta una vez por mes.

## Segundas opiniones médicas

Cuando se recomienda un procedimiento médico o quirúrgico y el Paciente solicita o el Médico del Plan determina la necesidad de otra opinión, puede solicitarse una segunda opinión médica o quirúrgica. Usted puede solicitar una segunda opinión por cualquier razón, por ejemplo:

- 1) usted cuestiona la sensatez o necesidad de los procedimientos quirúrgicos recomendados,
- 2) usted cuestiona el diagnóstico o plan de tratamiento para una afección que pone en peligro la vida, un miembro o función corporal o puede producir una incapacidad importante, que puede incluir pero no se limita a una afección crónica grave,
- 3) las indicaciones clínicas no son claras o son complejas y confusas, el diagnóstico está en duda debido a los resultados conflictivos de los exámenes o el profesional de la salud que le está tratando no puede diagnosticar la afección y usted desea solicitar otro diagnóstico,
- 4) el plan de tratamiento en curso no mejora su afección médica dentro de un período apropiado según el diagnóstico y plan de tratamiento y usted quisiera una segunda opinión con respecto al diagnóstico o continuidad del tratamiento, o
- 5) usted ha intentado seguir el plan de tratamiento o ha tenido una consulta con el proveedor inicial con respecto a

inquietudes graves relacionadas con el diagnóstico o plan de tratamiento.

Los Pacientes y Médicos del Plan pueden solicitar una segunda opinión a través de su Grupo del plan médico (PMG) o a través del Plan. Las solicitudes serán revisadas y otorgadas a través del proceso de Autorización.

La segunda opinión con respecto a la atención médica de su Médico de atención primaria (PCP) debe obtenerse de otro Médico del Plan dentro del Grupo del plan médico (PMG) de su PCP. Si usted desea una segunda opinión de un especialista con respecto a la atención médica, usted o el Médico del Plan pueden solicitar una Autorización para recibir la segunda opinión de algún proveedor calificado dentro de la red del Plan. Si no hubiera un proveedor calificado dentro de la red del Plan, usted podrá solicitar una Autorización para una segunda opinión de un proveedor no perteneciente a la red del Plan.

Si su afección fuera de tal naturaleza que representara una amenaza grave e inminente para su salud, su solicitud de una Autorización para una segunda opinión será procesada dentro de las 72 horas de haberse recibido. Si tiene alguna pregunta relacionada con la disponibilidad de las segundas opiniones o quisiera una copia de la política del Plan con respecto a las disposiciones sobre las segundas opiniones, llame al Departamento de servicios a los pacientes.

## Servicios y atención de emergencia

Los Servicios de emergencia no son un reemplazo de la atención con su PCP, sino que están diseñados para brindar la atención de emergencia necesaria y oportuna cuando se requieren estos servicios.

Los Servicios de emergencia son aquellos Servicios cubiertos, que incluyen los Servicios y atención de emergencia, que se brindan dentro o fuera del Área de servicios, que son requeridos de modo inmediato desde el punto de vista médico para el tratamiento de una Afección médica de emergencia. Molina Healthcare cubre la atención de emergencia durante las 24 horas. Las Afecciones médicas de emergencia son aquellas afecciones médicas o psiquiátricas que se manifiestan con síntomas de gravedad suficiente, que pueden incluir el dolor agudo y el trabajo de parto activo y que una persona prudente con conocimientos medios de salud y medicina podría determinar de modo razonable que la ausencia de atención médica inmediata podría producir lo siguiente:

1. poner en grave peligro la salud del paciente;
2. ocasionar daños graves en las funciones corporales u
3. ocasionar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Servicios y atención de emergencia significa:

1. Revisión médica, exámenes y evaluación realizados por un médico o, dentro de lo permitido por la ley aplicable, realizados por otro profesional adecuado bajo la supervisión de un médico para determinar si existe una Afección médica de emergencia o un Trabajo de parto activo, y si lo hubiera, la atención, el tratamiento y la cirugía realizados por un médico que sean necesarios para aliviar o eliminar la Afección médica de emergencia dentro de las capacidades de la institución; y
2. Una revisión, examen y evaluación adicional realizados por un médico u otro miembro del personal dentro de lo permitido por la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y

competencia clínica, para determinar si existe una Afección médica de emergencia psiquiátrica y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia psiquiátrica dentro de las capacidades de la institución.

### Qué hacer cuando se necesitan servicios de emergencia

- Ante una Afección médica de emergencia, llame al “911” o vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano. No es necesario comunicarse con su PCP antes de llamar al “911” o ir al hospital si usted considera que tiene una Afección médica de emergencia.

Si usted no está segura de si su afección de salud requiere Servicios de emergencia, llame a su PCP (incluso después del horario normal de atención y aunque usted se encuentre fuera del Condado de San Diego). Su PCP puede ayudarle a decidir el mejor modo de recibir tratamiento y podrá tramitar la atención de la sala de emergencias si fuera necesario. Sin embargo, no retrase la búsqueda de atención médica si su PCP no se encuentra disponible inmediatamente. Se recomienda que los Pacientes usen apropiadamente el sistema de respuesta de emergencia del “911” cuando tengan una Afección médica de emergencia que requiera una respuesta de emergencia. Si por alguna razón usted no puede comunicarse con su PCP, comuníquese con el Departamento de los servicios a los pacientes donde tendrá acceso a nuestra línea de consejos de enfermería durante las 24 horas, los siete días de la semana, para recibir consejo médico.

# Acceso a la atención médica

- Si usted va a una sala de emergencias y no tiene una emergencia, es posible que sea responsable del pago.
- Si usted es internada en una emergencia, notifique a su PCP o a Molina Healthcare dentro de las 48 horas o a la mayor brevedad posible dentro de lo razonable. De este modo, su médico podrá compartir su historia clínica con el hospital y ayudar a coordinar su atención. Si usted es internada fuera del Área de servicios (Condado de San Diego), es posible que su médico y el Plan tramiten su transferencia a un Hospital del Plan cuando su afección médica esté lo suficientemente estable como para realizar la transferencia.
- Los servicios paramédicos de ambulancias se encuentran cubiertos cuando se brindan junto con los Servicios de emergencia.
- Algunos proveedores no pertenecientes al Plan pueden exigir que usted pague los servicios de Emergencia y que solicite el reembolso al Plan. En estos casos, solicite una factura detallada de todos los servicios brindados y una copia del informe de emergencia médica y envíelos al Plan inmediatamente para el reembolso.

## **Atención de seguimiento de postestabilización después de una emergencia**

Una vez que su afección médica de emergencia se haya tratado en un hospital y ya no exista emergencia debido a que su afección se estabilizó, es posible que el médico que lo está tratando quiera que se quede en el hospital durante un poco más de tiempo antes de que pueda dejar el hospital. Los servicios que recibe después de

estabilizar una afección de emergencia se llaman “servicios de postestabilización”.

Si el hospital en donde recibió los servicios de emergencia no es parte de la red contratada por Molina Healthcare (“hospital no contratado”), el hospital no contratado se comunicará con Molina Healthcare para obtener la aprobación para que usted se quede en el hospital no contratado.

Si Molina Healthcare aprueba su estadía continua en el hospital no contratado, usted no tendrá que pagar por los servicios, a excepción de cualquier pago compartido que Molina Healthcare requiera normalmente.

Si Molina Healthcare ha notificado al hospital no contratado que se puede trasladar a usted de forma segura a uno de los hospitales contratados por el plan, Molina Healthcare hará los arreglos y pagará para que se le traslade del hospital no contratado a un hospital contratado.

Si Molina Healthcare determina que se le puede transferir de forma segura a un hospital contratado y usted o su cónyuge o tutor legal no están de acuerdo en que se le transfiera, el hospital no contratado debe darle a usted o a su cónyuge o tutor legal, un aviso por escrito que indique que tendrá que pagar por todo el costo de los servicios postestabilización que se le proporcionaron a usted en el hospital no contratado después de que se establezca su afección de emergencia.

También, es posible que usted tenga que pagar por los servicios si el hospital no contratado no puede averiguar cuál es su nombre y no puede obtener información de contacto en el plan para pedir la aprobación para proporcionar los servicios una vez que usted esté estable.

**Si considera que le cobraron indebidamente por los servicios de**

**postestabilización que recibió de un hospital no contratado, comuníquese al Member Services Department (Departamento de servicios a los pacientes) de Molina Healthcare al 1 (888) 665-4621, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Si es sordo o tiene impedimentos auditivos, llame a nuestra línea TTY/TDD exclusiva, sin costo, al 1 (800) 479-3310 o al Servicio de retransmisión de California al 711.**

## **Servicios de atención de urgencia**

Los Servicios de atención de urgencia no son un reemplazo de la atención con su PCP. Están diseñados para brindar la atención de urgencia necesaria de un modo oportuno si su PCP determina que usted requiere estos servicios o si usted se encuentra fuera del Área de servicios del Plan y requiere servicios de atención de urgencia.

- **Qué hacer cuando usted requiere Servicios de atención de urgencia dentro del Área de servicios del Plan (Condado de San Diego)**  
Su PCP deberá autorizar los Servicios de atención de urgencia si usted se encuentra dentro del Área de servicios del Plan. Las afecciones de urgencia no son emergencias, pero pueden requerir atención médica inmediata. Si usted necesita Servicios de atención de urgencia y se encuentra dentro del Área de servicios del Plan, debe llamar primero a su PCP.
- **Qué hacer cuando usted requiere Servicios de atención de urgencia fuera del Área de servicios del Plan (Condado de San Diego)**  
Los Servicios de atención de urgencia fuera del área se consideran como Servicios de emergencia y no requieren una autorización de su PCP. Si usted se

encuentra fuera del Área de servicios del Plan (Condado de San Diego) y necesita servicios de atención de urgencia, igualmente deberá llamar a su PCP. Es posible que su PCP desee verle cuando regrese para hacer un seguimiento de su atención médica.

Si por alguna razón usted no puede comunicarse con su PCP, puede contactar a nuestro Departamento de servicios a los pacientes. Usted puede tener acceso a un enfermero durante las 24 horas para recibir consejo médico inmediato si llama a nuestro número telefónico sin costo del Departamento de servicios a los pacientes al 1 (888) 665-4621. Si usted es sordo o tiene impedimentos auditivos, llame a nuestra línea TTY/TDD exclusiva al 1 (800) 479-3310.

## **Otros**

### ***Servicios de traducción***

Si el idioma inglés no es su lengua principal o usted tiene problemas para comprender alguna parte de la información de esta Guía de servicios a los pacientes llámenos al número gratuito 1 (888) 665-4621. Si usted es sordo o tiene impedimentos auditivos, llame a nuestra línea TTY/TDD exclusiva al 1 (800) 479-3310. Nuestra Guía de servicios a los pacientes cuenta con representantes que hablan varios idiomas. También tenemos acceso a servicios de interpretación en más de 100 idiomas. Si usted necesita a alguien que le explique la información médica mientras está en el consultorio de su médico, pídale que nos llame. Será un gusto ayudarlo. Usted tiene el derecho de presentar una queja formal si cree que no se satisfacen sus necesidades lingüísticas.

## **ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA**

# Acceso a la atención médica

## Acceso físico

Molina Healthcare ha hecho todo lo posible para que nuestras oficinas, consultorios e instalaciones de los proveedores de Molina Healthcare tengan el acceso adecuado para las personas discapacitadas. Si no puede ubicar a un proveedor con accesos adecuados, llame a nuestro número de teléfono sin costo 1 (888) 665-4621 y le ayudaremos a encontrar un proveedor alternativo. Si usted es sordo o tiene problemas auditivos, llame a nuestra línea TTY/TDD exclusiva al 1 (800) 479-3310.

## Acceso para las personas sordas o con impedimentos auditivos

Las personas sordas o con impedimentos auditivos pueden comunicarse con nosotros a nuestro número TTY/TDD al 1 (800) 479-3310 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Entre 7:00 p.m. y 7:00 a.m. y durante los fines de semana, llame al Servicio de retransmisión de California TTY/TDD al 711 para recibir la ayuda que necesita.

## Acceso para personas con problemas de la vista

Esta Evidencia de Cobertura (EOC) y otros materiales importantes del plan estarán disponibles con letras grandes, Braille o en una cinta grabada para las personas que tienen problemas de la vista. Para los formatos alternativos o para recibir ayuda directa para leer la Evidencia de cobertura (EOC) y otros materiales, llámenos al 1 (888) 665-4621.

## Ley para las personas estadounidenses con discapacidades de 1990

Molina Healthcare cumple con la Ley para las personas estadounidenses con

discapacidades de 1990 (ADA, por sus siglas en inglés). Esta ley prohíbe la discriminación por causa de las discapacidades. La Ley protege a los pacientes contra la discriminación por causa de las discapacidades con respecto a los servicios del programa. Además, el artículo 504 de la Ley de rehabilitación de 1973 establece que ninguna persona discapacitada que cumpla con los requisitos será, debido a su discapacidad, excluida de participar de ningún programa ni actividad que reciba los beneficios de la asistencia financiera federal, ni se le negarán los beneficios de dicho programa o actividad ni estará sujeta a discriminación alguna.

## Quejas formales sobre la accesibilidad para personas discapacitadas

Si usted cree que el plan o sus proveedores no han respondido a sus necesidades de accesibilidad para las discapacidades, puede presentar una queja formal ante Molina Healthcare si llama al 1 (888) 665-4621. Si usted es sordo o tiene impedimentos auditivos, llame a nuestra línea TTY/TDD exclusiva al 1 (800) 479-3310.

Si su queja sobre el acceso para personas discapacitadas no se resuelve, puede comunicarse con:

ADA Coordinator  
Managed Risk Medical Insurance Board  
P.O. Box 2769  
Sacramento, CA 95812-2769  
(916) 324-4695

Las personas sordas o con impedimentos auditivos pueden llamar al Servicio de retransmisión de California al 711 (TTY/TDD).