

Si usted desea ser donante de órganos o tejidos, el Departamento de vehículos motorizados de California (DMV, por sus siglas en inglés) puede proporcionarle una tarjeta de donante que usted deberá llevar junto con su licencia de conductor o tarjeta de identificación y una etiqueta autoadhesiva que deberá adherir en el frente de su licencia de conductor o tarjeta de identificación. Es importante que los donantes de órganos compartan su decisión con los familiares.

¿Qué sucede si ocurre una lesión en el trabajo?

El Programa no brinda Beneficios cubiertos para las enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo que están cubiertas por la Indemnización laboral. El Plan adelantará la prestación de los Servicios cubiertos en el momento que sean necesarios y la Paciente cooperará para que el Plan reciba el reembolso por dichos beneficios. Usted es responsable de notificar a Molina Healthcare con respecto a dicha situación.

¿Qué sucede si otra persona le produce una lesión?

Si una Paciente sufre una lesión en un accidente causado por un acto, misión intencional o consecuencia de una negligencia de otra persona, Molina Healthcare brindará por adelantado los Beneficios cubiertos en el momento de necesidad. Este adelanto estará sujeto a una responsabilidad automática por convenio de reembolso para Molina Healthcare de todo resarcimiento o reintegro que usted reciba de la persona que causó la lesión de acuerdo con el Código civil §3040. Usted tiene la responsabilidad de notificar a Molina

Healthcare con respecto a dicha situación.

Directivas anticipadas

La directiva anticipada es un formulario que indica a los proveedores médicos la clase de atención que usted desea si no puede comunicarlo usted mismo. La directiva anticipada se redacta antes de tener una emergencia. Es una manera de impedir que otras personas tomen decisiones de salud importantes por usted si no estaba lo suficientemente bien para tomarlas por sí mismo. El “Poder de representación duradero para la atención médica” y la “Declaración sobre el derecho a una muerte natural” son distintos tipos de Directivas anticipadas. Su médico de atención primaria puede responder a sus preguntas sobre este tipo de directivas.

Puede llamar a Molina Healthcare para recibir información con respecto a las leyes estatales relacionadas con las Directivas anticipadas y recibir información de Molina Healthcare con respecto a los cambios de dichas leyes.

Usted también puede llamar a Member Services (Servicios a los Pacientes) de Molina Healthcare al 1 (888) 665-4621. Si es sordo or tiene impedimentos auditivos, llame a nuestra línea TTY/TDD exclusiva al 1 (800) 479-3310.

DEFINICIONES

Sabemos que la información sobre el plan de salud puede ser confusa y, por esa razón, hemos escrito con mayúscula la primera letra de estas palabras en la Guía de servicios a los pacientes para indicar que puede encontrar los significados en este glosario.

Otros servicios

Afección aguda significa una afección que implica el inicio repentino de los síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración limitada.

Afección crónica grave es una afección causada por una enfermedad, u otro problema o trastorno médico que es de naturaleza grave y que persiste sin una cura completa o se agrava durante un período prolongado o requiere un tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro.

Afección médica de emergencia es aquella afección médica o psiquiátrica que se manifiesta 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 de la paciente;
2. ocasionar daños graves en las funciones corporales u
3. ocasionar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Afección médica psiquiátrica de emergencia significa un trastorno mental con síntomas agudos de gravedad suficiente que representa un peligro inmediato para usted u otras personas, o usted ya no es capaz de proveerse o usar, alimentos, refugio o ropa debido al trastorno mental.

Año de beneficios significa el período de doce meses que comienza el 1° de julio de cada año.

Área de servicios significa el Condado de San Diego.

Autorización significa una aprobación por parte del Médico de atención primaria de la Paciente (PCP), Grupo médico del Plan (MG) o del Plan para los Beneficios cubiertos.

Beneficios cubiertos son aquellos servicios y suministros considerados como Necesarios desde el punto de vista médico que las Pacientes tienen derecho a recibir bajo el Programa AIM y que están descritos en esta Guía de servicios a los Pacientes.

Cobertura fuera del área es la cobertura que la paciente recibe cuando está fuera del Área de servicios, que incluye la cobertura para los Servicios de emergencia y Servicios de atención de urgencia para impedir el deterioro grave de la salud de una paciente como resultado de una enfermedad, lesión o complicación imprevista o de una afección existente, que incluye el embarazo y para la cual no puede demorarse el tratamiento hasta que la Paciente regrese al Área de servicios.

Directorio de proveedores es la lista de médicos, hospitales y otros Proveedores del Plan aprobados por el Plan que se actualiza periódicamente.

Enfermedad mental grave significa uno o más de los siguientes nueve trastornos en personas de cualquier edad: Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaca depresiva), trastornos de depresión graves, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Enfermedad terminal significa una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de provocar la muerte en el término de un año o menos.

Equipo médico duradero significa el equipo médico apropiado para usar en el hogar y que: 1) está diseñado para un uso repetitivo; 2) en general no es útil para una persona que no padece una enfermedad o lesión; y 3) tiene fundamentalmente un propósito médico.

Farmacia del Plan significa toda aquella farmacia que cuenta con licencia otorgada por el Estado de California para brindar servicios de medicinas con receta a las Pacientes en consulta externa por medio de un convenio con el Plan. Las Farmacias del Plan figuran en el Directorio de proveedores.

Formulario de medicinas es el listado de las medicinas con receta aprobadas para las Pacientes en consulta externa que se encuentran cubiertas por el Plan. El Formulario de medicinas consta principalmente de medicinas genéricas, pero también incluye medicinas de marca. Si usted tiene preguntas con respecto a cuáles son las medicinas que figuran en el Formulario de medicinas, llame a nuestro Departamento de servicios a los Pacientes.

Grupo médico del Plan (MG) es un grupo de médicos organizado como una entidad legal, que ha cumplido con el criterio del Plan para participar y ha firmado un acuerdo con el Plan para brindar Servicios profesionales y coordinar la prestación de otros Beneficios cubiertos a las Pacientes bajo la modalidad de contratista independiente.

Hospital del Plan es una institución que cuenta con licencia del Estado de California como hospital de atención de agudos que brinda ciertos Beneficios cubiertos a las Pacientes a través de un convenio con Molina Healthcare.

Médico de atención primaria (PCP) o Médico personal significa un Médico del Plan elegido por una Paciente o en su nombre, que es responsable principalmente de la supervisión, coordinación y prestación de la atención inicial a la Paciente, del mantenimiento de la continuidad de la atención de la Paciente y de brindar o comenzar remisiones para los Beneficios cubiertos para la Paciente. Los Médicos de atención primaria son los médicos de medicina general y de familia, internistas, pediatras, obstetras, ginecólogos y proveedores no médicos tales como enfermeros y asistentes de médico que han sido aprobados por el Plan para aceptar la responsabilidad de brindar servicios de atención primaria.

Médico del Plan es todo médico, osteópata, podiatra o profesional de cirugía dental con licencia otorgada por el Estado de California para brindar ciertos servicios profesionales a las Pacientes, ya sea por medio de un convenio con el Plan o un Grupo médico.

Necesario desde el punto de vista médico significa un tratamiento o servicio necesario para proteger la vida; prevenir una enfermedad o discapacidad significativa; diagnosticar, tratar o controlar una enfermedad o lesión o para aliviar el dolor agudo. Es necesario que el tratamiento o servicio cumpla con los siguientes requisitos:

Otros servicios

- a. estar basado en las pruebas clínicas generalmente aceptadas,
- b. ser coherente con las normas de práctica reconocidas,
- c. contar con la seguridad y efectividad demostradas para la afección médica de la Paciente, y
- d. ser brindado al nivel de atención correspondiente y en el lugar apropiado de acuerdo con la afección médica de la Paciente.

Paciente significa una madre que cumple con los requisitos para el Programa AIM de Molina Healthcare y participa en él.

Pago compartido significa un arancel que el Proveedor del Plan o su(s) subcontratista(s) puede(n) cobrar directamente a una Paciente por un Beneficio cubierto en particular en el momento de la prestación del servicio. Como Paciente de AIM, usted no debe abonar ningún Pago compartido.

Plan significa Molina Healthcare.

Programa significa el Programa Access for Infants and Mothers (AIM), que brinda cobertura de salud para las mujeres embarazadas que cumplen con los requisitos.

Proveedores del Plan son aquellos médicos, hospitales, centros de enfermería especializada, agencias de salud a domicilio, farmacias, empresas de transporte médico, laboratorios, instituciones de radiología, proveedores de equipo médico duradero y otras entidades o profesionales de atención de la salud con licencia que brindan Beneficios cubiertos a las Pacientes por medio de un convenio con el Plan.

Queja (se llama también queja formal o apelación). Ejemplos de una queja pueden ser cuando:

- No puede obtener un servicio, tratamiento o medicina que necesite.
- Su plan niega un servicio e indica que no es necesario desde el punto de vista médico.
- Tiene que esperar demasiado para obtener una cita.
- Recibió una mala atención o le trataron de manera ofensiva.
- Su plan no le devuelve el pago por una atención de emergencia o de urgencia, por la que usted tuvo que pagar.
- Recibe una factura, la cual usted cree que no debe pagar.

Servicios de atención de urgencia significa aquellos que se brindan dentro o fuera del Área de servicios del Plan, que son Necesarios desde el punto de vista médico dentro de un período breve, generalmente veinticuatro (24) horas, para prevenir el deterioro grave de la salud de la Paciente por causa de una enfermedad, lesión o complicación de una afección existente, que incluye el embarazo, para la cual no puede demorarse el tratamiento. Los servicios urgentes incluyen los servicios de maternidad necesarios para prevenir un deterioro grave de la salud de la persona inscrita o su feto, de acuerdo con la creencia razonable de la persona inscrita de que ella tiene una afección relacionada con el embarazo para la cual no puede demorarse el tratamiento hasta que regrese al Área de servicios del Plan. Los servicios de atención de urgencia fuera del Área de servicios del Plan serán considerados como servicios de emergencia y no requieren una autorización del PCP.

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.

Servicios no cubiertos son todos aquellos servicios que no sean los Beneficios cubiertos y las Pacientes son responsables por ellos a nivel financiero.

Servicios profesionales son aquellos servicios profesionales de diagnóstico y tratamiento brindados por los Médicos del Plan y otros profesionales de la salud que figuran en esta Guía de servicios a los Pacientes.

Servicios y atención de emergencia significa:

1. la 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, tratamiento y cirugía realizados por un médico que sean necesarios para aliviar o eliminar la Afección médica de emergencia dentro de las capacidades del centro médico; 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 tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la Afección médica de emergencia psiquiátrica dentro de las capacidades del centro médico.

Trabajo de parto activo es una Afección médica de emergencia que tiene como resultado el trabajo de parto y que puedan ocurrir algunas de las siguientes situaciones:

1. La mujer tiene contracciones (una mujer que tiene contracciones está en un trabajo de parto verdadero a menos que un médico o una persona calificada certifique que, después de un lapso de observación razonable, la mujer está en un trabajo de parto falso);
2. No hay tiempo suficiente para realizar una transferencia segura a otro hospital antes del parto; o
3. Una transferencia podría representar una amenaza para la salud y seguridad de la paciente o del niño por nacer.