



## Certificado de Cobertura

Este Certificado de Cobertura es emitido por Molina Healthcare of Illinois, Inc., una empresa de Illinois que funciona como una organización para el mantenimiento de la salud, en adelante denominada “Molina Healthcare”. Este Certificado de Cobertura representa que, en contraprestación de la inscripción del miembro, Molina Healthcare proporcionará o coordinará los servicios de atención médica cubiertos para el miembro de acuerdo con las disposiciones del Manual del Miembro de Molina Healthcare HealthChoice Illinois.

Debe leer detenidamente este Manual del Miembro. Muchas de las disposiciones del Manual del Miembro están interrelacionadas; por lo tanto, es posible que leer solo uno o dos puntos no proporcione una idea clara al lector. Las disposiciones del Manual del Miembro incluyen, entre otras, información sobre:

- Proveedores de atención primaria
- Proveedores de atención médica de la mujer
- Departamento de Servicios para Miembros
- Servicios cubiertos
- Servicios no cubiertos
- Atención médica de emergencia
- Atención cuando se encuentre fuera del área de servicio.
- Cuidado especializado
- Reclamos, Quejas y Apelaciones

Muchas de las palabras que se utilizan en este Manual del Miembro tienen significados especiales. Esas palabras estarán escritas en mayúsculas y se definirán para usted. Con estas definiciones, logrará una comprensión más clara.

Es posible que el Manual de Molina Healthcare HealthChoice Illinois esté sujeto a enmiendas, modificaciones o a una rescisión de mutuo acuerdo entre Molina Healthcare y el Illinois Department of Healthcare and Family Services sin requerir el consentimiento de ningún miembro. Los miembros recibirán una notificación de dichos cambios tan pronto como sea posible después de que se realicen. Cuando se elige la cobertura para atención médica de Molina Healthcare, los miembros aceptan todos los términos y todas las condiciones del Manual del Miembro.

EN FE DE LO CUAL, Molina Healthcare ha dispuesto que el presente Certificado de Cobertura sea firmado por un funcionario debidamente autorizado en la fecha que se indica a continuación, en virtud del cual la cobertura del Certificado comenzará en la fecha de vigencia que se indica en la tarjeta de identificación del miembro de Molina Healthcare.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Matt Wolf', written over a horizontal line.

24 de agosto de 2020

## Descripción de la cobertura

La Ley de Reforma de la Atención Médica Administrada y la Ley de Derechos del Paciente de 1999 establecieron los derechos de los inscritos en planes de atención médica. Estos derechos abarcan lo siguiente:

- Qué visitas a la sala de emergencias pagará su plan de atención médica.
- Cómo se puede acceder a los especialistas (dentro y fuera de la red).
- Cómo presentar quejas y apelar decisiones del plan de atención médica (incluso las revisiones independientes externas).
- Cómo obtener información sobre su plan de atención médica, incluida información general sobre sus acuerdos financieros con proveedores.

Le recomendamos que revise y se familiarice con estos temas, además de la otra información sobre los beneficios incluida en la hoja informativa Descripción de la Cobertura adjunta.

**Debido a que la Descripción de la cobertura no es un documento legal**, para obtener toda la información sobre los beneficios, consulte su Manual del Miembro o comuníquese con Molina Healthcare al número gratuito que se encuentra en la siguiente página. En caso de que haya alguna discrepancia entre su Descripción de la Cobertura y el Manual del Miembro, prevalecerá la Descripción de la Cobertura.

Para obtener ayuda e información general, comuníquese con la Office of Consumer Health Insurance del Illinois Department of Insurance al (877) 527-9431. Tenga en cuenta que la Office of Consumer Health Insurance no podrá proporcionar información específica sobre el plan. Para obtener este tipo de información, debe comunicarse directamente con su plan de atención médica.

Para obtener más información sobre los servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7861, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., o visite [MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com).

(Fuente: modificado en 34 Ill. Reg. 6879, vigente a partir del 29 de abril de 2010)

## Hoja informativa Descripción de la Cobertura

**Plan de salud:** Molina Healthcare of Illinois  
**Nombre del programa:** HealthChoice Illinois  
**Dirección:** 2001 Butterfield Rd., Suite 750  
 Downers Grove, IL 60515  
**Número de teléfono gratuito:** (855) 687-7861

		Descripción de la cobertura		
<b>Información básica</b>	Su médico	La selección del médico de atención primaria debe realizarse en el momento de la inscripción. Las mujeres también pueden seleccionar un proveedor de atención médica de la mujer (WHCP). Podrá realizar cambios llamando al Departamento de Servicios para Miembros.		
	Deducible anual	Ninguno		
	Gastos de bolsillo	Ninguno		
	Máximos de por vida	Ninguno		
	Limitaciones por enfermedades preexistentes	Ninguna		
		Descripción de la cobertura	El plan de salud cubre	Usted paga
<b>En el hospital</b>	Cantidad de días de hospitalización	Todos	100 %	0 %
	Habitación y comidas	Todos	100 %	0 %
	Honorarios del cirujano	Todos	100 %	0 %
	Consultas con el médico	Todos	100 %	0 %
	Otros cargos varios	Servicios médicamente necesarios y elegibles, incluidos exámenes de laboratorio, radiología y suministros proporcionados por el hospital.	100 %	0 %
	Servicios hospitalarios	Con cobertura	100 %	0 %
<i>Ambulatorio</i>	Con cobertura	100 %	0 %	
<i>Paciente internado</i>	Con cobertura	100 %	0 %	

		<b>Descripción de la cobertura</b>	<b>El plan de salud cubre</b>	<b>Usted paga</b>
<b>Atención médica de emergencia</b>	Servicios de emergencia	Condiciones médicas de gravedad suficiente para que una persona ordinaria y prudente considere de manera razonable que la ausencia de atención médica inmediata pone en grave riesgo la salud del individuo, ocasiona un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.	100 %	0 %
	Servicios de emergencia de posestabilización	Servicios prestados a un miembro en un hospital acreditado por un proveedor calificado para prestar dichos servicios, y que se haya determinado que son médicamente necesarios y que tengan una relación directa con la condición médica de emergencia de posestabilización.	100 %	0 %
	Servicios dentales de emergencia	Con cobertura	100 %	0 %
<b>En el consultorio del médico</b>	Consultas en el consultorio del médico	Atención primaria y especialistas	100 %	0 %
	Exámenes físicos de rutina	Con cobertura	100 %	0 %
	Pruebas de diagnóstico y radiografías	Con cobertura	100 %	0 %
	Inmunizaciones	Con cobertura	100 %	0 %
	Tratamiento y prueba de alergias	Con cobertura	100 %	0 %
	Atención preventiva	Con cobertura	100 %	0 %
	Exámenes preventivos para adultos cada año	Con cobertura	100 %	0 %

<b>Servicios médicos</b>	Aborto	Los servicios de aborto están cubiertos por Medicaid (no su MCO) utilizando su tarjeta médica de HFS.	No corresponde	No corresponde
	Cirugía ambulatoria.	Con cobertura	100 %	0 %
	Atención de maternidad	Con cobertura	100 %	0 %
	<i>Atención hospitalaria</i>	Con cobertura	100 %	0 %
	<i>Atención de un médico</i>			
	Servicios por infertilidad	Sin cobertura		
	Salud mental			
	<i>Ambulatorio</i>	Con cobertura	100 %	0 %
	<i>Paciente internado</i>	Con cobertura	100 %	0 %
	Abuso de sustancias			
	<i>Ambulatorio</i>	Con cobertura	100 %	0 %
	<i>Paciente internado</i>	Con cobertura	100 %	0 %
	Servicios de rehabilitación ambulatorios	Con cobertura	100 %	0 %
	Servicios de enfermería especializada avanzada	Con cobertura	100 %	0 %
Cirugía ambulatoria	Con cobertura	100 %	0 %	
Servicios quiroprácticos	Con cobertura Limitados a miembros de hasta 20 años para el tratamiento de la columna vertebral mediante manipulación manual. Sin cobertura para miembros de 21 años o más.	100 %	0 %	
Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT)	Con cobertura	100 %	0 %	

		Descripción de la cobertura	El plan de salud cubre	Usted paga
<b>Servicios médicos (continuación)</b>	Servicios y suministros de planificación familiar	<p>Con cobertura</p> <p>Los beneficios con cobertura incluyen los siguientes:</p> <p>Examen anual para mujeres de entre 12 y 55 años, el cual incluye un examen de mamas, una exploración pélvica y una prueba de Papanicolaou.</p> <p>Pruebas de embarazo.</p> <p>Servicios relacionados con anticonceptivos, como la inserción de dispositivos intrauterinos (IUD) y el anticonceptivo implantable; métodos permanentes de control de la natalidad, como la ligadura de trompas, la anticoncepción transcervical y la vasectomía.</p>	100 %	0 %
	Servicios de un Centro de Salud Acreditado a Nivel Federal (FQHC) y de una Clínica de Salud Rural (RHC)	Con cobertura	100 %	0 %
	Servicios en centros de enfermería	Con cobertura	100 %	0 %
	Servicios de podología (pies)	Con cobertura	100 %	0 %
	Exámenes de mamografías preventivas (mama) y cáncer cervical (prueba de Papanicolaou).	<p>Con cobertura</p> <p>Las mujeres pueden autoderivarse</p>	100 %	0 %
	Diálisis renal (enfermedad renal)	Con cobertura	100 %	0 %
	Servicios de especialistas	Con cobertura	100 %	0 %
	Servicios de terapia del habla	Con cobertura	100 %	0 %

		<b>Descripción de la cobertura</b>	<b>El plan de salud cubre</b>	<b>Usted paga</b>
<b>Apoyo y Servicios a Largo Plazo (Servicios de Exención)</b>	<b>Exención para personas con discapacidades o personas con HIV/AIDS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios diurnos para adultos</li> <li>• Transporte a los servicios diurnos para adultos</li> <li>• Adaptaciones de accesibilidad al entorno en el hogar</li> <li>• Auxiliar de atención médica domiciliaria</li> <li>• Enfermería intermitente, enfermería especializada (RN y LPN)</li> <li>• Terapia ocupacional</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Servicio doméstico</li> <li>• Comidas entregadas a domicilio</li> <li>• Asistente personal</li> <li>• Sistema Personal de Auxilio para Emergencias (PERS)</li> <li>• Servicio de relevo</li> <li>• Equipos y suministros médicos especializados</li> </ul>	Con cobertura	100 %	0 %

		Descripción de la cobertura	El plan de salud cubre	Usted paga
<b>Apoyo y Servicios a Largo Plazo (Servicios de Exención) (continuación)</b>	<b>Exención por lesión cerebral traumática.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios diurnos para adultos</li> <li>• Transporte a los servicios diurnos para adultos</li> <li>• Adaptaciones de accesibilidad al entorno en el hogar</li> <li>• Empleo con apoyo</li> <li>• Auxiliar de atención médica domiciliaria</li> <li>• Enfermería intermitente, enfermería especializada</li> <li>• Terapia ocupacional</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Terapia del habla</li> <li>• Servicios prevocacionales</li> <li>• Rehabilitación: por día</li> <li>• Servicio doméstico</li> <li>• Comidas entregadas a domicilio</li> <li>• Asistente personal</li> <li>• Sistema Personal de Auxilio para Emergencias (PERS)</li> <li>• Servicio de relevo</li> <li>• Equipos y suministros médicos especializados</li> <li>• Servicios de salud conductual</li> </ul>	Con cobertura	100 %	0 %
		Con cobertura	100 %	0 %

		Descripción de la cobertura	El plan de salud cubre	Usted paga
<b>Apoyo y Servicios a Largo Plazo (Servicios de Exención) (continuación)</b>	<b>Exención para personas de edad avanzada</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios diurnos para adultos</li> <li>• Transporte a los servicios diurnos para adultos</li> <li>• Servicio doméstico</li> <li>• Sistema de Respuesta de Emergencia Personal (PERS)</li> </ul>	Con cobertura	100 %	0 %
	<b>Exención para centros de ayuda con la vida diaria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería</li> <li>• Atención personal</li> <li>• Administración de medicamentos, supervisión y asistencia en la autoadministración</li> <li>• Lavandería</li> <li>• Limpieza del hogar</li> <li>• Mantenimiento</li> <li>• Programación social y recreativa</li> </ul>	Con cobertura	100 %	0 %
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios auxiliares</li> <li>• Personal de respuesta/seguridad las 24 horas</li> <li>• Ejercicio y promoción de la salud</li> <li>• Sistema de llamada de emergencias</li> <li>• Controles diarios</li> <li>• Plan de Aseguramiento de Calidad</li> <li>• Administración de fondos de los residentes, si corresponde</li> </ul>	Con cobertura	100 %	0 %

		Descripción de la cobertura	El plan de salud cubre	Usted paga
<b>Otros servicios</b>	Equipo Médico Duradero (DME)	Con cobertura	100 %	0 %
	Suministros médicos	Con cobertura	100 %	0 %
	Equipos y suministros respiratorios	Con cobertura	100 %	0 %
	Centro de cuidados paliativos	Con cobertura	100 %	0 %
	Atención médica en el hogar	Con cobertura	100 %	0 %
	Medicamentos recetados, incluidos ciertos medicamentos recetados de venta libre	Con cobertura	100 %	0 %
	Servicios dentales, incluidas cirugías orales (hasta 20 años)	Beneficio cubierto. Servicios dentales, incluidos cirugía oral, radiografías, selladores, empastes, coronas (fundas), tratamientos de conducto, prótesis dentales y extracciones.  Limpiezas (1 cada 6 meses)  Exámenes dentales (1 cada 6 meses)  Se aplican algunas limitaciones	100 %	0 %

		Descripción de la cobertura	El plan de salud cubre	Usted paga
<b>Otros servicios (continuación)</b>	Servicios dentales (21 años o más)	<p>Servicios dentales, incluidos cirugía oral, radiografías, empastes, coronas (fundas), tratamientos de conducto, extracciones, prótesis dentales y reparaciones dentales.</p> <p>Las mujeres embarazadas pueden obtener servicios adicionales. Los servicios incluyen exámenes, limpiezas y limpiezas profundas.</p> <p>Como un beneficio adicional, los miembros de 21 años o más obtienen los siguientes servicios:</p> <p>Limpiezas (1 cada 6 meses)</p> <p>Examen dental: (1 cada 6 meses)</p> <p>Se aplican algunas limitaciones</p>	100 %	0 %
	Servicios para el cuidado de la vista (de óptica y optometría), incluidos anteojos	<p>Un examen al año para todos los miembros, un par de anteojos (lentes y marcos) en un período de dos años para todos los miembros</p> <p>Sin restricciones en el reemplazo de anteojos para los miembros de entre 0 y 20 años</p> <p>Los miembros de 21 años o más están limitados al reemplazo de lentes cuando sea médicamente necesario</p> <p>Como beneficio adicional, Molina Healthcare brinda un crédito de \$40 al año para usar junto con su beneficio de anteojos (lentes y marcos) cuando elija una opción que esté fuera de las opciones de marcos aprobadas</p>	100 %	0 %

<b>Otros servicios (continuación)</b>	Servicios de audición (audiología), incluidos audífonos	Con cobertura	100 %	0 %
	Servicios de terapia del habla	Con cobertura	100 %	0 %
	Transporte a servicios cubiertos	Con cobertura	100 %	0 %
	Consultas por prácticas	Beneficios cubiertos para inscritos con necesidades especiales	100 %	0 %

## Área de servicio

Molina Healthcare of Illinois ofrece servicios de Medicaid en condados de todo Illinois. Molina atenderá en todos los condados de Illinois a partir del 1.º de abril de 2018.

## Exclusiones y limitaciones

### Servicios cubiertos limitados

- El plan de salud puede proporcionar servicios de esterilización solo en la medida en que lo permitan las leyes estatales y federales.
- Si el plan de salud proporciona servicio para una histerectomía, el plan de salud deberá completar el formulario HFS 1977 y archivar el formulario completo en expediente médico de la miembro.

### Servicios no cubiertos

Algunos servicios están excluidos de este plan. Los siguientes son algunos de los servicios excluidos. Para obtener más información, visite nuestro sitio web [MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com) o llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare al **(855) 687-7861**.

Esta es una lista de algunos de los servicios y beneficios médicos que Molina Healthcare no cubre:

- Servicios de naturaleza experimental o de investigación.
- Servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red y no autorizados por su plan de salud.
- Servicios proporcionados sin la referencia necesaria o la autorización previa requerida.
- Cirugía estética electiva.
- Atención por infertilidad.
- Cualquier servicio que no sea médicamente necesario.
- Servicios proporcionados a través de agencias educativas locales.
- Servicios de intervención temprana, incluida la Administración de la Atención.
- Servicios financiados a través del Fondo Complementario para Servicios de Rehabilitación Juvenil (Juvenile Rehabilitation Services Matching Fund).
- Servicios como suicidio asistido.
- Servicios que se brindan en un centro estatal que funciona como hospital psiquiátrico como resultado de una internación forense.
- Acupuntura y servicios de biorretroalimentación.
- Servicios para determinar la causa de muerte (autopsia).

Es posible que esta no sea una lista completa de los servicios que no están cubiertos por Medicaid o Molina Healthcare. Si tiene preguntas o desea obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7861, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., o visite [MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com).

## **Precertificación y revisión de utilización**

En el caso de atención que no sea de emergencia, el proveedor de atención primaria (PCP) del miembro debe participar y estar de acuerdo con las internaciones hospitalarias mediante la aprobación previa de admisiones electivas, cirugía ambulatoria y servicios especializados. Además de la aprobación previa por parte del PCP de las admisiones electivas, las admisiones en el hospital requieren la autorización del director médico del plan de salud o del representante designado del Departamento de Administración de Utilización (UM). El PCP o especialista debe realizar los arreglos necesarios para la hospitalización, los procedimientos ambulatorios u otros servicios si son médicamente necesarios según lo definido en el certificado de cobertura.

## **Atención médica de emergencia**

En caso de una emergencia, un miembro debe buscar atención médica de inmediato llamando al 9-1-1, o dirigirse al departamento de emergencias del hospital más cercano. Los servicios de emergencia médicamente necesarios están cubiertos, independientemente de si el proveedor que los proporciona es participante o no. Los servicios médicos de posestabilización médicamente necesarios proporcionados por un proveedor no participante están cubiertos si cuentan con la aprobación previa de Molina Healthcare, o si Molina Healthcare no rechaza la aprobación de dichos servicios médicos de posestabilización en el plazo de una hora a partir del intento de buena fe del proveedor no participante de obtener la aprobación de Molina Healthcare para proporcionar dichos servicios.

## **Selección del médico de atención primaria**

Los miembros deben elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) del directorio de proveedores disponible en el momento de la inscripción. El PCP del miembro es el hogar médico del miembro responsable de proporcionar y coordinar la atención, de hacer recomendaciones para la atención especializada y de brindar otros servicios. Los miembros pueden cambiar este PCP a través de MyMolina.com para hacer el cambio en línea, o llamando al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare al **(855) 687-7861**.

## **Acceso a la atención especializada**

Un PCP puede recomendarle a un miembro un proveedor especializado participante para servicios cubiertos médicamente necesarios. Un miembro puede consultar a un proveedor especializado participante para servicios cubiertos médicamente necesarios si el especialista primero obtiene la aprobación de Molina Healthcare. En algunas circunstancias, un especialista participante puede solicitar una autorización permanente.

Si Molina Healthcare determina que una solicitud de autorización por parte de un especialista es apropiada para servicios médicamente necesarios, y no existe un especialista calificado que sea un proveedor participante, Molina Healthcare puede aprobar una autorización a un especialista que no sea un proveedor participante. Sin embargo, el especialista debe ser un proveedor del Programa de Asistencia Médica de Illinois.

Las mujeres miembros pueden consultar, además de a un PCP, a un médico de familia, un obstetra/ginecólogo o a un proveedor de atención médica para la mujer (WHCP) sin obtener una referencia para todos los servicios cubiertos. Tras la solicitud de cualquier WHCP, Molina Healthcare debe seguir los procedimientos y protocolos de utilización del plan de salud y aseguramiento de calidad en la evaluación del WHCP como PCP.

Los miembros no necesitan una aprobación previa para acceder a algunos servicios cubiertos si el proveedor participa en la red de Molina Healthcare. Esto incluye servicios de emergencia, salud conductual, cuidado para la vista y atención dental. Además, los miembros pueden obtener servicios de planificación familiar de proveedores fuera de la red.

## **Cobertura fuera del área**

La cobertura fuera del área solo está disponible en el caso de atención de emergencia. Una vez que se haya estabilizado la afección, el miembro debe regresar al área de servicio tan pronto como sea médicamente apropiado, con el fin de recibir servicios cubiertos continuos o de seguimiento.

## **Responsabilidad financiera**

El miembro no tiene copagos, deducibles ni primas por servicios de atención médica cubiertos y elegibles, para recetas o para equipo médico duradero suministrados por una farmacia o un proveedor que estén dentro de la red.

## **Continuidad de tratamiento**

Sujeto a ciertas condiciones, una miembro nuevo, que requiere un curso de tratamiento continuo, que se encuentra en el segundo (2.º) o tercer (3.º) trimestre de embarazo, o que está recibiendo atención posparto directamente relacionada con el parto después del embarazo, puede solicitar continuar viendo a su proveedor actual, incluso si este proveedor no tiene contrato con Molina Healthcare por un breve tiempo después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

Si un proveedor participante de un miembro existente abandona la red de Molina Healthcare, el plan de salud notificará al miembro que el proveedor ya no pertenece a la red de Molina Healthcare. Sujeto a determinadas condiciones, si un proveedor participante de un miembro existente abandona la red de Molina Healthcare y el miembro existente está recibiendo un curso continuo de tratamiento por parte del proveedor participante, o la miembro existente se encuentra en su segundo o tercer trimestre de embarazo y está recibiendo atención del proveedor participante, la miembro existente puede solicitar seguir consultando a ese proveedor durante un breve periodo después de que reciba la notificación de que el proveedor ya no pertenecerá a la red.

A fin de que los servicios prestados a un miembro por un proveedor estén cubiertos por Molina Healthcare, el proveedor debe aceptar las políticas y los procedimientos de Mejoramiento de Calidad y el Plan de Utilización de Molina Healthcare, además del pago. Si los servicios solicitados son denegados y el miembro desea apelar, el Miembro debe hacer su solicitud dentro de los sesenta (60) días posteriores a la recepción del aviso de la denegación. Molina Healthcare responderá por escrito quince (15) días laborales después de recibir toda la información requerida con la aprobación o el motivo específico de la denegación de la solicitud.

# **Quejas y Apelaciones:**

Queremos que esté conforme con los servicios que recibe de Molina Healthcare y nuestros proveedores. Si no está conforme, puede presentar una queja o apelación.

## **Quejas**

Una queja es un reclamo sobre cualquier asunto que no sea un artículo o servicio denegado, reducido o finalizado.

Molina Healthcare toma muy en serio las quejas de los miembros. Queremos saber lo que no está bien; de este modo, podremos mejorar nuestros servicios. Si tiene una queja sobre un proveedor, sobre la calidad de la atención o sobre los servicios que recibió, debe informarnos de inmediato. Molina Healthcare tiene procedimientos especiales en vigor para ayudar a

los miembros que presentan quejas. Nos esforzaremos al máximo para responder a sus preguntas o ayudarlo a resolver su inquietud. La presentación de una queja no afectará sus servicios de atención médica ni su cobertura de beneficios.

Si la persona que hizo la queja es un cliente del programa de Rehabilitación Vocacional (VR), puede tener derecho al Programa de Asistencia al Cliente (CAP) de DHS-ORS en la preparación, presentación y representación de los asuntos que se analizarán.

### **Estos son ejemplos de las ocasiones en las que probablemente quiera presentar una queja.**

- Su proveedor o un miembro del personal de Molina Healthcare no respetó sus derechos.
- Tuvo problemas para obtener una cita con su proveedor en un período apropiado.
- No estuvo satisfecho con la calidad de la atención o el tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de Molina Healthcare fue descortés con usted.
- Su proveedor o un miembro del personal de Molina Healthcare se mostró indiferente ante sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que podría tener.

Puede presentar su queja por teléfono llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7861. También puede presentar su queja por escrito a través de correo o fax a la siguiente dirección:

Molina Healthcare  
Attn: Appeals & Grievances  
PO Box 182273  
Chattanooga, TN 37422  
Fax: (855) 502-5128

En la carta de queja, especifique toda la información posible. Por ejemplo, incluya la fecha y el lugar en que ocurrió el incidente, los nombres de las personas involucradas y los detalles sobre lo que ocurrió. Asegúrese de incluir su nombre y su número de identificación de miembro. Puede solicitarnos ayuda para presentar su queja llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7861.

Si no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno para usted. Incluya esta solicitud cuando presente su queja. Si tiene algún impedimento auditivo, llame al Servicio de Retransmisión de Illinois al 711.

En cualquier momento durante el proceso de queja, puede hacer que alguien que conoce le represente o actúe en su nombre. Esta persona será "su representante". Si decide que alguien le represente o actúe por usted, informe a Molina Healthcare por escrito el nombre de su representante y su información de contacto.

Trataremos de resolver su queja de inmediato. Si no podemos hacerlo, es probable que nos comuniquemos con usted para obtener más información.

## **Apelaciones**

Una apelación es un medio mediante el cual usted solicita una revisión de nuestras acciones. Si decidimos que un artículo o servicio solicitado no se puede aprobar, o si un servicio se reduce o interrumpe, le enviaremos una carta titulada "Determinación de Beneficios Adversa". En esta carta, se indicará la siguiente información:

- Qué acción se tomó y el motivo.
- Su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo.

- Su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal y cómo hacerlo.
- Su derecho, en ciertas circunstancias, a solicitar una apelación acelerada y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar la continuidad de sus beneficios durante su apelación, cómo hacerlo y cuándo es posible que tenga que pagar por los servicios.

Es posible que no esté de acuerdo con una decisión o acción tomada por Molina Healthcare acerca de sus servicios o un artículo que solicitó. Una apelación es un medio mediante el cual usted solicita una revisión de nuestras acciones. Puede apelar dentro de los **sesenta (60) días calendario** posteriores a la fecha que figura en nuestro formulario de determinación adversa de beneficios. Si desea que sus servicios permanezcan iguales mientras apela, debe informarlo cuando apele y debe presentar su apelación a más tardar **diez (10) días calendario** a partir de la fecha en nuestro formulario de determinación adversa de beneficios. En la lista que aparece a continuación, se incluyen ejemplos de las ocasiones en las que probablemente quiera presentar una apelación.

- La no aprobación o el no pago de un servicio o elemento que su proveedor solicita.
- Interrupción de un servicio que anteriormente se aprobó.
- La no prestación del servicio o no entrega de los elementos de manera oportuna.
- No se le informó su derecho a la libertad de elección de proveedores.
- No se aprobó un servicio para usted, ya que no estaba en nuestra red.

### **A continuación, le indicamos dos maneras de presentar una apelación.**

1. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7861. Si presenta una apelación por teléfono, luego deberá enviar una solicitud de apelación por escrito firmada.
2. Envíe por correo o fax su solicitud de apelación por escrito a:

Molina Healthcare of Illinois  
2001 Butterfield Rd., Suite 750  
Downers Grove, IL 60515  
Fax: (855) 502-5128

Si no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno para usted. Incluya esta solicitud cuando presente su apelación. Si tiene un impedimento auditivo, llame al Servicio de Retransmisión de Illinois al 711.

### **¿Alguien puede ayudarle con el proceso de apelación?**

Tiene varias opciones para recibir ayuda. Puede hacer lo siguiente:

- Pedirle a una persona que conozca que le represente. Por ejemplo, podría ser su proveedor de atención primaria o un familiar.
- Elegir ser representado por un apoderado.

Para designar a alguien que le represente, puede adoptar una de las siguientes medidas: 1) envíenos una carta informándonos que desea que otra persona le represente e incluya en la carta su información de contacto o 2) complete el formulario de Apelaciones de representantes autorizados. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com).

## Proceso de apelaciones

Le enviaremos una carta con aviso de recibo en un plazo de tres (3) días laborables indicándole que recibimos su apelación. Le avisaremos si necesitamos más información y cómo proporcionarnos tal información en persona o por escrito.

Un proveedor con la misma especialidad o una similar a la del proveedor que le atiende revisará su apelación. No será el mismo proveedor que tomó la decisión original de denegar, reducir o suspender el servicio médico.

Molina Healthcare le enviará nuestra decisión por escrito en un plazo de quince (15) días laborables a partir de la fecha en la que recibimos su solicitud de apelación. Molina Healthcare puede solicitar una extensión de hasta catorce (14) días calendario adicionales para tomar una decisión sobre su caso si necesitamos obtener más información antes de tomar una decisión. También puede solicitarnos una extensión si necesita más tiempo para recopilar documentos adicionales que respalden su apelación.

Le llamaremos para informarle nuestra decisión y enviarle a usted y a su representante autorizado la notificación de la decisión. En la notificación de la decisión, se le indicará lo que haremos y por qué.

Si la decisión de Molina Healthcare coincide con la determinación adversa de beneficios, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió durante la revisión de la apelación. Si la decisión de Molina Healthcare no coincide con la determinación adversa de beneficios, aprobaremos los servicios para que comience a recibirlos de inmediato.

Aspectos que debe tener en cuenta durante el proceso de apelación:

- En cualquier momento, puede proporcionarnos más información sobre su apelación, si es necesario.
- Tiene la posibilidad de consultar su expediente de apelación.
- Tiene la posibilidad de estar presente cuando Molina Healthcare revise su apelación.

## ¿Cómo puede acelerar su apelación?

Si usted o su proveedor consideran que nuestro plazo estándar de quince (15) días laborables para tomar una decisión sobre su apelación pondrá en peligro su vida o su salud, puede escribirnos o llamarnos para solicitar una apelación acelerada. Si nos escribe, incluya su nombre, número de identificación del miembro, la fecha de su carta de determinación adversa de beneficios, información sobre su caso y el motivo por el cual solicita una apelación acelerada. Le informaremos en un plazo de veinticuatro (24) horas si necesitamos más información. Una vez proporcionada toda la información, le llamaremos dentro de las veinticuatro (24) horas para informarle nuestra decisión y también le enviaremos a usted y a su representante autorizado la notificación de la decisión.

## ¿Cómo puede retirar una apelación?

Durante el proceso de apelación, tiene derecho a retirar su apelación por cualquier motivo y en cualquier momento. Sin embargo, usted o su representante autorizado deben hacerlo por escrito, utilizando la misma dirección que se usó para presentar su apelación. El retiro de su apelación finalizará el proceso de apelación y no tomaremos ninguna decisión sobre su solicitud de apelación.

Molina Healthcare reconocerá el retiro de su apelación enviándole una notificación a usted o a su representante autorizado. Si necesita más información sobre el retiro de su apelación, llame a Molina Healthcare al (855) 687-7861.

## ¿Qué ocurre después?

Después de recibir por escrito la notificación de la decisión sobre la apelación de Molina Healthcare, no es necesario que realice ninguna acción y su archivo de apelación se cerrará. Sin embargo, si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación, puede tomar medidas solicitando una apelación de audiencia imparcial estatal o una revisión externa de su apelación dentro de los **treinta (30) días calendario** posteriores a la fecha del aviso de decisión. Puede elegir solicitar tanto la apelación de audiencia imparcial estatal como la revisión externa o puede elegir solicitar solo una de ellas.

## Audiencia imparcial estatal

Si lo desea, puede solicitar una apelación de audiencia imparcial estatal dentro de los **ciento veinte (120) días calendario** de la fecha del aviso de decisión, pero debe solicitar una apelación de audiencia imparcial estatal dentro de los **diez (10) días calendario** de la fecha que figura en el aviso de decisión si desea continuar con sus servicios. Si no gana esta apelación, puede ser responsable de pagar por estos servicios recibidos durante el proceso de apelación.

En la audiencia imparcial estatal, así como durante el proceso de apelaciones de Molina Healthcare, puede pedirle a alguien que le represente, como un abogado, o pedirle a un familiar o amigo que hable por usted. Para designar a un representante, envíenos una carta informándonos que desea que alguien lo represente e incluya en la carta su información de contacto.

Puede solicitar una audiencia imparcial estatal a través de alguno de los siguientes medios:

- Su Centro de Recursos Comunitarios para Familias local puede brindarle un formulario de apelación para solicitar una audiencia imparcial estatal y le ayudará a completarlo, si lo desea.
- Visite [abe.illinois.gov/abe/access/appeals](http://abe.illinois.gov/abe/access/appeals) para establecer una cuenta de Apelaciones ABE y enviar en línea una apelación imparcial estatal. Esto le permitirá realizar un seguimiento y administrar su apelación en línea, ver fechas y avisos importantes relacionados con la audiencia imparcial estatal, y enviar documentación.
- Si desea presentar una apelación de audiencia imparcial estatal relacionada con sus servicios o artículos médicos, o servicios de Exención para personas de edad avanzada [Programa de Atención Comunitaria (CCP)], envíe su solicitud por escrito a:

Illinois Department of Healthcare and Family Services  
Bureau of Administrative Hearings  
69 W. Washington Street, 4th Floor  
Chicago, IL 60602  
Fax: (312) 793-2005  
Correo electrónico: [HFS.FairHearings@illinois.gov](mailto:HFS.FairHearings@illinois.gov)

O puede llamar al (855) 418-4421, TTY: (800) 526-5812

- Si desea presentar una apelación de audiencia imparcial estatal relacionada con artículos o servicios de salud mental, servicios por consumo de sustancias, servicios de exención para personas con discapacidades, servicios de exención por lesiones cerebrales traumáticas, servicios de exención por HIV/SIDA o cualquier servicio del Programa de Servicios en el Hogar (HSP), envíe su solicitud por escrito a:

Illinois Department of Human Services  
Bureau of Hearings  
69 W. Washington Street, 4th Floor  
Chicago, IL 60602  
Fax: (312) 793-8573  
Correo electrónico: [DHS.HSPApeals@illinois.gov](mailto:DHS.HSPApeals@illinois.gov)

O puede llamar al (800) 435-0774, TTY: (877) 734-7429

## **Proceso de audiencia imparcial estatal**

La audiencia será dirigida por un funcionario autorizado para dirigir audiencias imparciales estatales. Usted recibirá una carta de la Oficina de Audiencias correspondiente indicándole la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. En esta carta también se le brindará información sobre la audiencia. Es importante que lea esta carta con cuidado. Si configura una cuenta en [abe.illinois.gov/abe/access/appeals](http://abe.illinois.gov/abe/access/appeals), puede acceder a todas las cartas relacionadas con su proceso de audiencia imparcial estatal a través de su cuenta de Apelaciones ABE. También podrá cargar documentos y ver citas.

Al menos tres (3) días laborables antes de la audiencia, recibirá información de parte de Molina Healthcare. Esto incluirá toda la evidencia que presentaremos en la audiencia. Esto también se enviará al funcionario de audiencia imparcial. Debe suministrar toda la evidencia que presentará en la audiencia a Molina Healthcare y al funcionario de audiencia imparcial por lo menos tres (3) días laborables antes de la audiencia. Esto incluye una lista de cualquier testigo que comparecerá en su nombre, así como todos los documentos que utilizará para respaldar su apelación.

Deberá notificar a la Oficina de Audiencias correspondiente sobre cualquier adaptación que pueda necesitar. Su audiencia puede llevarse a cabo por teléfono. Asegúrese de proporcionar en su solicitud de una audiencia imparcial estatal el número de teléfono más conveniente para comunicarnos con usted durante las horas laborables. Es probable que la audiencia sea grabada.

## **Continuidad o postergación**

Puede solicitar una continuidad durante la audiencia o una postergación antes de la audiencia, que podrían concederse si existe una buena causa. Si el funcionario de audiencia imparcial está de acuerdo, usted y todas las partes de la apelación recibirán una notificación por escrito sobre fecha, hora y lugar nuevos. El límite de tiempo para que se complete el proceso de apelación se extenderá por la duración de la continuación o postergación.

## **Incomparecencia en la audiencia**

Su apelación se anulará si usted o su representante autorizado no se presentan a la audiencia a la hora, en la fecha y en el lugar indicados en la notificación, y si no ha solicitado una

postergación por escrito. Si su audiencia se lleva a cabo por teléfono, su apelación se anulará si no responde su teléfono en la hora programada de la apelación. Se enviará una Notificación de anulación a todas las partes de la apelación.

Su audiencia puede ser reprogramada, si nos informa dentro de los **diez (10) días calendario** a partir de la fecha en que recibió la Notificación de anulación, si la razón por la que no compareció fue una de las siguientes:

- La muerte de un familiar.
- Lesión o enfermedad personal que por motivos razonables impidió su presencia.
- Una emergencia repentina e inesperada.

Si la audiencia de apelación se reprograma, la Oficina de Audiencias le enviará a usted o a su representante autorizado una carta que informe la reprogramación de la audiencia y copias a todas las partes involucradas en la apelación.

Si denegamos su solicitud de reprogramación de su audiencia, recibirá una carta por correo informándole sobre la denegación.

## **La decisión de la audiencia imparcial estatal**

La Oficina de Audiencias correspondiente le enviará a usted y a todas las partes interesadas la decisión administrativa final por escrito. La decisión también estará disponible en línea a través de su cuenta de Apelaciones ABE. Esta decisión administrativa final se podrá revisar solo a través de los Tribunales de Circuito del Estado de Illinois. El tiempo que el Tribunal de Circuito permitirá para presentar tal revisión puede ser de hasta treinta y cinco (35) días a partir de la fecha de esta carta. Si tiene preguntas, llame a la Oficina de Audiencias.

## **Revisión Externa (solo para servicios médicos)**

Dentro de los **treinta (30) días calendario** posteriores a la fecha del aviso de decisión de la apelación de Molina Healthcare, puede optar por solicitar una revisión por parte de alguien externo a Molina Healthcare. Esto se denomina revisión externa. El revisor externo debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Proveedor profesional certificado con la misma o similar especialidad a la del proveedor que le atiende.
- Debe ejercer actualmente.
- No tener ningún interés financiero en la decisión.
- No conocerle y no saber su identidad durante la revisión.

La revisión externa no está disponible para apelaciones relacionadas con servicios recibidos a través de la exención para personas de edad avanzada, exención para personas con discapacidades, exención por lesión cerebral traumática, exención por HIV/SIDA o el Programa de Servicios en el Hogar.

## En su carta debe solicitar una revisión externa de esa acción y enviarla a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of Illinois  
Attn: Appeals & Grievances  
PO Box 182273  
Chattanooga, TN 37422  
Fax: (855) 502-5128

### ¿Qué ocurre después?

- Revisaremos su solicitud para ver si cumple con los requisitos para una revisión externa. Tenemos cinco (5) días laborables para hacer esto. Le enviaremos una carta informándole si su solicitud cumple con estos requisitos. Si su solicitud cumple con los requisitos, la carta tendrá el nombre del revisor externo.
- Dispone de cinco (5) días laborales a partir de la fecha de recepción de la carta que le enviamos para enviar cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

El revisor externo le enviará a usted o a su representante y a Molina Healthcare una carta con su decisión en un plazo de cinco (5) días calendario después de recibir toda la información que necesita para completar su revisión.

### Revisión externa acelerada

Si el plazo habitual para una revisión externa podría poner en peligro su vida o su salud, usted o su representante pueden solicitar una **revisión externa acelerada**. Puede hacer esto por teléfono o por escrito. Para solicitar una revisión externa acelerada por teléfono, llame a la línea gratuita del Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7861. Para solicitarla por escrito, envíenos una carta a la dirección que aparece a continuación. Solo puede solicitar una revisión externa acelerada sobre una acción específica en una (1) instancia. En su carta debe solicitar una revisión externa de esa acción.

Molina Healthcare of Illinois  
Attn: Appeals & Grievances  
PO Box 182273  
Chattanooga, TN 37422

### ¿Qué ocurre después?

- Una vez que recibamos la llamada telefónica o carta en la que solicita una revisión externa acelerada, revisaremos de inmediato su solicitud para ver si cumple con los requisitos para una revisión externa acelerada. Si lo hace, nos comunicaremos con usted, o con su representante, para darle el nombre del revisor.
- También enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar con su revisión.
- Tan pronto como su condición médica lo requiera, pero no más de dos (2) días laborales después de recibir toda la información necesaria, el revisor externo tomará una decisión sobre su solicitud. Le informará a usted o a su representante y a Molina Healthcare sobre la decisión de manera verbal. También le enviará una carta a usted o a su representante y a Molina Healthcare con la decisión en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas.



