Bienvenido(a) a Molina Healthcare

Manual del Miembro

Medicaid de Ohio Atención Médica Administrada Molina Healthcare de Ohio

Molina Healthcare publica en línea la copia más reciente de su Manual del Miembro. Visite MolinaHealthcare.com/OHMedicaidHandbook para ver este Manual y otros materiales importantes para los miembros.

MolinaHealthcare.com

MOLINA® HEALTHCARE

Avisos importantes para los Miembros

Cómo Obtener esta Información en Otros Idiomas y Formatos

Si tiene problemas para leer o comprender esta o cualquier otra información de Molina Healthcare, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito (800) 642-4168 (TTY para personas con impedimentos auditivos: [800] 750-0750 o 711) para obtener ayuda sin costo.

Podemos explicársela en inglés o en su idioma principal.

Puede solicitar este documento sin costo en otros formatos, como en letra de molde grande, sistema braille o audio.

Llame al número de teléfono gratuito (800) 642-4168, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m. Para personas con impedimentos auditivos, llame al servicio de TTY al (800) 750-0750 o al 711.

Aviso de No Discriminación

Molina Healthcare of Ohio (Molina) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, religión, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad de origen, estado militar, información genética, ascendencia, estado de salud ni necesidad de servicios de salud.

Si cree que lo(a) discriminaron, puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo(a).

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
(866) 606-3889 o TTY: 711

También puede enviar su queja por correo electrónico a Civil.Rights@MolinaHealthcare.com. O bien envíe su queja por fax al (888) 295-4761.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en formato electrónico a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que se encuentra disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

O puede presentar una queja por correo o teléfono por los siguientes medios:
U.S. Department of Health and Human Services.
200 Independence Avenue SW, Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-868-1019 o TTY 800-537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

También puede presentar una apelación o una queja directamente a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) por correo electrónico a (ODM_EEO_EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov), por fax (614-644-1434) o por correo postal a:

The Ohio Department of Medicaid, Office of Human Resources, Employee Relations
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709

You may obtain this information in different languages, free of charge. Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats, are available to you. Call (800) 642-4168 (TTY: 711).

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-642-4168 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-642-4168 (TTY: 711).

注意：如果您說國語，您可以獲得免費的語言協助服務。請撥打 1-800-642-4168（電傳打字機 (TTY)：711）。

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-800-642-4168 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-642-4168 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

BYITONDERE: Niba uvuga i Kinyarwanda, serivisi y'ubufasha mu ndimi, ku buntu, urayihabwa. Hamagara 1-800-642-4168 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-642-4168 (телетайп: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-642-4168 (TTY : 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-642-4168 (TTY: 711).

温馨提示：如果您使用中文，可以免费获得语言支持服务。请致电 1-800-642-4168（TTY 用户请拨打：711）。

توجه: اگر به زبان دری صحبت می کنید، برای شما خدمات کمک لسان طور رایگان موجود است. به 1-800-642-4168 (TTY: 711) زنگ بزنید.

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-642-4168 (መስማት ለተሳናቸው: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-642-4168 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-642-4168 (телетайп: 711).

FIIRO GAAR AH: Hadii aad ku hadasho Ingiriisiga, adeega kaalmada luuqada, oo bilaa lacag ah, ayaa kuu diyaar ah. 1-800-642-4168 (TTY: 711).

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-642-4168 (टिटिवाइ: 711) ।

Tabla de Contenidos (Lista de Información que Aparece en este Manual)

En este Manual del Miembro de Molina Healthcare, encontrará información útil sobre los siguientes temas:

Avisos Importantes para los Miembros. 3

Cómo Obtener esta Información en Otros Idiomas y Formatos. 3

Aviso de No Discriminación 3

Tabla de Contenidos (Lista de Información que Aparece en este Manual) 5

Bienvenido a Molina Healthcare. 9

Atención Médica Administrada por Medicaid. 9

Cómo Utilizar este Manual 9

Dónde Obtener los Servicios Cubiertos 9

Directorio de Proveedores 10

Tarjetas de Identificación (ID) 10

Información para Miembros Nuevos. 12

Si ya Cuenta con Servicios de Salud Aprobados o Programados. 12

Autorización para Servicios y Suministros de Salud (Autorización Previa). 12

Escoger a un Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) 13

Programar su Primera Consulta 13

Cambiar su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP). 13

Si Necesita Consultar a un Doctor Fuera de la Red. 14

Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de Molina Healthcare 14

Limitaciones de Frecuencia 14

Segundas opiniones 14

Servicios Cubiertos por Molina Healthcare 15

Servicios Cubiertos a Simple Vista. 15

Lista de Servicios Cubiertos. 17

Sus Beneficios Adicionales 28

Servicios de Transporte 28

Servicios de Manejo de Cuidados. 30

Servicios de Salud Conductual. 31

Servicios de Emergencia de Salud Conductual 32
OhioRISE 33
HealthChek 34
Atención en el Embarazo y al Bebé Recién Nacido 35
Telesalud 36
Cuidados de urgencia virtuales con Teladoc 36
Pruebas y Vacunas contra el COVID-19 37
Remisiones y Cuidado Especializado 37
Servicios de Emergencia 38
Atención Posterior a la Estabilización 39
Atención Médica fuera del Horario Regular y Cuidados de Urgencia 40
Servicios Hospitalarios 40
Servicios Médicos o Quirúrgicos 40
Programa para Dejar de Fumar 40
Beneficios de Farmacia Cubiertos por Molina Healthcare 41
Medicamentos Recetados 41
Programa de Servicios Coordinados 41
Servicios No Cubiertos por Molina Healthcare 43
Servicios y Suministros No Cubiertos por Medicaid 43
Servicios No Cubiertos por Molina Healthcare, a menos que sea Médicamente Necesario 43
Cómo Comunicarse con Molina Healthcare 44
Departamento de Servicios para Miembros 44
Cierres del Departamento de Servicios para Miembros en Días Festivos 44
Servicios de Intérprete 45
Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas 45
¡Comparta su Opinión con Nosotros! 45
Tipos de Atención y Cuán Pronto Recibirá Atención 46
Sus Derechos y Responsabilidades como Miembro 48
Sus Derechos de Membresía 48
Responsabilidades del Miembro 50

Privacidad del Miembro . . . 51
Fraude, Malgasto y Abuso . . . 51
Directivas anticipadas . . . 52
Apelaciones y Quejas . . . 57
Presentar una Queja o una Apelación . . . 57
Apelaciones . . . 57
Quejas . . . 58
Audiencias estatales . . . 59
Políticas para una Membresía de Medicaid . . . 60
Recuperación del Patrimonio . . . 60
Lesión o Enfermedad Accidental (Subrogación) . . . 60
Otro Seguro Médico (Coordinación de Beneficios, COB) . . . 60
Aviso de Pérdida de Seguro . . . 60
Renovación de Medicaid y Pérdida de Elegibilidad de Medicaid . . . 60
Renovación Automática de la Membresía de Molina Healthcare . . . 60
Cómo Finalizar su Membresía de Molina Healthcare . . . 60
Cómo Paga Molina Healthcare a los Proveedores por su Atención . . . 64
Pagos y Facturación . . . 64
Glosario (Definiciones) . . . 65
Formulario de Queja y Apelación . . . 70
Apéndice A: Manual de Beneficios de Farmacia de Gainwell . . . 72
Administrador de Beneficios de Farmacia Único (SPBM) . . . 72
1 Contenido del Manual del Miembro . . . 72
1.1 Identidad Corporativa . . . 72
1.2 Servicios Disponibles . . . 72
1.2.1 Lista de Medicamentos Preferidos . . . 72
1.2.2 Autorizaciones Previas . . . 73
1.2.3 Estrategias de Administración de Utilización de Farmacia . . . 73
1.2.4 Servicios Excluidos . . . 74
1.2.5 Servicios Adicionales . . . 74

1.3 Solicitud de Apelaciones, Quejas o Audiencias Estatales 75
1.4 Recomendaciones de Cambio 77
1.5 Acceso a Farmacias 77
1.6 Medicamentos de Emergencia para Pacientes Ambulatorios 77
1.7 Declaración de No Discriminación 78
1.8 Declaración de la Red de Proveedores 78
1.9 Red de Proveedores de Farmacias. 78

Molina Healthcare publica en línea la copia más reciente de su Manual del Miembro. Visite MolinaHealthcare.com/OHMedicaidHandbook para obtener este Manual y otros materiales importantes para miembros.

ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos. Llame al número de teléfono gratuito (800) 642-4168, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m. Las personas con impedimentos auditivos deben llamar al TTY (800) 750-0750 o 711. Esta llamada es gratuita.

Bienvenido a Molina Healthcare

Atención Médica Administrada por Medicaid

Bienvenido(a) a Molina Healthcare. Ahora es miembro de un plan de atención médica, también conocido como organización de atención médica administrada (Managed Care Organization, MCO). Molina Healthcare proporciona servicios de atención médica a los residentes de Ohio que son elegibles, lo que incluye a personas con bajos ingresos, personas que están embarazadas, bebés y niños, adultos mayores y personas con discapacidades.

Molina Healthcare no puede discriminar por edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, raza, color, religión, nacionalidad, estado militar, condición de veterano de guerra, ascendencia, discapacidad, información genética, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

Cómo Utilizar este Manual

Este Manual es para miembros del plan Medicaid de Molina Healthcare.

En este Manual del Miembro encontrará la siguiente información:

- Acerca de su plan de salud de Medicaid.
- Acerca de los servicios y suministros de Medicaid cubiertos por Molina.
- Acerca de beneficios adicionales cubiertos por Molina.
- Cómo obtener los servicios que necesita, incluidos los servicios para necesidades especiales de atención médica.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Sus derechos y responsabilidades como miembro.

La versión más actualizada del Manual del Miembro está disponible en MolinaHealthcare.com/OHMedicaidHandbook.

Dónde Obtener los Servicios Cubiertos

Es importante que recuerde que debe recibir servicios que Molina Healthcare cubra en los centros y proveedores que pertenezcan a la red de Molina Healthcare. Los proveedores de la red de Molina Healthcare acuerdan trabajar con su plan de salud para proporcionarle la atención necesaria.

Solo puede utilizar proveedores que no están en la red de Molina Healthcare en los siguientes casos:

- Servicios de emergencia.
- Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC)/Clínica de salud rural (Rural Health Clinics, RHC).
- Proveedores cualificados en planificación familiar.
- Un proveedor fuera de la red que Molina Healthcare aprobó que usted viera.

Directorio de Proveedores

El Directorio de Proveedores enumera todos los proveedores de la red y otros proveedores fuera de la red que puede utilizar para recibir servicios.

Existen tres maneras de ver el Directorio de Proveedores:

1. *Inicie sesión en Mi Molina.*
   Visite MyMolina.com o descargue la aplicación móvil My Molina Mobile para encontrar un proveedor con nuestra herramienta de búsqueda en línea. Si no tiene un nombre de usuario en Mi Molina, primero debe registrarse.
2. *Solicite una copia impresa del Directorio de Proveedores.*
   Puede solicitar un Directorio de Proveedores impreso llamando al Departamento de Servicios para Miembros, o devolviendo la tarjeta postal que recibió con sus nuevos materiales de miembro, entre los que se incluye su identificación de miembro (ID).
3. *Consulte el Directorio de Proveedores en línea.*
   También puede visitar nuestro sitio web en MolinaProviderDirectory.com/OH para ver información actualizada de la red de proveedores o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 642-4168 (TTY: [800] 750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m. para solicitar ayuda.

Tarjetas de Identificación (ID)

Debería haber recibido una tarjeta de identificación de membresía de Molina Healthcare. Cada miembro de su familia que se haya unido a Molina Healthcare recibirá su propia tarjeta. Cada tarjeta es válida mientras la persona sea miembro de Molina Healthcare.

Es posible que haya recibido una tarjeta de Medicaid mensualmente antes de inscribirse en Molina Healthcare como su plan de Medicaid. La tarjeta de identificación del miembro de Molina Healthcare que le enviamos reemplaza su tarjeta mensual de Medicaid. No recibirá una nueva tarjeta cada mes.

Lleve su tarjeta de identificación con usted en todo momento. Si no recibió una tarjeta de identificación por correo, visite MyMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Mantenga Siempre su(s) Tarjeta(s) de Identificación con Usted
Necesitará su tarjeta de identificación cada vez que reciba servicios médicos. Esto significa que necesitará su tarjeta de identificación de Molina Healthcare para lo siguiente:

- Visitar a su proveedor de cuidados primarios (PCP).
- Visitar a un especialista u otro proveedor.
- Ir a una sala de emergencias.
- Ir a un centro de cuidados de urgencia.
- Ir a un hospital por cualquier razón.
- Obtener suministros médicos.
- Obtener una receta médica.
- Realizarse exámenes médicos.
- Programar el servicio de transporte.

Si perdió su tarjeta de identificación, regístrese en MyMolina.com hoy mismo. Puede solicitar una nueva tarjeta de identificación y actualizar su información. Incluso puede imprimir una tarjeta de identificación provisional para utilizarla mientras le enviamos una nueva. O llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite ayuda para obtener una nueva tarjeta de identificación.

Consulte su tarjeta de identificación para conocer el nombre de su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP). Si el nombre que figura en la tarjeta no es el de su PCP actual, podemos enviarle una tarjeta de identificación actualizada. Puede actualizar esta información en MyMolina.com o llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Si está embarazada, debe comunicárselo a Molina Healthcare. También debe llamar cuando nazca su bebé para que le enviemos una nueva tarjeta de identificación para el bebé.

O llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare lo antes posible al (800) 642-4168 (TTY para personas con impedimentos auditivos al [800] 750-0750 o 711) si se enfrenta a alguno de estos escenarios:

- Todavía no ha recibido su(s) tarjeta(s).
- Cualquier información de la(s) tarjeta(s) es incorrecta.
- Pierde su(s) tarjeta(s).
- Tiene un bebé.

Información para Miembros Nuevos

Si ya Cuenta con Servicios de Salud Aprobados o Programados

Si ya cuenta con servicios de atención médica aprobados o programados, es importante que llame al Departamento de Servicios para Miembros de inmediato. En ciertas situaciones y durante un periodo específico después de inscribirse, es posible que se le permita recibir atención de un proveedor que no pertenezca al panel de proveedores de Molina Healthcare. proveedor que se encuentra fuera de la red.

Debe llamar a Molina Healthcare antes de recibir la atención. Si no nos llama, es posible que no pueda recibir la atención o que no se pague el reclamo.

Por ejemplo, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros si ya tiene los siguientes servicios aprobados o programados:

- Trasplante de órganos, médula ósea o células madre hematopoyéticas.
- Cuidado prenatal (embarazo) durante el tercer trimestre, incluido el parto.
- Cirugía para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- Cita con un proveedor de cuidados primarios o especialista.
- Quimioterapia o radioterapia.
- Tratamiento tras el alta hospitalaria en los últimos 30 días.
- Servicios dentales o para la vista no rutinarios (por ejemplo, aparatos de ortodoncia o cirugía).
- Equipo médico.
- Servicios que usted recibe en el hogar, incluidas atención médica domiciliaria, terapias y enfermería.

Autorización de Servicios y Suministros de Salud (Autorización Previa)

Su proveedor debe solicitarle a Molina Healthcare que apruebe algunos tratamientos y servicios antes de que usted pueda obtenerlos. Esto se denomina “autorización previa (prior approval, PA)”. A veces también se le denomina “aprobación previa”.

La mayoría de los servicios están disponibles para usted sin PA. Sin embargo, algunos servicios sí la requieren.

Si el servicio requiere PA, el personal médico de Molina Healthcare y su doctor revisan la necesidad médica de su atención antes de brindar el servicio. Se asegurarán de que sea el tipo de atención adecuado para su afección de salud.

Para conocer la lista de servicios cubiertos que requieren y que no requieren PA, consulte la tabla con la Lista de Servicios Cubiertos que aparece en este Manual del Miembro. También puede visitar MolinaHealthcare.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Cuando nuestro plan haga cambios en la lista de servicios que requieren PA, publicaremos una actualización en línea, en www.MolinaHealthcare.com/OHMedicaidPA.

Escoger a un Proveedor de Cuidados Primarios (PCP)

Su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) es un doctor que lo(a) conoce bien y se ocupa de sus necesidades médicas. Su PCP es un proveedor individual, un grupo de proveedores, un(a) enfermero(a) de práctica avanzada, o un grupo de enfermeros de práctica avanzada con formación en tocoginecología (OB/GYN), medicina de familia (medicina general), medicina interna o pediatría.

Su PCP trabajará con usted para hacerse cargo de su atención médica. Su PCP se encargará de sus chequeos médicos y vacunas, y lo tratará para la mayoría de sus necesidades de atención médica rutinaria. Si es necesario, su PCP lo(a) derivará a otros proveedores, especialistas o lo(a) ingresará en el hospital.

Puede comunicarse con su PCP llamando al consultorio del PCP. El nombre y el número telefónico de su PCP están impresos en su tarjeta de identificación de Molina Healthcare.

Es importante contar con un doctor que lo(a) haga sentir cómodo(a). Puede escoger uno para usted y otro para los demás miembros de su familia, o bien uno que los atienda a todos.

Debe elegir un proveedor de cuidados primarios (PCP) del Directorio de Proveedores de Molina Healthcare.

Para comenzar, visite MolinaProviderDirectory.com/OH. En el Directorio de Proveedores, se enumeran los nombres, las direcciones, los números de teléfono, las calificaciones profesionales y las especialidades de los proveedores de la red, así como las facultades de medicina a las que asistieron, dónde hicieron sus residencias y sus certificaciones del Consejo Médico.

Si no elige un doctor, Molina elegirá uno por usted. Elegiremos un doctor según su dirección, su idioma de preferencia y los doctores con los que su familia se haya atendido en el pasado.

Programar su Primera Consulta

Llame de inmediato para programar una consulta con su doctor. Él o ella puede ayudarlo(a) a aprender más sobre su salud.

Su doctor hará lo siguiente:

- Atenderá la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina.
- Revisará sus pruebas y resultados.
- Le recetará medicamentos.
- Lo derivará a otros doctores (especialistas).
- Lo hospitalizará, si es necesario.

Cambiar su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP)

Si desea cambiar su PCP, primero debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar el cambio. O puede iniciar sesión en la aplicación móvil My Molina o en MyMolina.com para cambiar su PCP. Puede encontrar un PCP usando nuestro Directorio de Proveedores en línea en cualquier momento. Si necesita cambiar su PCP, puede hacerlo una vez por mes.

Molina Healthcare le enviará una nueva tarjeta de identificación para informarle que se le asignó otro PCP y la fecha en la que puede comenzar a atenderlo(a).

Para ver los nombres de los PCP en Molina Healthcare, puede revisar en su Directorio de Proveedores si solicitó una copia impresa, en nuestro sitio web MolinaProviderDirectory.com/OH, o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare al (800) 642-4168 (TTY para las personas con impedimentos auditivos: [800] 750-0750 o 711) para obtener ayuda.

Si Necesita Consultar a un Doctor Fuera de la Red

Debe consultar un proveedor que sea parte de la red de Molina Healthcare. Debe estar dentro del área de servicio de Molina Healthcare y ver a un doctor que forme parte de la red de Molina Healthcare para obtener servicios.

Los proveedores que no están dentro de la red de Molina Healthcare se denominan proveedores "fuera de la red". Deberá obtener una autorización para obtener servicios de un proveedor fuera de la red. Llame a su PCP para obtener una autorización. Si no recibe la autorización, usted tendrá que pagar por estos servicios.

Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de Molina Healthcare.

El área de servicio de Molina Healthcare cubre todos los condados de Ohio. Si está lejos del área de servicio de Molina Healthcare y necesita atención de emergencia, acuda al departamento de emergencias más cercano. Puede ir a cualquier centro donde se brinden servicios de emergencia para recibir atención de emergencia. Si usted está fuera del área de servicios de Molina Healthcare y necesita atención médica que no es de emergencia, su proveedor deberá comunicarse primero con Molina Healthcare para recibir la autorización antes de brindar ningún servicio.

Limitaciones de Frecuencia

Su organización de atención médica administrada revisará todas las solicitudes de servicios de su proveedor. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio tiene cobertura, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 642-4168 (TTY [800] 750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8 p. m.

Segundas opiniones

Si no está de acuerdo con el plan de atención médica que su proveedor tiene para usted, tiene derecho a una segunda opinión de otro proveedor. Si el proveedor con el que habla es un proveedor fuera de la red, se requiere una autorización previa. Este servicio se ofrece sin costo. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber cómo obtener una segunda opinión.

Servicios Cubiertos por Molina Healthcare

Como miembro de Molina Healthcare, recibirá todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid sin costo. “Médicamente necesario” significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica.

En la siguiente lista se indica qué servicios necesitan autorización previa (PA) y cuáles no. No todos los servicios que necesitan autorización previa están incluidos en la lista. La autorización previa se explica en la sección Información para Miembros Nuevos de este Manual del Miembro.

Para obtener más información, o si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Servicios Cubiertos a Simple Vista

A continuación, se presenta una lista de los servicios y suministros cubiertos por Molina Healthcare.

Los servicios y suministros se enumeran alfabéticamente (de la A a la Z). Para obtener información más detallada sobre los servicios cubiertos, consulte la Lista de Servicios Cubiertos en las siguientes páginas.

Siglas
Puede utilizar estos símbolos para saber si un servicio puede necesitar autorización previa o si puede haber limitaciones para el servicio.

* - Puede que se requiera autorización previa (Prior Authorization, PA).
¥ - El servicio puede estar limitado a una determinada cantidad de consultas o a ciertos miembros.

- Acupuntura: para tratar ciertas afecciones.* ¥
- Servicios de alergias.*
- Servicios de ambulancia y furgoneta para silla de ruedas.*
- Servicios para los Trastornos del Espectro Autista.*
- Servicios de salud conductual (incluido el tratamiento para los trastornos de salud mental o por abuso de sustancias).*
- Servicios de enfermeras parteras certificadas.
- Servicios de personal de enfermería especializado certificado.
- Servicios de quimioterapia.*
- Servicios quiroprácticos (espalda).* ¥
- Servicios dentales.*
- Servicios de terapia para el desarrollo de niños de hasta seis años.* ¥
- Servicios de diagnóstico (radiografías y análisis de laboratorio).*
- Equipo médico de uso prolongado (Durable Medical Equipment, DME).*
- Servicios de emergencia.

- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Centros de Salud Calificados a Nivel Federal o Clínicas de Salud Rurales.
- Servicios de un centro de maternidad independiente en un centro de maternidad independiente.
- Servicios ginecológicos (OB/GYN).*
- Servicios médicos domiciliarios.*
- Cuidado paliativo (cuidado de enfermos en fase terminal, p. ej., pacientes con cáncer).*
- Servicios de hospitalización.*
- Servicios de terapia de nutrición médica (Medical Nutrition Therapy, MNT).*
- Servicios de centros de enfermería.*
- Atención de maternidad: prenatal y posparto, incluidos los servicios de embarazo de riesgo.
- Servicios del programa OhioRISE.¥
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.*
- Servicios farmacéuticos (en beneficio médico).
- Fisioterapia y terapia ocupacional.¥
- Examen físico necesario para el empleo o para la participación en programas de capacitación laboral, si el el examen no se proporciona de forma gratuita por otra fuente.
- Servicios de médico.*
- Servicios de podología (pies).*
- Exámenes preventivos de mamografía (mamas) y de detección del cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicoláu).
- Servicios del proveedor de cuidados primarios.
- Servicios de diálisis renal (enfermedad renal).
- Servicios de relevo.* ¥
- Examen preventivo y asesoramiento para la obesidad.¥
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V).* ¥
- Vacunas (inmunizaciones).
- Servicios de especialistas.*
- Servicios del habla y la audición, incluidos los aparatos auditivos.* ¥
- Servicios de telemedicina.¥
- Servicios para dejar de fumar, incluido el asesoramiento para dejar de fumar y medicamentos aprobados por la FDA para dejar de consumir tabaco.
- Transporte.
- Servicios para la vista (ópticos), incluidos los anteojos.
- Exámenes preventivos para niños (HealthChek), menores de 21 años.
- Exámenes preventivos para adultos cada año.

Lista de Servicios Cubiertos

A continuación, se presenta la lista completa de los servicios y suministros cubiertos por Molina Healthcare.

Servicios Cubiertos.	
Servicios cubiertos por nuestro plan	**Limitaciones y excepciones**
Acupuntura: para tratar ciertas afecciones.	La cobertura de acupuntura se limita al tratamiento de lo siguiente: • Dolor lumbar. • Migrañas. • Dolor cervical (cuello). • Osteoartritis de cadera. • Osteoartritis de rodilla. • Náuseas o vómitos relacionados con embarazo o quimioterapia. • Dolor agudo después de una cirugía. No se requiere PA para las primeras 30 consultas en un año calendario. Se requiere PA para 31 o más consultas en un año calendario.
Servicios de alergias	Es posible que se requiera una PA para algunos servicios de alergias.
Servicios de ambulancia y transporte en furgoneta para silla de ruedas	No se requiere PA para el transporte de emergencia. Es posible que se requiera PA para algunos transportes que no sean de emergencia.
Servicios del Trastorno del Espectro Autista	Es posible que se requiera PA para los servicios solicitados que superen los límites del plan estatal de Medicaid. Los servicios están cubiertos según lo establecido en la Sección 1396d(a), Título 42 del U.S.C. y ORC 1751.84 para miembros con diagnóstico primario de Trastorno del Espectro Autista.

Servicios de salud conductual (incluido el tratamiento para los trastornos por abuso de sustancias o de salud mental) • Evaluación • Intervención de crisis. • Asesoramiento y psicoterapia. • Gestión de medicamentos para psiquiatría. • Tratamiento con asistencia de medicamentos para la adicción. • Administración de metadona. • Servicios de Salud Conductual del Departamento de Emergencias. médicos para las mujeres • Evaluación de Necesidades y Fortalezas de Niños y adolescentes (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS). • Servicios de estabilización de respuesta móvil (Mobile Response Stabilization Services, MRSS). OhioRISE es un programa especializado de atención médica administrada para jóvenes con necesidades complejas de salud conductual. Consulte más información en "Servicios del programa OhioRISE" en este gráfico.	No se requiere PA para empezar a recibir servicios con un proveedor de la red. Se requiere PA para servicios intensivos como hospitalización parcial o tratamiento residencial para los trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con su proveedor o con Molina Healthcare para obtener más información. Puede llamar a la Línea de Crisis de Salud Conductual las 24 horas si necesita ayuda de inmediato o si no sabe lo que debe hacer ante un problema de salud mental. Llame al (888) 275-8750 (TTY: 711) en cualquier momento.
Servicios de enfermeras parteras certificadas	No se requiere PA.
Servicios de personal de enfermería especializado certificado	No se requiere PA.
Servicios de quimioterapia	Se requiere PA.

Servicios quiroprácticos (espalda) • Radiografías de diagnóstico. • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. • Consultas médicas.	Para los miembros menores de 20 años, no se requiere PA en las primeras 30 consultas de un año calendario. Después de 30 consultas, se requiere PA. Para los miembros mayores de 21 años, no se requiere PA en las primeras 15 consultas de un año calendario. Después de 15 consultas, se requiere PA. Las consultas médicas están cubiertas cuando las realiza un quiropráctico. Molina cubre cuatro consultas médicas por año calendario. Tenga en cuenta que el límite de cuatro consultas médicas se cuenta de forma independiente de los límites enumerados anteriormente para los ajustes de la columna vertebral.
Servicios dentales • Limpieza y examen rutinarios una vez cada seis meses para todas las edades. • Servicios dentales adicionales, incluidos empastes, coronas, cirugía oral, radiografías y endodoncia. • Extracción de las muelas del juicio retenidas y reimplantación dental de emergencia para adultos vulnerables • Dentaduras postizas, placas parciales y aparatos de ortodoncia.	No se requiere PA para los servicios de rutina. Se requiere PA para los servicios dentales que no sean atención médica rutinaria. Para miembros con enfermedad periodontal, que ya han recibido servicios de raspado y pulido radicular: Usted puede ser elegible para recibir servicios periodontales adicionales. Puede recibir hasta dos servicios de mantenimiento periodontal cada 12 meses. Puede recibir estos servicios hasta 24 meses después de recibir los servicios iniciales periodontales de raspado y alisado radicular. Las mujeres embarazadas son elegibles para una limpieza adicional hasta tres meses después de su fecha de parto. Esto significa que son elegibles para un total de tres limpiezas en un plazo de 365 días desde el inicio del embarazo.
Servicios de terapia para el desarrollo de niños de hasta seis años	En un entorno ambulatorio, puede tener 30 consultas en cada periodo de 12 meses sin PA. Se requiere PA después de 30 consultas en un periodo de 12 meses.

Servicios de diagnóstico (radiografías y análisis de laboratorio)	Se requiere PA para los servicios de diagnóstico seleccionados (incluidas tomografía computarizada [Computed Tomography, CT], resonancia magnética [Magnetic Resonance Imaging, MRI], angiografía por resonancia magnética [Magnetic Resonance Angiogram, MRA], tomografía por emisión de positrones [Positron Emission Tomography, PET] y tomografía computarizada por emisión de fotón único [Single-Photon Emission Computed Tomography, SPECT]). No se requiere PA para las ecografías.
Equipo médico duradero (DME) Los equipos que necesita para ciertas afecciones médicas tienen cobertura, tal como es el caso de los siguientes: • Sacaleches. • Bolsas de almacenamiento de leche materna. • Equipo para medir la presión arterial. • Sillas de ruedas. • Equipo de oxígeno. • Bastones, muletas y andadores.	Se requiere PA para algunos elementos de DME. El plan cubre un sacaleches manual. cada 2 años. El plan cubre un sacaleches eléctrico. cada 2 años. No se requiere PA para las bolsas de almacenamiento de leche.
Servicios de emergencia Una emergencia es un problema médico que usted considera que es tan grave que debe ser tratado de inmediato por un doctor. Los servicios de emergencia siempre están cubiertos. Para obtener más información, consulte la página 34.	No se requiere PA.

Servicios y suministros de planificación familiar • Examen y tratamiento médico. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico. • Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, DIU, inyecciones e implantes). • Suministros (condón, espuma, lámina, diafragma y capuchón). • Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. (Sexually Transmitted Infections, STI).	No se requiere PA.
Centros de Salud Calificados a Nivel Federal o Clínicas de Salud Rurales • Consultas médicas de atención médica primaria y servicios de especialistas. • Servicios de fisioterapia. • Patología del habla y servicios de audiología. • Servicios dentales. • Servicios de podología. • Servicios para la vista. • Servicios quiroprácticos. • Servicios de transporte. • Servicios de salud mental.	No se requiere PA.
Servicios de un centro de maternidad independiente en un centro de maternidad independiente Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si hay algún centro aprobado en su área.	No se requiere PA.
Servicios ginecológicos (OB/GYN) • Exploración pélvica y prueba de Papanicoláu.	No se requiere PA para los servicios médicos preventivos. Es posible que se requiera una PA para otros servicios.
Servicios médicos domiciliarios. • Auxiliar de atención médica domiciliaria o servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios privados de enfermería. • Terapia de infusiones en el hogar. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	Se requiere PA después de la consulta inicial más las primeras seis consultas.

Cuidado paliativo (cuidado de enfermos en fase terminal, p. ej., pacientes con cáncer) Mientras recibe cuidado paliativo, Molina La atención médica también cubrirá lo siguiente: • Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas. • Servicios de cuidado de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. • Cuidado en un centro de enfermería.	Es posible que se requiera PA para algunos servicios de cuidado paliativo.
Servicios hospitalarios para pacientes internados • Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesario • Comidas, incluidas dietas especiales. • Atención de enfermería general y especializada. • Costos de las unidades de cuidado especializado, como la unidad de cuidados intensivos. • Fármacos y medicamentos recetados de acuerdo con nuestra Lista de Medicamentos Preferidos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. incluida la anestesia. • Fisioterapia, Terapia Ocupacional y terapia del habla. • Servicios de quirófano y sala de recuperación. • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias.	Se requiere PA para los servicios hospitalarios para pacientes internados (excepto ingresos de emergencia) y los ingresos optativos, incluidos los servicios de parto y todas las cirugías para pacientes internados. Se exige notificar a Molina Healthcare dentro de las 24 horas posteriores al ingreso o al siguiente día hábil en los casos de ingresos de emergencia.
Servicios de tratamiento médico de nutrición (Medical Nutrition Therapy, MNT)	Se requiere PA para algunos suministros médicos. Se requiere PA en un entorno de atención médica domiciliaria.

Servicios en centros de enfermería • Una habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesario • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que recibe como parte de su plan de atención. de la atención • Suministros médicos y quirúrgicos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías. • Equipo, como sillas de ruedas. Las estadías en centros de enfermería están cubiertas, a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) determine que usted regresará al plan de pago por cada servicio. Si necesita servicios de enfermería, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre los proveedores disponibles.	Se requiere PA para los servicios de centros de enfermería.
Atención de maternidad: prenatal y posparto, incluidos los servicios de embarazo de riesgo. • Cuidado prenatal. • Atención de posparto. • Manejo de cuidados del embarazo de riesgo.	No se requiere PA.
Servicios del programa OhioRISE • Coordinación de Cuidados. • Servicios de estabilización de respuesta móvil (Mobile Response Stabilization Services, MRSS). • Tratamiento Intensivo en el Hogar (Intensive Home Based Treatment, IHBT). • Relevo para la salud conductual. • Centro residencial para tratamiento psiquiátrico. (Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF) (disponible en enero de 2023).	Un miembro puede ser elegible para los servicios de OhioRISE si cumple con estos requisitos: • Ser menor de 21 años. • Cumplir con un umbral de necesidades funcionales para la atención de la salud conductual, según lo identificado por la herramienta de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS).

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios. • Cirugía ambulatoria. • Quimioterapia. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico. • Atención de salud mental. • Radiografías. • Suministros médicos, como férulas y yesos.	Se requiere PA para algunos servicios ambulatorios.
Servicios farmacéuticos (en Beneficio médico)	No se requiere PA.
Fisioterapia y terapia ocupacional	En un entorno ambulatorio, puede tener 60 consultas de cualquier servicio de terapia física y ocupacional sin PA en cada periodo de 12 meses.
Examen físico necesario para el empleo o para la participación en programas de capacitación laboral, si el examen no se proporciona gratuitamente por otra medio.	No se requiere PA.
Servicios del médico	Las consultas de rutina y de atención médica preventiva no requieren PA con un médico de atención primaria de la red. Es posible que se requiera una PA para algunos servicios.
Servicios de podología (pies) • Diagnóstico de lesiones y enfermedades del pie. • Tratamiento quirúrgico. • Atención médica de rutina de los pies.	Se requiere PA para algunos servicios de podología.
Exámenes preventivos de mamografía (mamas) y de detección del cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicoláu).	No se requiere PA.

Servicios del proveedor de cuidados primarios Su PCP le proporcionará todos los servicios de atención médica rutinaria, como los siguientes: • Exámenes preventivos cada año. • HealthChek. • Exámenes preventivos. • Inmunizaciones. • Catarro o gripe. • Dolor de garganta. • Dolor de oído. • Erupciones cutáneas. • Artralgias. • Pruebas de embarazo.	No se requiere PA.
Servicios de diálisis renal (enfermedad renal) • Tratamiento de diálisis para pacientes hospitalizados y ambulatorios. • Suministros para diálisis en el hogar.	No se requiere PA.
Los servicios de relevo están cubiertos para miembros de hasta 20 años de edad que cumplan con los siguientes requisitos: • Tener necesidades importantes de cuidados prolongados. • Tener necesidades importantes de salud conductual.	Se requiere PA para los servicios de relevo. El plan cubre hasta 100 horas de servicios de relevo por año, por miembro.
Detección y asesoramiento para la obesidad.	No se requiere PA. Se requiere la remisión de un proveedor para el examen de detección y el asesoramiento para la obesidad.
Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V)	Se requiere PA para algunos servicios.
Vacunas (inmunizaciones) • Vacunas para niños menores de 20 años. • Vacunas contra la gripe. • Vacuna contra la hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19.	No se requiere PA.

Servicios de especialistas Consultas, diagnósticos y tratamientos con un proveedor especialista	No se requiere PA para las visitas al consultorio para ver a un especialista. Se requiere PA para algunos servicios de especialistas.
Servicios del habla y la audición, incluidos los aparatos auditivos. • Pruebas de audición y del equilibrio. • Pilas y accesorios para audífonos. • Terapia del habla.	En un entorno ambulatorio y domiciliario, puede tener 30 consultas para cualquier combinación de servicios de terapia del habla y audiología sin PA por cada periodo de 12 meses. Se requiere PA luego de las 30 consultas por un periodo de 12 meses. Es posible que se requiera PA para algunos aparatos auditivos.
Servicios de telemedicina Consultas virtuales con proveedores de salud a través de su teléfono inteligente, tableta o computadora.	Consulte con su proveedor de atención médica para averiguar si ofrece servicios de telemedicina. Los miembros adultos de Molina Healthcare pueden obtener atención virtual de Teladoc. No se necesita programar una cita para obtener una consulta virtual con un doctor a través de Teladoc. Para obtener más información sobre los servicios de telemedicina y Teladoc, consulte la página 33.
Servicios para dejar de fumar, incluido el asesoramiento para dejar de fumar y los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para dejar de fumar. Llame a la línea para dejar de fumar de Ohio al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) y hable con un especialista en consumo para que le ayude a dejar de fumar.	No se requiere PA.

Transporte
Viajes de ida y vuelta para ir a los lugares en los que se prestan los servicios cubiertos sin costo. El servicio incluye lo siguiente:
• Si usted **debe** viajar más de 30 millas para consultar un proveedor de la red.
  • Beneficio adicional de 30 viajes de ida cada año natural para las citas conel doctor, el dentista, el programa WIC y las consultas de renovación de Medicaid.
  • Llame al **(866) 642-9279** dos (2) días laborables antes de su cita para programar un viaje.
 	
Consulte la página 26 para obtener más información.
	No se requiere PA.

Servicios para la vista (ópticos), incluidos los anteojos. • Un examen de la vista cada 12 meses. • Reemplazo de monturas y lentes cada 12 meses debido al desgaste normal o cuando sea médicamente necesario. • Amplia selección de monturas para elegir disponibles sin costo.	No se requiere PA. Los lentes de contacto están cubiertos, según se requiera, si son médicamente necesarios. IMPORTANTE: Si elige recibir servicios de cuidado para la vista o materiales de cuidado para la vista que no son beneficios cubiertos por este plan, el proveedor participante de cuidados de la vista puede cobrar su tarifa normal por tales servicios o materiales. Antes de suministrarle los servicios de cuidado para la vista o los materiales de cuidado de la vista que no son beneficios cubiertos, el proveedor de cuidados de la vista le proporcionará el costo estimado por cada servicio o material, si lo solicita.
Exámenes preventivos para niños (HealthChek) para menores de 21 años Chequeos médicos, inmunizaciones y otros servicios para niños de hasta 20 años de edad. Consulte la página 31 para obtener más información.	No se requiere PA.
Exámenes preventivos para adultos cada año	No se requiere PA.

Sus Beneficios Adicionales

Molina Healthcare también les ofrece servicios o beneficios adicionales a sus miembros. Consulte el anexo "Sus Beneficios Adicionales", que se incluye en su Manual del Miembro y donde se explican estos servicios adicionales.

La información de "Sus Beneficios Adicionales" está incluida en los materiales para miembros nuevos, como su tarjeta de identificación de miembro.

También puede consultar el anexo Sus Beneficios Adicionales en línea en MolinaHealthcare.com/OHMedicaidHandbook.

Molina Healthcare ofrece programas de recompensas, como Molina Rewards 4 Health, en el que se recompensa a los miembros por hacer determinadas consultas de salud a tiempo o por cumplir sus objetivos de salud.
Visite MolinaHealthcare.com/OHMedicaidMember para obtener más información.

Servicios de Transporte

Como miembro de Molina Healthcare, usted obtiene beneficios de transporte. Usted recibe 30 viajes de ida cada año calendario a citas médicamente necesarias y cubiertas.

¿Cuándo puedo utilizar este beneficio?
Puede utilizar este beneficio de transporte de ida y vuelta en los siguientes casos:

- Consultas programadas para servicios cubiertos, como consultas con un doctor, consultas con un dentista, servicios de salud conductual o consultas hospitalarias que no sean de emergencia.
- Citas del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC).
- Citas de renovación de Medicaid.
- Su farmacia local, banco de comida, supermercados o incluso servicio de recogida de comestibles.*

* Para utilizar sus viajes con el objetivo de recoger un pedido en un tienda, haga el pedido en línea en su tienda de comestibles. Seleccione la fecha y la hora de recogida. Luego llame al (866) 642-9279 (TTY: 711) para programar su viaje. Indique a la línea de programación de transporte que desea utilizar un viaje para recoger los comestibles. El conductor irá directamente a la tienda, recogerá los comestibles (solo en la zona de la acera) y los entregará a su dirección. Esto equivale a uno de sus viajes del año.

¿Cómo programo el transporte?
Llame al (866) 642-9279 (TTY 711) lo antes posible. Puede programar un viaje hasta 30 días antes de su cita. Es posible que Molina Healthcare no pueda programar el transporte para usted si no llama, al menos, 2 días laborables antes de su cita.

Cuando nos llame, su representante de transporte determinará la mejor opción para usted. Puede ver las opciones flexibles que ofrecemos en la información sobre Sus Beneficios Adicionales que se incluye con los materiales para miembros nuevos o en línea en MolinaHealthcare.com/OHMedicaidTransportation.

Si necesita ayuda de un especialista, infórmeselo al representante de transporte cuando llame. El representante de transporte hará todo lo posible para satisfacer sus necesidades.

Si necesita detenerse en la farmacia, dígale a su representante de transporte cuando programe el viaje. Puede ir a la farmacia después de la consulta con el doctor o en un viaje independiente. Si irá a la farmacia después de la consulta con el doctor, pídale a su doctor que llame a la farmacia para que su receta médica esté lista cuando llegue allí.

Si necesito un viaje hoy, ¿cómo puedo programar el transporte?
Si está enfermo(a) y necesita acudir a una consulta con su doctor o a un centro de cuidado urgente el mismo día, haremos todo lo posible para programar un viaje para usted. También haremos todos nuestros esfuerzos para programar un viaje el mismo día si usted recibe el alta hospitalaria y necesita que lo llevemos a su hogar.

Llame al (866) 642-9279 (TTY 711) lo antes posible.

¿Puedo programar el transporte con una aplicación móvil?
Puede programar y gestionar sus viajes con la aplicación móvil Access2Care. Puede descargar la aplicación buscando "A2C" en la App Store de iPhone o en Google Play para Android.

A través de la aplicación móvil, puede hacer lo siguiente:

- Establecer recordatorios de texto y alertas sobre el estado del viaje.
- Ver la ubicación del vehículo en tiempo real.
- Programar, cambiar o cancelar viajes.
- Guardar direcciones, como la de su hogar o la del consultorio del doctor.
- Llamar a su proveedor o a la línea de programación de transporte.

¿Puedo usar un viaje para acudir a las consultas al doctor de mi hijo?
Si su hijo es miembro de Molina Healthcare, puede solicitar que los lleven a las citas con su proveedor. Si programa una cita con el proveedor de su hijo, pero su hijo no podrá asistir a la cita, aun así puede obtener el viaje. Informe al representante de transporte sobre su situación cuando llame.

Si tiene que viajar con un niño que utiliza una silla infantil para el auto, debe llevar una para cada niño que la necesite. El conductor no proporcionará una silla infantil para el auto.

¿Puedo llevar a alguien conmigo en el viaje?
Sí. Puede llevar un pasajero adicional.

Si necesita llevar niños con usted, infórmeselo al representante de transporte cuando llame. El representante de transporte hará todo lo posible para satisfacer sus necesidades.

Si tiene que viajar con un niño que utiliza una silla infantil para el auto, debe llevar una para cada niño que la necesite. El conductor no proporcionará una silla infantil para el auto.

¿Puedo conseguir otros viajes además de mi beneficio adicional de 30 viajes de ida?
Si debe viajar 30 millas o más desde su hogar para recibir servicios de atención médica cubiertos, Molina Healthcare le proporcionará transporte de ida y vuelta al consultorio del proveedor. Llame al (866) 642-9279, al menos, dos días laborables antes de la cita para obtener ayuda.

Para las consultas a proveedores a menos de 30 millas, puede utilizar su beneficio de 30 viajes de ida cada año calendario.

Si depende del uso de una silla de ruedas o va a una cita para diálisis, quimioterapia o radioterapia, su viaje siempre estará cubierto. Este tipo de viaje no utiliza su beneficio adicional de 30 viajes de ida anuales.

Además de la asistencia de transporte que Molina Healthcare proporciona, usted puede recibir ayuda con el transporte para ciertos servicios a través del programa local de Transporte que No Sea de Emergencia (Non-Emergency Transportation, NET) del Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado. Llame al Departamento de Empleo y Servicios de Familia de su condado para recibir respuesta a sus inquietudes o asistencia con los servicios de NET.

¿Cómo puedo cancelar un viaje programado?
Si necesita cancelar un viaje programado, llame para informarnos, al menos, 24 horas antes de su cita.

Si no cancela 24 horas antes de un viaje programado, puede perder uno de sus 30 viajes de ida anuales. También puede perder un viaje programado si el conductor llega y usted no acude al vehículo.

Si tiene una queja con respecto a los servicios de transporte, llame al Departamento de Servicios para Miembros. El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identificación del miembro.

Servicios de Administración de Cuidados

Molina Healthcare ofrece servicios de administración de cuidados. Nuestro programa de administración de cuidados puede ayudarlo a tratar las afecciones que requieren atención médica, como las siguientes:

- Asma.
- Trastornos de la salud conductual.
- Cáncer.
- Dependencia de sustancias químicas.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD).
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva (Congestive Heart Failure, CAD).
- Discapacidades del desarrollo.
- Diabetes.
- Presión arterial alta.
- Tratamiento del dolor.
- Embarazo.

Nuestro Programa de Administración de Cuidados también puede ayudarlo(a) con lo siguiente:

- Vivienda.
- Comida.

- Servicios públicos.
- Seguridad dentro de su hogar o en los alrededores.

Si usted tiene ciertas afecciones de salud o necesita acceso a recursos sociales, Molina Healthcare puede recomendarle servicios de administración de cuidados. Usted y su proveedor también pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros si piensa que los servicios de administración de cuidados pueden ayudarlo(a).

Los profesionales que trabajan en el programa de administración de cuidados se llaman Administradores de Cuidados. Todos los Administradores de Cuidados son enfermeros(as) o trabajadores sociales. Son parte de un equipo compuesto por muchos profesionales de atención médica y personal de apoyo de diversas ramas.

Un miembro de nuestro equipo de administración de cuidados lo(a) llamará para decidir si la administración de cuidados puede ayudarlo(a) con sus necesidades médicas. Le hará preguntas para conocer más sobre su salud y su estilo de vida.

Una vez que esté inscrito(a) en el programa de administración de cuidados, un Administrador de Cuidados trabajará con usted de forma individual. Su Administrador de Cuidados se comunicará con usted por teléfono para saber sobre su estado de salud. Hablarán sobre sus prioridades de gestión de su salud y lo(a) ayudará a establecer metas para mejorar su salud. Su Administrador de Cuidados trabajará con usted en los pasos que debe seguir para alcanzar esas metas.

Un miembro de su equipo de administración de cuidados también puede reunirse con usted en persona varias veces al año. Su Administrador de Cuidados trabajará directamente con su proveedor de cuidados primarios (Primary Care Provider, PCP) y con otros proveedores para ayudar a coordinar su atención. Su Administrador de Cuidados le proporcionará información sobre los recursos locales que también pueden ayudarlo(a). También puede ayudarlo(a) a organizar el transporte a sus citas.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros. El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identificación del miembro. El Departamento de Servicios para Miembros lo comunicará con un Administrador de Cuidados.

Para obtener información acerca de los beneficios adicionales que ofrece Molina a los miembros inscritos en Manejo de Cuidados, consulte la información sobre Sus Beneficios Adicionales que se envía por correo con los materiales nuevos para miembros.

Servicios de Salud Conductual

Los servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias o de salud mental están disponibles. Entre estos servicios se incluyen los siguientes:

- Evaluación de diagnóstico y examen.
- Pruebas psicológicas.
- Psicoterapia y asesoramiento.
- Intervención de crisis.
- Servicios de Salud Mental, incluidos el Servicio Terapéutico Conductual, la Rehabilitación Psicosocial, el Tratamiento Comunitario de Apoyo Psiquiátrico, el Tratamiento Asertivo Comunitario para Adultos y el Tratamiento Intensivo a Domicilio para Niños o Adolescentes.

- Servicios de Tratamiento para el Abuso de Sustancias, incluidos Manejo de Casos, Apoyo para la Recuperación con Pares, Servicios Intensivos para Pacientes Ambulatorios, Hospitalización Parcial, Tratamiento Residencial y la Administración de Retiros.
- Tratamiento Asistido por Medicamentos para la Adicción (Medication-Assisted Treatment for Addiction, MAT).
- Servicios del Programa de Tratamiento con Opioides, que incluye la dispensación de medicamentos para personas diagnosticadas con trastorno por consumo de opioides con cualquiera de los tres medicamentos APROBADOS por la FDA: metadona, buprenorfina y naltrexona.
- Servicios médicos.
- Servicios de enfermería para la salud conductual.

¿Qué hacer si tiene algún problema?
Si necesita servicios de salud mental o tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 642-4168 (TTY para personas con impedimentos auditivos: [800] 750-0750 o 711) o consulte el Directorio de Proveedores en MolinaProviderDirectory.com/OH.

Debe consultar a un proveedor que sea parte de nuestra red de salud conductual. No necesita una remisión para ver a un doctor. Puede escoger o cambiar su proveedor de salud conductual en cualquier momento.

Si cuenta con un Administrador de Cuidados, puede ayudarlo(a) a recibir los servicios que necesite y le brindará una lista de los servicios cubiertos.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda o no está seguro de qué hacer en caso de:

- Tristeza constante que no mejora.
- Sensación de impotencia o desesperanza.
- Culpa.
- Sensación de inutilidad.
- Dificultad para dormir.
- Falta de apetito o pérdida de peso.
- Pérdida de interés.

Servicios de Emergencia de Salud Conductual

Una emergencia de salud conductual es una afección de salud mental en la que se puede producir un daño extremo al cuerpo o la muerte. Una emergencia de salud conductual puede incluir lo siguiente:

- Lesionarse por accidente o intencionalmente.
- Pensar en lastimarse a sí mismo o a otras personas.

- Comportamiento inusual que le impide seguir adelante con su vida cotidiana.

Si tiene una emergencia, acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911 de inmediato. Si acude a la sala de emergencias, avísele a su proveedor de cuidados primarios (PCP) lo antes posible.

Si tiene una emergencia de salud conductual y no puede acudir a un proveedor aprobado, haga lo que se indica a continuación:

- Acuda al hospital o al centro médico más cercano.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- Llame a su doctor y haga un seguimiento en un plazo de entre 24 y 48 horas.

OhioRISE

El programa Ohio Resilience Through Integrated Systems and Excellence (OhioRISE) es un programa de atención médica administrada para jóvenes con necesidades de salud conductual. OhioRISE tiene como objetivo ampliar el acceso a servicios en el hogar y en la comunidad para garantizar que los miembros y las familias de OhioRISE tengan las herramientas necesarias para dirigir sus interacciones con varios sistemas, como justicia juvenil, protección infantil, discapacidades del desarrollo, salud mental y adicción, educación y otros.

Una persona que esté inscrita en el programa **OhioRISE** también mantendrá su inscripción en atención médica administrada (por ejemplo, su membresía de Molina Healthcare) para el beneficio de salud física.

Requisitos de elegibilidad para OhioRISE:

- Estar inscrito en Medicaid de Ohio.
- Tener menos de 21 años.
- Cumplir con un umbral de necesidades funcionales para la atención de la salud conductual, según lo identificado por la evaluación de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS).

Servicios de OhioRISE:

Además de los servicios de salud conductual ya disponibles a través de Medicaid, OhioRISE ofrece los siguientes:

- Coordinación de Cuidados determinado por la evaluación CANS.
    - Su organización de atención médica administrada también estará incluida en el manejo de cuidados.
- Tratamiento Intensivo en el Hogar (Intensive Home Based Treatment, IHBT).
- Servicio de Estabilización y Respuesta Móvil (Mobile Response and Stabilization Service, MRSS).
- Relevo para la Salud Conductual.
- Apoyos integrales.
- Centro Residencial para Tratamiento Psiquiátrico (Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF): disponible en enero de 2023.

Para obtener más información sobre los servicios de **OhioRISE**, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio al (833) 711-0773.

HealthChek

HealthChek es el beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT) de Ohio. HealthChek cubre los exámenes médicos, las inmunizaciones (vacunas), la educación para la salud y las pruebas de laboratorio para menores de 21 años que sean miembros. Estos exámenes sirven para asegurarse de que los niños están sanos y se desarrollan física y mentalmente. Las madres deben someterse a exámenes prenatales y los niños deben someterse a exámenes al nacer, a los 3 o 5 días de edad, y a los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de edad. Luego, los niños deben someterse a, al menos, un examen por año.

HealthChek cubre los exámenes médicos, oftalmológicos, dentales, de audición, nutricionales, de desarrollo, de salud conductual y otros cuidados para tratar los problemas o afecciones físicos, conductuales o de otro tipo que se detecten en un examen. Es posible que se requiera autorización previa para algunos de los servicios de tratamiento y pruebas.

HealthChek está disponible sin costo para los miembros e incluye lo siguiente:

- Chequeos médicos preventivos para recién nacidos, bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 21 años de edad.
- Exámenes de HealthChek:
    - Exámenes médicos (exámenes preventivos físicos y de desarrollo).
    - Exámenes de la vista.
    - Exámenes bucodentales.
    - Exámenes auditivos.
    - Chequeos médicos nutricionales.
    - Exámenes del desarrollo.
    - Análisis de plomo en la sangre.
- Pruebas de laboratorio (exámenes apropiados por edad y sexo).
- Inmunizaciones.
- Cuidado de seguimiento médicamente necesario para tratar problemas de salud o problemas encontrados durante un examen preventivo. Esto puede incluir, entre otros, lo siguiente:
    - Consultas con un proveedor de atención primaria, un especialista, un dentista, un optometrista y otros proveedores de Molina Healthcare para diagnosticar y tratar problemas.
    - Atención hospitalaria ambulatoria o de pacientes hospitalizados.
    - Consultas clínicas.
    - Medicamentos recetados.
- Educación sobre la salud.

Es muy importante hacerse controles y exámenes preventivos para que sus proveedores puedan detectar cualquier problema de salud de manera temprana. De esa manera, su proveedor puede tratarlos o hacer una remisión a un especialista para recibir tratamiento, antes de que el problema empeore. *Recuerde: Es posible que para algunos servicios se requiera una remisión de su proveedor de cuidados primarios (PCP) o una autorización previa de Molina Healthcare*. Para algunos elementos o servicios de EPSDT, su proveedor podría solicitar una autorización previa para que Molina Healthcare cubra servicios que tienen límites o que no están cubiertos para miembros mayores de 20 años. Consulte desde la página 15 hasta la página 25 y averigüe para qué servicios se requiere una remisión o una autorización previa.

Como parte de HealthChek, los servicios de Administración de Cuidados están disponibles para todos los miembros menores de 21 años que tienen necesidades especiales de atención médica. Consulte las páginas 28 y 29 para obtener más información sobre los servicios de manejo de cuidados que ofrece Molina Healthcare.

Puede obtener servicios de HealthChek llamando a su PCP, o proveedor de servicios dentales, y programar una cita. Asegúrese de decir que desea programar una cita de HealthChek.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Podemos ayudarlo(a) con lo siguiente:

- Acceso a la atención médica.
- Averiguar qué servicios están cubiertos.
- Encontrar un proveedor.
- Programar el servicio de transporte.
- Comprender para qué servicios se requiere autorización previa.
- Programar una cita.

El Departamento de Servicios para Miembros también puede ayudarlo(a) a obtener una remisión para los siguientes servicios:

- Citas del Programa Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC).
- Programa Help Me Grow (Ayúdame a crecer).
- Departamento de Niños con Discapacidades Médicas (Bureau for Children with Medical Handicaps, BCMH).
- Headstart.
- Otros servicios comunitarios, como asistencia alimentaria y de calefacción.

Atención en el Embarazo y al Bebé Recién Nacido

Si cree que está embarazada, consulte a su proveedor de cuidados primarios (PCP). Si desea evitar el embarazo, consulte a su PCP sobre las opciones de planificación familiar.

Si está transitando un embarazo o tiene un bebé, haga lo siguiente:
Si está transitando un embarazo, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros e informarle a Molina. También debe llamarnos cuando nazca su bebé. Le enviaremos una tarjeta de identificación nueva para su bebé.

Si está embarazada, también debe informárselo al trabajador social del condado en el Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado, a fin de acceder a toda la información y el apoyo que necesita para llevar un embarazo sano.

Cuando confirme que está embarazada, su PCP le pedirá que vea a un obstetra ginecólogo. No necesita una remisión para ver al obstetra/ginecólogo. Puede encontrar un obstetra ginecólogo en el Directorio de Proveedores en MolinaProviderDirectory.com/OH. Si necesita asistencia, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Su bebé(a) recién nacido(a) estará cubierto(a) por su plan de Molina Medicaid hasta el final del mes en el que cumpla 1 año. Para continuar con la cobertura, debe inscribir a su nuevo bebé en Molina Healthcare. Para inscribir a su bebé en Molina Healthcare, debe llamar al trabajador social de su condado lo antes posible después del parto. Si tiene preguntas sobre cómo inscribir a su nuevo bebé en Molina Healthcare, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

¡Tarjetas de regalo de recompensa para usted y su bebé!
¡Puede ganar tarjetas de regalo de recompensas tan solo por visitar a su doctor! Consulte la información sobre Sus Beneficios Adicionales enviada por correo junto con los materiales para miembros nuevos y obtenga así más información sobre el embarazo y los beneficios para padres. Puede obtener más información en línea desde MolinaHealthcare.com/OHMedicaidPregnancyRewards.

Telemedicina

La telemedicina es la prestación directa de atención médica a través de audio o video. En lugar de acudir al consultorio del proveedor para una cita, se queda en su casa u oficina y utiliza su teléfono inteligente, tableta o computadora para ver y hablar con sus profesionales médicos y especialistas de salud conductual. El uso de los servicios de telemedicina no tiene costo, y la telemedicina elimina el estrés de necesitar servicios de transporte.

Usted puede consultar a los profesionales de salud médica y conductual a través del servicio de telemedicina acerca de muchas enfermedades y lesiones, afecciones de salud frecuentes, citas de seguimiento y exámenes preventivos, así como de la prescripción de medicamentos.

Consulte con sus proveedores a para averiguar si ofrecen servicios de telemedicina.

Cuidados de Urgencia Virtuales con Teladoc

Con Teladoc, puede hacer una llamada telefónica o chatear por video en cualquier momento y lugar. Los miembros adultos* de Molina tienen acceso 24/7 a cuidados de urgencia virtuales con Teladoc.

Consulte a los doctores de Teladoc sobre las condiciones de cuidados de urgencia, como catarros y gripes, dolor de garganta, sinusitis, erupciones cutáneas y más. Si es necesario, los doctores pueden enviar una receta médica a su farmacia local.

Obtenga atención virtual a través de Teladoc:

- En línea: Teladoc.com/Molina-OH.
- Por teléfono: 1-800-Teladoc (1-800-835-2362).
- En su teléfono inteligente: descargue la aplicación Teladoc.

**Los miembros mayores de 19 años son elegibles para los servicios de Teladoc, con la excepción de los Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica, que pasan a ser elegibles a los 21 años de edad.*

Pruebas y Vacunas contra el COVID-19

Molina Healthcare tendrá cobertura para todas las vacunas contra el COVID-19, las pruebas de detección y el tratamiento de la enfermedad cubiertos por Medicaid y sin costo para usted.

Desde Molina Healthcare pueden ayudarle a encontrar un centro de su comunidad en el que realicen pruebas de detección o administren las vacunas. También lo pueden ayudar con la programación de citas y el transporte para asistir a la cita. Comuníquese con su plan en MyMolina.com o llame a la Línea de Consejos de Enfermería de Molina Healthcare, las 24 horas del día, al
(888) 275-8750 o TTY: 711.

El Departamento de Salud de Ohio proporciona actualizaciones de la vacunación relacionadas con las fases de elegibilidad regularmente en https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/covid-19-vaccination-program.

Cómo Encontrar Lugares donde Hacerse Pruebas de Detección del COVID-19
Los centros donde se realizan las pruebas de detección del COVID-19 se pueden encontrar en línea en https://coronavirus.ohio.gov/wps/portal/gov/covid-19/dashboards/other-resources/testing-ch-centers.

Cómo Encontrar Proveedores de Vacunas contra el COVID-19
El Departamento de Salud de Ohio (Ohio Department of Health, ODH) desarrolló una herramienta de búsqueda a fin de que los residentes de Ohio la utilicen para encontrar un proveedor de vacunas. En el directorio, se puede buscar por condado y código postal; además, se muestran los proveedores que actualmente reciben suministros de vacunas contra el COVID-19. Si desea obtener información y conocer los centros de vacunación, visite https://vaccine.coronavirus.ohio.gov/ o comuníquese con el Departamento de Salud de Ohio al número de teléfono gratuito 833-427-5634.

Remisiones y Cuidado Especializado

Si necesita cuidados especializados que su PCP no puede brindarle, él o ella lo(a) enviará a un especialista. No es necesario obtener una remisión de su PCP para ver a un especialista, pero esto garantiza que todos sus proveedores conozcan sus metas y planes de atención médica.

Si no sabe cómo funcionan las remisiones, pregunte a su PCP. Si considera que un especialista no satisface sus necesidades, pídale ayuda a su PCP.

Si en la red de Molina Healthcare no se incluye un especialista que pueda brindarle la atención que necesita, lo ayudaremos a obtener atención de un especialista fuera de la red. Consulte la siguiente sección para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red.

Servicios de Emergencia

¿Qué es una emergencia?
Los servicios de emergencia corresponden a problemas médicos que deben ser tratados de inmediato por un proveedor. Cubrimos la atención para emergencias dentro y fuera del condado donde usted vive. Entre los servicios de emergencia que pudiera necesitar, se incluyen los siguientes ejemplos:

- Aborto espontáneo o embarazo con sangrado vaginal.
- Crisis epilépticas o convulsiones.
- Sangrado inusual o excesivo.
- Pérdida de la conciencia.
- Sobredosis o envenenamiento.
- Quemaduras graves.
- Fracturas.
- Dolor en el pecho.
- Dificultad para respirar.

Cómo Obtener Atención de Emergencia
Ante una emergencia, se necesita atención de inmediato. No es necesario que se comunique con Molina Healthcare antes de recibir servicios de emergencia. Ante una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias (emergency room, ER) MÁS CERCANA o a otro entorno de atención médica apropiado. Puede recibir atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. una semana.

Si no está seguro de necesitar acudir a la ER (sala de emergencias), llame a su proveedor de cuidados primarios (PCP) o a la Línea de Consejos de Enfermería de Molina Healthcare, disponible las 24 horas, al (888) 275-8750 (en español: [866] 648-3537) o a la opción TTY al (866) 735-2929. Su PCP o la Línea de Consejos de Enfermería, disponible las 24 horas, pueden hablarle sobre su problema médico y aconsejar sobre lo que debería hacer.

Recuerde, esto es lo que debe hacer si necesita servicios de emergencia:

- Diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano o a otro sitio adecuado. Dígales que usted es miembro de Molina Healthcare y muéstreles su tarjeta de identificación del miembro de Molina Healthcare. tarjeta de identificación del miembro.
- Si el proveedor que trata su emergencia cree que necesita otro tipo de atención médica para tratar el problema que causó su emergencia, el proveedor debe llamar a Molina Healthcare.
- Después de una visita a la sala de emergencias, comuníquese con su PCP para programar una cita a fin de recibir seguimiento.atención. Nunca acuda a una sala de emergencias para recibir cuidado de seguimiento.
- Si el doctor que atiende en la sala de emergencias le indica que no tiene que quedarse, pero decide quedarse de todas maneras, puede que pase lo siguiente:tenga que pagar.
- Si el personal del hospital le pide quedarse, asegúrese de que llamen a Molina Healthcare en un plazo de 24 horas.

Si no tiene una emergencia, no acuda a la sala de emergencias. Llame a su PCP. Si, transcurrido el horario de atención habitual, necesita atención que no es de emergencia, puede visitar un centro de cuidados de urgencia o una clínica de atención sin cita previa.

Puede encontrar lugares donde recibir atención urgente en el Directorio de Proveedores. Si necesita ayuda para encontrar uno, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 642-4168 (TTY [800] 750-0750 o 711). También puede visitar nuestro sitio web en MolinaProviderDirectory.com/OH.

Atención Posterior a la Estabilización

Luego de su paso por la sala de emergencias, deberá comunicarse con su doctor lo antes posible. Su doctor lo(a) ayudará a recibir cualquier cuidado de seguimiento que necesite. Estos servicios se denominan "atención posterior a la estabilización". Mantienen su condición estable. No necesita una autorización previa para recibir estos servicios. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda.

Es posible que haya recibido atención por parte de proveedores fuera de la red durante su emergencia. De ser así, intentaremos obtener proveedores de la red que se hagan cargo de su cuidado tan pronto como sea posible.

Atención Médica después de las Horas de Consulta y Cuidado Urgente

El cuidado urgente, también llamado atención que no es de emergencia, es cuando necesita atención inmediata, pero no corre peligro de daño duradero o de perder su vida. A continuación, se indican algunos ejemplos:

- Enfermedad o lesión.
- Dolor de garganta o tos.
- Gripe.
- Migraña o dolor de cabeza.
- Dolor de oído o infecciones de oído.
- Accidentes menores o caídas.

Si necesita cuidado urgente, llame a su PCP para solicitar una cita.

Es posible que haya ocasiones en que su proveedor no puede atenderlo(a) de inmediato. Quizá no haya una cita disponible o el consultorio de su proveedor puede estar cerrado. Se le llama atención médica después de las horas de consulta cuando necesita atención después del cierre del consultorio de su proveedor.

Si necesita atención médica fuera del horario regular o si su proveedor no puede programar una cita de inmediato, puede seguir algunos pasos para evitar que su lesión o enfermedad empeore.

1. Llame a su proveedor de cuidados primarios (PCP) para recibir asistencia. Si no puede obtener una cita, pregúntele a su PCP cuál es el siguiente paso. Incluso si el consultorio de su proveedor se encuentra cerrado, alguien puede responder el teléfono. También puede dejar un mensaje en cualquier momento.
2. Si usted no puede llegar a la oficina de su proveedor, Molina Healthcare ofrece otras opciones para recibir atención:
    - Puede obtener atención virtual con Teladoc. Los miembros adultos pueden obtener atención en línea o por teléfono sin costo alguno. No es necesario que agende una cita. Visite MolinaHealthcare.com/OHMedicaidVirtual para obtener más información.

- Llame a la Línea de Consejos de Enfermería de Molina Healthcare, disponible las 24 horas del día. Los(as) enfermeros(as) profesionales están siempre disponible para responder a preguntas sobre su salud. Llame a la Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas al (888) 275-8750 o (866) 648-3537 (en español). Para las personas con impedimentos auditivos, llame al TTY (866) 735-2929.

3. Diríjase a una clínica sin cita previa de la red o a uno de los centros de cuidados de urgencia de la red que figuran en el Directorio de proveedores. Después de visitar un centro de cuidado urgente, llame siempre a su PCP para programar el cuidado de seguimiento.

Servicios Hospitalarios.

Debe tener una autorización previa para obtener servicios de hospitalización, excepto en el caso de una emergencia o de servicios de cuidados de urgencia.

Si usted obtiene servicios en un hospital, o si lo ingresan en el hospital para brindarle servicios de emergencia o de atención médica urgente fuera del área de cobertura de Molina Healthcare, se cubrirá su hospitalización. Esto ocurre incluso si no tiene una autorización previa.

Servicios Médicos/Quirúrgicos

Puede encontrar los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados en la Lista de Servicios Cubiertos de la página 21. Cubrimos algunos servicios adicionales para pacientes hospitalizados en un hospital o centro de rehabilitación de la red, cuando los servicios son proporcionados general y habitualmente por hospitales o centros de rehabilitación generales de atención aguda dentro de nuestra área de servicio. Dichas maneras son las siguientes:

- Anestesia.
- Hemoderivados, sangre y su almacenamiento y administración (incluidos los servicios y suministros de un banco de sangre).
- Mastectomías (extirpación de la mama) y disecciones de ganglios linfáticos.
- Servicios sociales médicos y planificación del alta.
- Materiales radioactivos utilizados con fines terapéuticos.
- Terapia respiratoria.

Programa para Dejar de Fumar

El programa para de dejar de fumar de Molina Healthcare es para miembros que están listos para dejar de fumar. Este programa está disponible sin costo. Obtendrá lo siguiente:

- Asesoramiento personalizado.
- Materiales educativos.
- Un número de teléfono gratuito para dejar de fumar al que puede llamar en cualquier momento para obtener ayuda entre las llamadas programadas al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669).
- Ayudas apropiadas para dejar de fumar, tales como terapia de reemplazo de nicotina, basadas en lo que usted y su proveedor deciden que es adecuado para usted.

Beneficios de Farmacia Cubiertos por Molina Healthcare

Medicamentos Recetados.

Los miembros de la Organización de Atención Médica Administrada (Managed Care Organization, MCO) utilizarán Gainwell para procesar los reclamos de medicamentos recetados y deberán consultar el manual del miembro de Gainwell, en el apéndice A de este manual, para obtener ayuda.

Para comunicarse con Gainwell por sus beneficios de farmacia, llame al (833) 491-0344. El número de teléfono del Beneficio de Farmacia también aparece en su tarjeta de identificación del miembro de Molina.

Para encontrar una farmacia cerca de usted, visite el sitio web spbm.medicaid.ohio.gov.

Programa de Servicios Coordinados

Queremos asegurarnos de que obtiene servicios de salud seguros y de calidad. Ciertos medicamentos recetados son controlados porque existen muchos riesgos de seguridad. El Programa de Servicios Coordinados (Coordinated Services Program, CSP) ayuda a algunos miembros que visitan a múltiples proveedores o farmacias para que reciban ciertos medicamentos recetados.

Si está inscrito(a) en el programa, recibirá una carta de Molina Healthcare en la que se le informará sobre esta inscripción. Después de inscribirse, recibirá una nueva tarjeta de identificación del miembro por correo postal. Su tarjeta de identificación incluirá su farmacia designada y el recetador designado, si es que tiene uno. Debe surtir todos sus medicamentos recetados en su farmacia designada, excepto en situaciones de emergencia. Debe consultar a su recetador designado para ciertos medicamentos recetados. Debe hablar con su proveedor de cuidados primarios (PCP) antes de recibir cualquier servicio médico.

Puede solicitar cambiar su farmacia o recetador designados si ocurre algo de lo que se menciona a continuación con su farmacia designada: o recetador:

- Se muda.
- Cierra.
- Deja de pertenecer a nuestra red.
- Eligen no proporcionar algunos servicios.

También puede solicitar cambiar su farmacia o recetador designados en los siguientes casos:

- Si usted se muda.
- Si tiene una lesión o enfermedad que no le permite seguir el programa.
- Si se transfiere de otro plan de Medicaid a Molina Healthcare y su farmacia o recetador designados no forman parte de la red de Molina Healthcare.

Para solicitar estos cambios, llame al número de teléfono del Beneficio de Farmacia o al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare. El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identificación del miembro de Molina. También puede llamar a su administrador de cuidados de Molina. Se revisarán todas las solicitudes. Si se aprueba su

solicitud para cambiar su farmacia o su recetador designados, recibirá una nueva tarjeta de identificación del programa. Si no se aprueba su solicitud, se mantendrá su farmacia o su recetador actualmente designados.

El periodo de inscripción mínimo para el programa es de 24 meses naturales. Si lo seleccionan para el programa de Molina Healthcare, obtendrá información adicional sobre él. También obtendrá información sobre sus derechos de audiencia estatales.

En una situación de emergencia, Gainwell o Molina Healthcare deben dar aprobación para que usted acuda a una farmacia o un recetador diferente para conseguir ciertos medicamentos recetados. Algunos ejemplos de una situación de emergencia son el cierre de una farmacia debido a una emergencia climática o el cierre del consultorio del recetador durante un fin de semana. Usted o una farmacia pueden llamar a Molina Healthcare al (800) 642-4168 (TTY: 711), de 7 a. m. a 8 p. m. Para emergencias fuera de las horas de consulta, comuníquese con Gainwell al (833) 491-0344 o llame a la Línea de Consejos de Enfermería de Molina disponible las 24 horas al (888) 275-8750 o al (866) 648-3537 (en español) (TTY: [866] 735-2929).

Servicios No Cubiertos por Molina Healthcare

Servicios y Suministros No Cubiertos por Medicaid

Molina Healthcare no pagará servicios ni los suministros recibidos que no estén cubiertos por Medicaid:

- Todos los servicios o suministros que no son médicamente necesarios.
- Pruebas de paternidad.
- Servicios para encontrar la causa de muerte (autopsia) o servicios relacionados con estudios forenses.
- Servicios de suicidio asistido, definidos como servicios con el propósito de causar, o ayudar a causar, la muerte de una persona.

Molina Healthcare no pagará por los servicios recibidos fuera del territorio de Estados Unidos.

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de un servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (800) 642-4168 (TTY [800] 750-0750 o 711), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8 p. m.

Servicios No Cubiertos por Molina Healthcare, a menos que sea Médicamente Necesario

Las regulaciones de Molina Healthcare y llevar a cabo una revisión médicamente necesaria si corresponde.

Molina Healthcare no pagará los siguientes servicios que no estén cubiertos por Medicaid, **a menos que se determine que son médicamente necesarios:**

- Abortos, excepto en caso de una violación sexual denunciada, incesto o para salvar la vida de la madre.
- Servicios de biorretroalimentación.
- Servicios y procedimientos experimentales, incluidos medicamentos y equipos, no cubiertos por Medicaid y que no sigan los estándares de práctica habituales.
- Servicios de infertilidad para hombres o mujeres, incluida la reversión de la esterilización voluntaria.
- Tratamiento para pacientes hospitalizados para dejar de consumir drogas o alcohol (los servicios de desintoxicación para pacientes internados están cubiertos).
- Cirugía plástica o cosmética.
- Servicios para el tratamiento de la obesidad.
- Servicios determinados por Medicare u otro pagador externo.
- Asesoramiento sexual o matrimonial.
- Esterilización voluntaria si se trata de una persona menor de 21 años de edad o incapaz de autorizar el procedimiento legalmente.

Cómo Comunicarse con Molina Healthcare

Departamento de Servicios para Miembros

El Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare está aquí para responder las preguntas que tenga sobre su membresía de Molina Medicaid.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (800) 642-4168 (TTY [800] 750-0750 o 711), desde las 7:00 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. También puede obtener más información sobre los servicios y beneficios cubiertos de Molina Healthcare en MolinaHealthcare.com.

Los representantes del Departamento de Servicios para Miembros pueden brindarle ayuda con lo siguiente:

- Comprender sus beneficios cubiertos.
- Actualizar su información de contacto.
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación
- Programar el servicio de transporte.
- Escoger o cambiar a su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP).
- Buscar un proveedor o farmacia de la red cerca del lugar en el que usted se encuentra.
- Verificar si se necesita autorización previa para obtener un servicio o medicamento en particular.
- Buscar recursos de atención prenatal si está transitando un embarazo.
- Programar una cita con su PCP, OB/GYN u otros proveedores.
- Comenzar con las consultas preventivas prenatales o para bebés.
- Obtener información en su idioma principal.
- Presentar una queja sobre su plan, su proveedor, servicios de transporte o discriminación.

Si está embarazada o si hay un cambio en su información demográfica, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros de inmediato para informarnos.

Cierres del Departamento de Servicios para Miembros en Días Festivos

La oficina de Molina Healthcare permanecerá cerrada los siguientes días:

- Año Nuevo.
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día de los Caídos.
- Día de la Independencia.
- Día del Trabajo.
- Día de Acción de Gracias.
- El día siguiente a Acción de Gracias.
- Día de Nochebuena, abierto desde las 7 a. m. hasta el mediodía.
- Día de Navidad.
- Víspera de Año Nuevo, abierto desde las 7 a. m. hasta el mediodía.

Si un día festivo cae un sábado, se celebra el viernes anterior. Si día festivo cae un domingo, se celebra el lunes siguiente.

Servicios de Intérprete

Si necesita hablar en un idioma distinto del inglés, podemos conseguir un(a) intérprete para que hable con usted. Un(a) intérprete podrá ayudarlo(a) a lograr lo siguiente:

- Programar una cita.
- Presentar un reclamo, una queja o una apelación.
- Conocer los beneficios de su plan de salud.

Si necesita un intérprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Este servicio está disponible sin costo.

Si necesita ayuda para hablar con el proveedor en su propio idioma, llame al consultorio de su proveedor. Pueden conseguir un intérprete para que pueda comunicarse con su proveedor.

Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas

No siempre es fácil saber cómo tratar un problema de salud. Puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería de Molina Healthcare, las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Nuestro personal de enfermería lo(a) ayudará a entender y controlar su salud y bienestar.

La Línea de Consejos de Enfermería puede ayudarlo(a) con los siguientes temas:

- Autocuidado en su hogar.
- Programar una cita con su proveedor.
- Encontrar servicios de cuidados de urgencia cerca de su hogar.
- Llamar al 9-1-1 o buscar un departamento de emergencias cercano.

El personal de enfermería siempre está disponible para responder a sus preguntas sobre lo siguiente:

- Dónde acudir para obtener la atención correcta.
- Cómo buscar clínicas u hospitales de cuidados de urgencia en su área.
- Cuidado prenatal para el embarazo.
- Atención de posparto.
- La salud de su nuevo bebé o de su hijo.
- Afecciones médicas como la diabetes o enfermedades cardíacas.
- Accidentes y lesiones.
- Medicamentos que le recetó su proveedor.

Puede llamar para hacer preguntas en cualquier momento, de día o de noche:
Inglés: (888) 275-8750.
Español: (866) 648-3537
TTY: 711

¡Comparta su Opinión con Nosotros!

Molina Healthcare hace todo lo posible para brindarles a usted y a su familia la mejor atención. Llevamos a cabo diversos estudios en el año para encontrar formas de mejorar. Tomamos medidas para ofrecerle una atención de mayor calidad y un mejor servicio. Este proceso se denomina “mejoramiento de la calidad”.

Si recibe una encuesta por correo en la que se le solicitan comentarios sobre su plan de salud y sus proveedores, asegúrese de completarla. Sus respuestas nos ayudarán a brindarle un mejor servicio. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros en cualquier momento si tiene sugerencias para nosotros.

Tipos de Atención y Cuán Pronto Recibirla

En la siguiente tabla se describen los diferentes tipos de atención que podría necesitar. También se explica cómo obtener cada tipo de atención y cuánto tiempo podría esperar para recibirla.

Guía para las Citas.

Tipo de Cuidado Necesario	A Dónde Dirigirse y a Quién Llamar	Cuánto Tiempo Podría Esperar para Recibir Atención
Emergencias Son problemas médicos que usted considera que son tan graves que un doctor los debe tratar de inmediato. Para obtener más información, vaya a la página 34.	**Llame al 911** o acuda al departamento de emergencias más cercano. El sistema telefónico de emergencia local es el 911 y está disponible 24 hours a day, 7 days a week. **Centro de Control de Envenenamiento (800) 222-1222**	Debe recibir atención de emergencia **de inmediato.**
Cuidado Urgente y Atención que no sea de emergencia Hace referencia a cuando necesita atención de inmediato, pero no está en peligro de sufrir un daño perdurable ni perder la vida. Para obtener más información, vaya a la página 36.	Llame a su PCP para solicitar una cita. También puede visitar un centro de cuidado urgente o una clínica de salud sin cita previa de la red, como MinuteClinic® dentro de algunas sucursales de CVS Pharmacy®. Los adultos pueden obtener atención virtual de Teladoc por teléfono, por videollamada o mediante la aplicación móvil. Consulte la página 33 para obtener más información. Consulte el Directorio de Proveedores o llame al Departamento de Servicios para Miembros para encontrar un centro de cuidado urgente o una clínica de salud sin cita previa de la red cerca de usted.	Si va a un centro de cuidado urgente, debe recibir atención **lo antes posible**. Cuando recibe atención, la rapidez puede depender de los doctores disponibles y de la gravedad de su afección. Para atención que no sea de emergencia de su PCP u otro proveedor, debe recibir atención **antes de que finalice el siguiente día laboral.** Para la atención virtual con Teladoc, debe recibir atención en un plazo de 10 minutos.

Atención médica de rutina, como un examen físico, una consulta preventiva o inmunizaciones.	Llame a su PCP para solicitar una cita.	Debe recibir atención en menos de **4 semanas.**
Planificación familiar y servicios médicos para las mujeres - Evaluaciones preventivas. Cuidado prenatal. - Atención de posparto. Métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, IUD [DIU], inyecciones e implantes anticonceptivos). - Suministros (condón, espuma, lámina, diafragma y capuchón). - Tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS).	No necesita una remisión para recibir servicios médicos para la mujer o de planificación familiar. Puede visitar directamente a su PCP, a un obstetra ginecólogo que aparezca en el Directorio de Proveedores, a una enfermera partera certificada o a un proveedor cualificado en planificación familiar.	Si está transitando un embarazo o cree que podría ser así, debe tener su primera consulta en un plazo de **dos semanas**. Recibirá atención médica de rutina por embarazo en un plazo de **6 semanas**. Debe recibir atención de otros servicios de planificación familiar dentro de las **8 semanas**.
Citas con **especialistas** Para obtener más información, vaya a la página 34.	Piense en consultar primero a su PCP. Aunque no es obligatorio, su PCP puede derivarlo(a) a un especialista.	Debe recibir atención en un plazo de **8 semanas.**
Servicios de salud conductual (servicios de tratamiento para la salud mental y el trastorno por abuso de sustancias) Para obtener más información, vaya a la página 29.	Llame a un Centro de Salud Mental Comunitario o a un centro del Departamento de Salud Mental y Servicios para Adicciones (Mental Health and Addiction Services, MHAS) de Ohio. Si necesita ayuda para encontrar un centro de salud mental o un proveedor cerca de usted, visite mha.ohio.gov o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	En el caso de una emergencia que no ponga en riesgo la vida, debe recibir atención en menos de **6 horas.** Debe recibir cuidado urgente en menos de **48 horas.** Debe recibir atención médica rutinaria en un plazo de **10 días laborables**. Debe recibir cuidado de seguimiento rutinario en un plazo de **30 días.**

Sus derechos y responsabilidades como Miembro.

Estos derechos y responsabilidades están disponibles en línea en MolinaHealthcare.com/OHMedicaidRights.

Sus Derechos de Membresía

Como miembro de Molina Healthcare, tiene los siguientes derechos:

- Recibir toda la información y servicios que Molina Healthcare debe proporcionar.
- Recibir un trato respetuoso y con consideración de su dignidad y privacidad.
- Asegurarse de que la información de su historia clínica se mantenga en privado.
- Recibir información sobre su salud. Esta información también puede estar disponible para alguien a quien usted le haya dado aprobación legal para tener esta información o para la persona que usted haya designado para ser contactado en caso de emergencia cuando no sea lo más conveniente dársela a usted por su salud.
- Hablar sobre las opciones de tratamiento médicamente necesarias para su(s) afección(es), sin importar el costo ni la cobertura de beneficios.
- Participar con los proveedores en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica.
- Poder formar parte de las decisiones en torno a su atención médica, siempre y cuando las decisiones sean favorables a su bienestar.
- Obtener información sobre cualquier tratamiento de atención médica, de una manera que usted pueda seguir.
- Estar seguro de que terceros no lo oirán ni verán cuando reciba atención médica.
- Estar libre de todo tipo de restricción o reclusión utilizada como medio de coacción, disciplina, facilitación o represalia tal como se detalla en las regulaciones federales.
- Solicitar y obtener una copia de su historia clínica, y poder pedir que esta se pueda modificar o corregir de ser necesario.
- Decir "sí" o "no" a divulgar cualquier información sobre usted, a menos que Molina Healthcare deba hacerlo por ley.
- Rechazar un tratamiento o terapia. Si su respuesta es negativa, el proveedor o Molina Healthcare deben hablar con usted sobre lo que podría suceder, y deben anotarlo en su historia clínica.
- Presentar una apelación, una queja (reclamo) o solicitar una audiencia estatal. Consulte la página 52 de este manual para obtener más información.
- Obtener ayuda gratuita de Molina Healthcare y sus proveedores si no habla inglés o si necesita ayuda para comprender la información.
- Obtener toda la información escrita del miembro que posea Molina Healthcare:
  - Sin costo.

- En los idiomas que no sean el inglés y prevalentes de los miembros de Molina Healthcare: área de servicio.
- De otras maneras, para ayudar con las necesidades especiales de los miembros que podrían tener problemas para leer la información por cualquier motivo.

- Obtener ayuda con el lenguaje de señas si tiene impedimentos auditivos.
- Ser informado si el proveedor de atención médica es un estudiante y ser capaz de rechazar su atención.
- Ser informado de cualquier atención experimental y ser capaz de negarse a ser parte de la atención.
- Hacer directivas anticipadas (un testamento vital). Consulte la página 48 para obtener información adicional acerca de directivas anticipadas.
- Presentar cualquier queja sobre no seguir su directiva anticipada con el Departamento de Salud de Ohio.
- Cambiar su proveedor de cuidados primarios (PCP) a otro PCP en la red de Molina Healthcare al menos una vez al mes. Molina Healthcare debe enviarle algo por escrito donde diga quién es el nuevo PCP en la fecha del cambio.
- Ser libre de ejercer sus derechos y saber que Molina Healthcare, los proveedores de Molina Healthcare o el Departamento de Medicaid de Ohio no harán uso de ellos en su contra.
- Saber que Molina Healthcare debe seguir todas las leyes federales y estatales, y otras leyes sobre la privacidad que pudieran aplicar.
- Elegir el proveedor que le brinde atención siempre que sea posible y apropiado.
- Si usted es mujer, poder acudir al proveedor de salud de mujeres de la red de Molina Healthcare para recibir servicios de salud para mujeres que estén cubiertos.
- Obtener una segunda opinión de un proveedor calificado en la red de Molina Healthcare. Si un proveedor calificado no puede atenderlo, Molina Healthcare debe programar una consulta con un proveedor que no esté en la red.
- Obtener información sobre Molina Healthcare de nuestra parte.
- Comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio o con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a las direcciones que se indican a continuación con cualquier queja por discriminación basada en raza, etnia, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad, estado militar, información genética, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

The Ohio Department of Medicaid
Office of Human Resources, Employee Relations
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709

Correo electrónico: ODM_EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov
Fax: (614) 644-1434

Office for Civil Rights
United States Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave. – Suite 240
Chicago, Illinois 60601
Tel.: (312) 886-2359 TTY: (312) 353-5693

Usted, además, tiene los siguientes derechos:

- Expresar sus quejas sobre Molina Healthcare.
- Expresar quejas sobre la atención que recibió.
- Solicitar apelaciones para solicitudes de autorización previa denegadas.
- Obtener información sobre Molina Healthcare.
- Obtener información sobre los beneficios cubiertos.
- Obtener información sobre los proveedores de la red.
- Hablar abiertamente sobre sus opciones de tratamiento de una manera que sea fácil de entender. Tiene este derecho sin importar el costo ni la cobertura de los beneficios.
- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades como miembro.
- Hacer recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros de Molina Healthcare.
- Obtener una segunda opinión por parte de un proveedor de la red calificado. Molina Healthcare debe programar una consulta con un proveedor fuera de la red sin costo para usted si un proveedor calificado de la red no puede atenderlo.

Responsabilidades del Miembro

Como miembro de Molina Healthcare, tiene las siguientes responsabilidades:

- Llevar su tarjeta de identificación de Molina Healthcare en todo momento. No permita que nadie más use su tarjeta de identificación.
- Asistir a las citas. Sea puntual.
- De necesitar transporte, llamar a Molina Healthcare con, al menos, dos días laborables de anticipación cada vez que sea posible.
- Llamar a su proveedor con 24 horas de anticipación en caso de que vaya a llegar tarde o de no poder asistir a su cita.
- Compartir información de salud (en la medida de lo posible) con Molina Healthcare y sus proveedores. Hágalo para obtener la atención adecuada.
- Entender sus afecciones de salud (en la medida de lo posible). Participar en las decisiones sobre su atención médica.
- Trabajar con su proveedor para establecer metas de tratamiento. Seguir el plan de cuidado que usted y su proveedor hayan diseñado.
- Asegurarse de tomar los medicamentos recetados por su doctor.
- Consultar a su médico en el consultorio en los 30 días posteriores a recibir el alta de un hospital. No olvidar llevar el Resumen del Alta que recibió.

- Durante las citas con el consultorio, revisar sus medicamentos para mantener la lista actualizada.
- Hacer preguntas si no comprende sus beneficios.
- Llamar a Molina Healthcare dentro de las 24 horas posteriores a una consulta en el departamento de emergencias o a una estadía inesperada en el hospital.
- Informar a Molina Healthcare si desea cambiar de proveedor de cuidados primarios (PCP). Molina Healthcare se asegurará que el PCP que usted escoja esté dentro de nuestra red y que acepte a pacientes nuevos.
- Notificar a Molina Healthcare y a su trabajador de casos del condado si cambia de nombre, dirección o número telefónico.
- Notificar a Molina Healthcare de cualquier cambio que pudiera afectar su elegibilidad para recibir Medicaid.
- Informar a Molina Healthcare y a sus proveedores de atención médica si usted o alguno de los miembros de su familia tienen cobertura de otro seguro médico.
- Denunciar todo fraude o delito ante Molina Healthcare o ante las autoridades pertinentes.

Privacidad del Miembro.

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Molina utiliza y comparte su información para brindarle beneficios de salud. Molina desea mantenerlo(a) informado(a) sobre cómo se utiliza y se comparte su información.

¿Por qué Molina utiliza o comparte su Información Médica Protegida (PHI)?

- Para proveerle tratamiento.
- Para pagar por la atención médica que recibe.
- Para revisar la calidad de la atención médica que recibe.
- Para informarle sobre sus opciones de atención.
- Para ejecutar nuestro plan de salud.
- Para compartir la Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI) de conformidad con lo requerido o permitido por la ley.

Lo mencionado anteriormente es solo un resumen. Nuestra Notificación de las Normas de Privacidad contiene más información acerca de cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Podrá encontrar nuestra Notificación de las Normas de Privacidad completa en nuestro sitio web: MolinaHealthcare.com/OHMedicaidPrivacy.

Fraude, Despilfarro y Abuso

El Plan de Fraude, Despilfarro y Abuso de Molina Healthcare beneficia a Molina Healhcare, sus empleados, miembros, proveedores, pagadores, y reduce el despilfarro y mejora la calidad de los servicios. Molina Healthcare se toma en serio la prevención, la detección y la investigación del fraude, el despilfarro y el abuso, y cumple con las leyes estatales y federales. Molina Healthcare investiga todos los casos de sospecha de fraude, despilfarro y abuso, y

los informa con la mayor brevedad a los organismos gubernamentales, de ser apropiado. Molina Healthcare toma medidas disciplinarias apropiadas, entre las que se incluyen el cese del empleo, el cese del estado de proveedor o la terminación de la membresía, entre otras.

Puede informar un fraude, un despilfarro o un abuso potencial sin indicarnos su nombre.

Para informar una sospecha de fraude de Medicaid, comuníquese con la línea AlertLine de Molina al número de teléfono gratuito: (866) 606-3889.

O

Complete el formulario de presentación de informes en línea en https://www.molinahealthcare.alertline.com.

Definiciones:
"Abuso" se refiere a las prácticas del proveedor que no son coherentes con las prácticas fiscales, comerciales o médicas correctas y generan un costo innecesario al programa Medicaid o un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos de profesionalismo para la atención médica. También se incluyen prácticas del beneficiario que generan un costo innecesario al programa Medicaid (Sección 455.2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]).

"Fraude" es el engaño o la tergiversación intencional que realiza una persona, a sabiendas de que el engaño podría generar un beneficio no autorizado para esa o alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituya un fraude según la legislación federal o estatal (Sección 455.2 del Título 42 del CFR).

"Despilfarro" quiere decir un gasto de atención médica que se puede eliminar sin reducir la calidad de la atención. El despilfarro de calidad incluye sobreutilización, infrautilización y uso ineficaz. El despilfarro por ineficiencia incluye la redundancia, las demoras y la complejidad innecesaria de los procesos. Por ejemplo: intento de obtener reembolso por artículos o servicios donde no hubo intención de engaño o tergiversación, pero el resultado de los métodos de facturación equivocados o ineficientes (p. ej., codificación) provoca costos innecesarios para el programa Medicaid/Medicare.

A continuación, encontrará algunos medios para detener un fraude:

- No le entregue su tarjeta de identificación de Molina Healthcare, su tarjeta de identificación médica ni su número de identificación a ninguna persona que no sea un proveedor de atención médica o el personal de una clínica o un hospital. Proporcione su tarjeta de identificación únicamente cuando reciba atención.
- Nunca le preste a nadie su tarjeta de identificación de Molina Healthcare.
- Jamás firme un formulario de seguro o planilla de asistencia en blanco.
- Tenga cuidado cuando entregue su número de Seguro Social.

Directivas Anticipadas.

Tiene los siguientes Derechos:
Usar Directivas Anticipadas para Exponer sus Deseos sobre su Atención Médica

Con frecuencia las personas se preocupan por la atención médica que recibirían si se enfermaran demasiado para dar a conocer sus deseos.

Es probable que algunas personas no quieran pasar meses o años conectadas a un equipo de soporte vital. Otros querrán tomar todas las medidas necesarias para extender sus vidas.

Usted puede exponer sus deseos de atención médica por escrito mientras cuente con una buena salud y sea capaz de elegir. Su centro de atención médica debe explicarle su derecho a dar a conocer sus deseos relacionados con la atención médica. También debe preguntarle si ha expuesto sus deseos por escrito.

En este documento, se explican sus derechos bajo la ley de Ohio de aceptar o rechazar atención médica. Además, se explica cómo puede exponer sus deseos relacionados con la atención médica que desearía recibir si usted no pudiera elegir por su cuenta.

Este documento no contiene consejos legales, pero lo ayudará a comprender sus derechos estipulados por ley.

¿Cuáles son mis derechos para elegir mi atención médica?
Tiene el derecho a elegir su propia atención médica. Si no desea recibir cierto tipo de atención médica, tiene el derecho de informárselo a su doctor.

¿Y si estoy muy enfermo para decidir? ¿Y si no puedo dar a conocer mis deseos?
La mayoría de las personas pueden expresar sus deseos a los doctores en cuanto a la atención médica que desean recibir. Sin embargo, algunas personas se enferman demasiado como para decirles a sus doctores el tipo de cuidado que desean recibir. Según la ley de Ohio, usted tiene derecho a llenar un formulario mientras sea capaz de decidir por su cuenta. En el formulario, se les indica a los doctores qué quiere que se haga, en caso de no poder dar a conocer sus deseos.

¿Qué tipos de formularios existen?
Según la ley de Ohio, existen cuatro tipos diferentes de formularios, o directivas anticipadas, que usted puede utilizar: un testamento vital, una orden de no resucitación (Do Not Resuscitate, DNR), un poder notarial de atención médica (también llamado poder notarial duradero para atención médica) y una declaración para tratamiento de salud mental. Usted llena una directiva anticipada mientras sea capaz de actuar por cuenta propia. La directiva anticipada le permite a su doctor y a otras personas conocer sus deseos sobre la atención médica.

¿Debo completar una directiva anticipada antes de recibir atención médica?
No. Nadie puede obligarlo(a) a completar una directiva anticipada. Usted decide si desea completarla.

¿Quién puede completar una directiva anticipada?
Toda persona de 18 años en adelante, que esté en pleno uso de sus facultades mentales y pueda tomar sus propias decisiones, puede completar una directiva anticipada.

¿Necesito un abogado?
No, no necesita un abogado para completar una directiva anticipada.

¿Las personas que me brindan atención médica están obligadas a cumplir mis deseos?
Sí, si sus deseos cumplen con las leyes estatales. Sin embargo, una persona que le brinda atención médica podría no ser capaz de cumplir sus deseos porque van en contra de sus principios. De ser así, recibirá ayuda para encontrar a otra persona que cumpla sus deseos.

Testamento en vida
Un Testamento Vital establece cuánto usted desea utilizar los métodos de soporte vital para extender su vida. Tiene efecto solo cuando:
» esté en coma y no se espere que despierte,

- O -

» esté fuera del alcance de la ayuda médica, sin esperanzas de mejorar y no pueda dar a conocer sus deseos,

- O -

» se espera que muera y no vaya a ser capaz de dar a conocer sus deseos.

Las personas que le brindan atención médica deben hacer lo que usted indique en su Testamento Vital. Un Testamento Vital les da derecho a cumplir sus deseos.

Solo usted puede cambiar o cancelar su Testamento Vital. Puede hacerlo en cualquier momento.

Orden de No Resucitar
Una Orden de No Resucitar (DNR) es una orden escrita por un doctor o, bajo ciertas circunstancias, por un miembro del personal de enfermería especializado certificado o un miembro del personal de enfermería clínico especializado y certificado, que les indica a los proveedores de atención médica que no apliquen la técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP). En Ohio, existen dos tipos de órdenes de DNR: (1) DNR y prestación de cuidados para comodidad y (2) DNR y prestación de cuidados para comodidad en caso de paro. Debe hablar con su doctor sobre las opciones de DNR.

Poder Notarial de Atención Médica
Un Poder Notarial de Atención Médica es diferente a otros tipos de poderes notariales. Este documento se refiere únicamente al Poder Notarial de Atención Médica, no a otros tipos de poderes notariales.

El Poder Notarial de Atención Médica le permite elegir a la persona que cumplirá sus deseos de atención médica. Esta persona actúa en su nombre en el caso de que no pueda actuar por sí mismo(a). Puede ser por un largo periodo o por un corto periodo.

¿A quién debo elegir?
Puede elegir a cualquier pariente o amigo adulto en quien usted confíe para que lo represente cuando usted no pueda hacerlo por usted.

Asegúrese de hablar con la persona sobre qué es lo que desea. Luego, escriba qué tipo de atención médica desea o no desea. También debe hablar sobre lo que usted desea con su doctor. La persona que usted elija debe respetar sus deseos.

¿Cuándo entra en vigor mi Poder Notarial de Atención Médica? El formulario solamente entra en vigor cuando usted no puede tomar decisiones sobre su atención por cuenta propia. El formulario le permite a su pariente o amigo interrumpir el soporte vital solo bajo las siguientes circunstancias:
» si está en estado de coma y es muy probable que no despierte,

- O -

» si se espera que usted muera.

Declaración para Tratamiento de Salud Mental
Una declaración para tratamiento de salud metal brinda atención más específica a la atención de salud mental. Le permite, mientras es capaz,

nombrar a un representante para que tome decisiones en su nombre cuando usted no tenga la capacidad de hacerlo. Además, la declaración puede establecer ciertos deseos relacionados con el tratamiento.

Por ejemplo, puede indicar las preferencias de medicamentos y tratamientos, y las preferencias relacionadas con la admisión o retención en un centro.

¿Cuál es la diferencia entre el Poder Notarial de Atención Médica y el Testamento Vital?
En el Testamento Vital, se explican por escrito sus deseos sobre el uso de métodos de soporte vital en el caso que no pueda dar a conocer sus deseos. El Poder Notarial de Atención Médica le permite elegir a alguien que cumpla sus deseos de atención médica cuando ya usted no pueda decidir por sí mismo.

Si tengo un Poder Notarial de Atención Médica, ¿también necesito un Testamento Vital?
Quizás quiera ambos. Cada uno trata distintas partes de su atención médica.

¿Puedo cambiar mis directivas anticipadas?
Sí, puede cambiar sus directivas anticipadas cuando lo desee. Es buena idea repasar sus directivas anticipadas de vez en cuando para asegurarse de que todavía expresan sus deseos y que cubren todas las áreas.

Si no tengo una directiva anticipada, ¿quién elige mi atención médica cuando yo no pueda hacerlo?
La ley de Ohio autoriza al pariente más próximo a tomar decisiones sobre su atención médica si se espera que fallezca y no pueda actuar por sí mismo(a).

¿Dónde consigo los formularios de directiva anticipada?
Muchos de los lugares y las personas que le brindan atención médica tienen formularios de directivas anticipadas.
También es posible que obtenga estos formularios de CaringInfo en
https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/ohio/.

¿Qué debo hacer con los formularios después de completarlos?
Debe entregar copias a su doctor y al centro de atención médica para incluirlas en su historia clínica. Proporcione una copia a un familiar o amigo de confianza. Si eligió a alguien para el poder notarial para atención médica, entréguele a esa persona una copia. Guarde una copia junto con sus documentos personales.

Le recomendamos que entregue una copia a su abogado o persona del clero. Asegúrese de informar a su familia o amigos sobre su decisión. No solo guarde estos formularios; procure no olvidarse de ellos.

Donación de Órganos y Tejidos
Los habitantes de Ohio pueden elegir si les gustaría donar sus órganos y tejidos a otras personas en caso de fallecer. Dando a conocer sus preferencias, garantizan que sus deseos se cumplirán de inmediato, y que sus familias y seres queridos no sufrirán la carga de tomar esta decisión en un momento que ya es difícil. Algunos ejemplos de órganos que se pueden

donar son el corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y el páncreas. Algunos ejemplos de tejidos que se pueden donar son la piel, los huesos, los ligamentos, las venas y los ojos.

Hay dos formas de registrarse para convertirse en un donante de órganos y tejidos:

1. Puede indicar sus deseos de donar órganos o tejidos cuando obtiene o renueva su Licencia de Conducir de Ohio o su tarjeta de identificación del estado;

- O -

2. Puede registrarse en línea para la donación de órganos a través del sitio web del Registro de Donantes de Ohio sitio web: www.donatelifeohio.org

Apelaciones y Quejas

Presentar una queja o una apelación

Si no está satisfecho con Molina Healthcare o con nuestros proveedores, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado, comuníquese con nosotros lo antes posible. Usted, o alguien que hable por usted, puede comunicarse con nosotros. Deberá informarnos si desea que alguien hable por usted. Necesitamos su consentimiento por escrito para que otra persona presente una queja o apelación en su nombre. Molina Healthcare desea ayudarlo.

Puede presentar una queja o una apelación en nombre de un miembro menor de 18 años sin consentimiento por escrito, si usted pertenece al grupo de asistencia del miembro.

Para comunicarse con nosotros:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 642-4168, TTY/TDD: 711 o (800) 750-0750,
- Complete el formulario que aparece en su manual del miembro.
- Para obtener una copia impresa, llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- Visite nuestro sitio web desde MolinaHealthcare.com.
- Escriba una carta donde nos informe por qué no está contento con nuestro servicio. Incluya su nombre y apellido, el número que aparece en la parte frontal de su tarjeta de identificación del miembro de Molina Healthcare, dirección y número telefónico. También puede enviar toda información que ayude a explicar su problema.

Puede encontrar el formulario en la página 65.

Envíe el formulario o su carta por correo a:
Molina Healthcare of Ohio, Inc.
P.O. Box 349020
Columbus, OH 43234-9020

Desde Molina Healthcare se le informará por escrito si tomamos medidas como estas:

- Denegar una solicitud para cubrir un servicio para usted.
- Reducir, suspender o detener los servicios antes de que usted reciba todos los servicios que fueron aprobados; o
- Denegar el pago de un servicio que recibió y que no está cubierto por Molina Healthcare.

También le informaremos por escrito si no hemos hecho algo de lo siguiente:

- Tomar una decisión sobre si se debe cubrir un servicio solicitado por usted.
- Darle una respuesta sobre algún aspecto que nos haya dicho que no le agradó.

Apelaciones

Si no está de acuerdo con la decisión o acción que se indica en la carta, puede comunicarse con nosotros **dentro de los 60 días calendario** y solicitar que cambiemos nuestra decisión o acción. Esto se llama apelación. El periodo de 60 días naturales comienza el día posterior a la fecha de envío postal que aparece en la carta. Si decidimos reducir, suspender o detener

los servicios antes de usted reciba todos los servicios autorizados, se le indicará en la carta la forma en que puede mantener los servicios, si así lo desea, y cuándo podría tener que pagar por los servicios.

A menos que le indiquemos una fecha diferente, debemos darle una respuesta por escrito a su apelación en el plazo de 15 días calendario a partir de la fecha en la que se comunicó con nosotros. Si no modificamos nuestra decisión o accionar como resultado de su apelación, le notificaremos su derecho a solicitar una audiencia estatal. **Usted solo puede solicitar una audiencia estatal después de haber pasado por el proceso de apelación de Molina Healthcare.**

Quejas

Si se comunica con nosotros porque no está conforme con algún aspecto de Molina Healthcare o con uno de nuestros proveedores, se denomina **queja**. Molina Healthcare le dará una respuesta a su queja por teléfono o por correo si no podemos comunicarnos con usted por teléfono. Le daremos una respuesta dentro de los siguientes plazos:

- Dos días laborales para quejas sobre no poder recibir atención médica.
- Treinta días calendario para el resto de las quejas, excepto las relacionadas con obtener una factura por atención que haya recibido.
- Sesenta días calendario para quejas sobre la obtención de una factura por atención que haya recibido.

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión acerca de una apelación o una queja, le enviaremos una carta indicándole que necesitamos hasta 14 días naturales adicionales. Esa carta también explicará por qué necesitamos más tiempo. Si considera que necesitamos más tiempo para tomar una decisión sobre su apelación o queja, también puede pedirnos que tomemos hasta 14 días naturales.

También tiene derecho a presentar una queja **en cualquier momento** comunicándose con estos departamentos:

Ohio Department of Medicaid
Bureau of Managed Care Compliance and Oversight
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709
1-800-605-3040 o 1-800-324-8680
TTY: 1-800-292-3572

Ohio Department of Insurance
50 W. Town Street
3rd Floor – Suite 300
Columbus, Ohio 43215
1-800-686-1526

Audiencias Estatales

Una audiencia estatal es una reunión con usted o con alguien que quisiera que hable en su nombre, alguien del Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado, alguien de Molina Healthcare y un funcionario de audiencia de la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento de Empleo y Servicios de Familia de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). En esta reunión, usted explicará por qué cree que Molina Healthcare no tomó la decisión correcta y Molina Healthcare le explicará las razones por las que tomamos la decisión. El funcionario de audiencia escuchará y, luego, decidirá quién tiene razón en función de la información proporcionada y las normas.

Molina Healthcare le notificará su derecho a solicitar una audiencia estatal si:

- No modificamos nuestra decisión o accionar como resultado de su apelación.
- Se toma la decisión de proponer la inscripción o continuar la inscripción en el Programa de Servicios Coordinados (Coordinated Services Program, CSP).
- Se toma la decisión de denegar su solicitud de cambio de proveedor del CSP.

Usted solo puede solicitar una audiencia estatal después de haber pasado por el proceso de apelación de Molina Healthcare.

Si desea una conseguir una audiencia estatal, usted o alguien que usted quisiera que hable en su nombre, deben solicitar una audiencia **dentro de 90 días calendario**. El periodo de 90 días calendario comienza el día posterior a la fecha de envío postal del formulario de audiencia. Si su apelación fue sobre una decisión de reducir, suspender o detener los servicios antes de recibir todos los servicios autorizados, se le indicará en la carta la forma en que puede mantener los servicios, si así lo desea, y cuándo puede que tenga que pagar por los servicios. Si proponemos que se inscriba en el Programa de Servicios Coordinados (Coordinated Services Program, CSP) y solicita la audiencia dentro de los 15 días calendario a partir de la fecha de envío del formulario, no lo inscribiremos en el programa hasta que esté tomada la decisión de la audiencia.

Para solicitar una audiencia, cuenta con las siguientes opciones:

- Firmar y devolver el formulario de audiencia estatal a la dirección o al número de fax que aparecen en el formulario.
- Llamar a la Oficina de Audiencias Estatales, al (866) 635-3748.
- Enviar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov.

Si desea información sobre servicios legales gratuitos, pero no sabe cuál es el número de su oficina local de asistencia legal, puede llamar a la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio al (800) 589-5888.

Las decisiones de la audiencia estatal generalmente se emiten, como máximo, 70 días naturales después de la recepción de la solicitud. Sin embargo, desde la MCO o la Oficina de Audiencias Estatales pueden decidir que la afección de salud cumple con los criterios para una obtener una determinación acelerada. Se emitirá una determinación acelerada tan pronto como sea necesario, pero con no más de tres días laborales de demora a partir de la fecha de recepción de la solicitud. Las determinaciones aceleradas sirven para situaciones en las que tomar la decisión dentro del plazo estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad.

Políticas para la Membresía de Medicaid

Recuperación del Patrimonio

Si está internado en una institución de forma permanente o tiene 55 años o más cuando reciba los beneficios de Medicaid, el Programa de Recuperación de Patrimonio puede cobrar pagos desde su patrimonio por el costo de su cuidado pagado por Medicaid. El costo de su atención puede incluir el pago de la capitación que Medicaid paga a su plan de atención médica administrada, incluso si el pago de la capitación es mayor que el costo de los servicios que usted recibió. **La Recuperación de Patrimonio solo se produce tras la muerte del beneficiario de Medicaid.**

Lesión o Enfermedad Accidental (Subrogación)

Si debe ver a un doctor por una lesión o enfermedad causada por otra persona o negocio, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos de la situación. Por ejemplo, si se lesiona en un accidente automovilístico, por la mordida de un perro o si se resbala y se cae en una tienda, probablemente otra compañía de seguros deba pagar por la atención o los servicios que reciba. Cuando nos llame, digamos el nombre de la persona responsable, de su compañía de seguros y de cualquier abogado implicado.

Otro Seguro Médico (Coordinación de Beneficios, COB)

Si usted o cualquier persona de su familia tienen un seguro médico con otra compañía, es **muy importante** que llame al Departamento de Servicios para Miembros y al trabajador social de su condado por el seguro. Por ejemplo, si usted trabaja y tiene un seguro médico o si sus hijos tienen seguro médico a través de su otro padre, usted debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros. También es importante informar al Departamento de Servicios para Miembros y a su trabajador social del condado si perdió el seguro médico que había informado en el pasado. No darnos esta información puede causar problemas con la obtención de atención y con el pago de facturas médicas.

Aviso de Pérdida de Seguro

Siempre que pierda su seguro médico, debe recibir un aviso, conocido como certificado de cobertura válida, de su antigua compañía de seguros. En este aviso se indica que ya no tiene seguro. Conserve una copia de este aviso para sus registros, ya que es posible que se le pida que proporcione una copia

Renovación de Medicaid y Pérdida de Elegibilidad para Medicaid

Es importante que usted respete sus citas con el Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (County Department of Job and Family Services, CDJFS). Si no asiste a una consulta o no proporciona la información que le piden, puede perder su elegibilidad para Medicaid. Si esto ocurriera, se le informaría a Molina Healthcare que anule su membresía como miembro de Medicaid y usted ya no contaría con la cobertura de Molina Healthcare.

Si tiene preguntas acerca de la elegibilidad para Medicaid, puede hacer lo siguiente:

- Llame o visite su oficina local del CDJFS o a un trabajador social. Son su mejor recurso porque son los que determinan si aún califica para recibir los beneficios de Medicaid. Encuentre el número aquí: http://www.jfs.ohio.gov/county/county_directory.pdf.

- Llame a la Línea Directa para Consumidores de Medicaid al (800) 324-8680, TTY: 711. Llame de lunes a viernes, De 7:00 a. m. a 8 p. m., o los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m.

Renovación Automática de la Membresía de Molina Healthcare

Si usted pierde su elegibilidad para Medicaid, pero esta se inicia nuevamente dentro de 90 días, usted se convertirá automáticamente en un miembro de Molina Healthcare de nuevo.

Cómo Finalizar su Membresía de Molina Healthcare

Como miembro de una Organización de Atención Médica Administrada (Managed Care Organization, MCO), usted tiene el derecho de elegir finalizar su membresía en ciertos momentos durante el año. Puede elegir finalizar su membresía durante los primeros tres meses de su membresía o durante el mes de inscripción abierta anual. El Departamento de Medicaid de Ohio le enviará una nota por correo para informarle cuándo será su mes de inscripción abierta anual. Si usted vive en un área de inscripción obligatoria, tendrá que elegir otra organización de atención médica administrada para recibir cobertura por servicios de atención médica.

Si usted desea finalizar su membresía durante los primeros tres meses o durante el mes de inscripción abierta anual, puede llamar a la Línea Directa de Medicaid al (800) 324-8680; (TTY [800] 292-3572). También puede enviar una solicitud en línea al sitio web de la Línea Directa de Medicaid en www.ohiomh.com. Si llama antes de los últimos 10 días del mes, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente. Si llama después de este tiempo, su membresía no finalizará hasta el primer día del mes siguiente. Si eligió otra organización de atención médica administrada, su nueva organización le enviará información por correo antes de la fecha de entrada en vigencia de su membresía.

Elección de un Nuevo Plan

Si está pensando en finalizar su membresía para cambiar a otra organización de atención médica administrada (Managed Care Organization, MCO), debe conocer sus opciones. Especialmente, si desea conservar sus proveedores actuales. Recuerde, cada MCO tiene su propia lista de doctores y hospitales que forman parte de la red. Cada MCO también tiene información escrita que explica los beneficios que ofrece y las reglas que tiene. Si desea información por escrito sobre una organización de atención médica administrada a la que está pensando afiliarse, o si simplemente desea hacer preguntas sobre la MCO, puede llamar al plan o a la Línea Directa de Medicaid al (800) 324-8680; TTY: (800) 292-3572. También puede encontrar información acerca de las MCO en su área a través del sitio web de la Línea Directa de Medicaid: www.ohiomh.com

Finalización de la Membresía por Causa Justa

A veces, puede haber una razón especial por la que usted necesita darle fin a su membresía del plan. Esto se denomina finalización de la membresía por "causa justa". Para pedir una finalización de la membresía por causa justa, usted debe llamar primero a Molina Healthcare y darnos la oportunidad de resolver el problema. Si no podemos resolver el problema, puede solicitar una finalización por causa justa si tiene alguna de las siguientes razones:

1. Se muda y su MCO actual no está disponible donde usted vivirá, y necesita recibir atención médica que no sea de emergencia en su nueva área antes de que la membresía de MCO finalice.

2. Su MCO actual no cubre, por objeciones morales o religiosas, un servicio médico que necesita.
3. Su doctor le indicó que algunos de los servicios médicos que usted necesita se deben recibir al mismo tiempo, y dichos servicios no pertenecen a la red de la MCO.
4. Tiene dudas acerca de no estar recibiendo atención de calidad y que los servicios que necesita no están disponibles de parte de otro proveedor de la red de Molina Healthcare.
5. Usted tiene acceso a los servicios cubiertos de Medicaid médicamente necesarios o no tiene acceso a proveedores que tienen experiencia en atender sus necesidades especiales de atención médica.
6. El PCP que eligió ya no está en su red de Molina Healthcare y ese era el único PCP dentro de la red que hablaba en su idioma y se encontraba a una distancia razonable de usted; u otro plan tiene un PCP en su red que habla su idioma, que se encuentra a una distancia razonable de usted y lo aceptará como paciente.
7. Cree que permanecer como miembro de su plan de atención médica administrada actual es perjudicial para usted y no es lo mejor para usted.

Usted puede solicitar terminar su membresía por causa justa llamando a la Línea Directa de Medicaid al (800) 324-8680; (TTY: [800] 292-3572). El Departamento de Medicaid de Ohio revisará su solicitud y decidirá si usted cumple con una razón de causa justa. Recibirá una carta por correo en la que se informará si el Departamento de Medicaid de Ohio finalizará su membresía y la fecha en la que se hará efectivo. Si usted vive en un área de inscripción obligatoria, tendrá que elegir otro plan, a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio le indique otra cosa. Si se deniega su solicitud de causa justa, el Departamento de Medicaid de Ohio le enviará información que explica su derecho de audiencia estatal para apelar la decisión.

Cosas que debe tener cuenta si finaliza su membresía

Si siguió alguno de los pasos anteriores para finalizar su membresía, recuerde lo siguiente:

- Continúe atendiéndose con los doctores y otros proveedores de Molina Healthcare hasta el día en que usted sea miembro de su nuevo plan de salud o regrese al plan regular de Medicaid.
- Si eligió una nueva Organización de Atención Médica Administrada (Managed Care Organization, MCO) y no ha recibido una tarjeta de identificación del miembro antes del primer día del mes en que se convierte en miembro del nuevo plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare. Si Molina Healthcare no puede ayudarlo, llame a la línea directa de Medicaid, al (800) 324-8680; TTY (800) 292-3572.
- Si eligió una nueva MCO y tiene alguna consulta médica programada, llame a su nuevo plan para asegurarse de que estos proveedores estén en la lista de proveedores del nuevo plan y de que se realice cualquier papeleo necesario. Algunos ejemplos de cuándo usted debe llamar a su nuevo plan incluyen los siguientes: cuando usted tiene una cita para ver a un nuevo doctor, cuando tiene programado hacerse una cirugía, un análisis de sangre o radiografías, y en especial si transita un embarazo.
- Si se le permitió regresar a la tarjeta regular de Medicaid y no ha recibido una nueva, llame a su trabajador social del condado.

- Si se le permitió regresar al plan regular de Medicaid y se le programó alguna consulta médica, llame a los proveedores para asegurarse de que aceptarán la tarjeta del plan regular de Medicaid.

Finalizaciones Opcionales de la Membresía

Tiene la opción de no ser miembro de una organización de atención médica administrada (Managed Care Organization, MCO) si cumple con estos requisitos:

- Usted es miembro de una tribu indígena reconocida federalmente, sin importar la edad.
- Es una persona que recibe servicios de exención en el hogar y la comunidad a través del Departamento de Discapacidades del Desarrollo de Ohio.

Si considera que usted o su hijo cumplen con alguno de los criterios indicados anteriormente y no desean ser miembros de una organización de atención médica administrada, puede llamar a la Línea Directa de Medicaid al (800) 324-8680 (TTY: [800] 292-3572). Si cumple los criterios anteriores y no desea ser miembro de una MCO, su membresía finalizará.

Las exclusiones se refieren a las personas a las que no se les permite unirse a una MCO de Medicaid: Es posible que no se le permita inscribirse en una organización de atención médica administrada de Medicaid (Managed Care Organization, MCO) si usted se encuentra en una de estas situaciones:

- Personas con doble elegibilidad de acuerdo a los programas de Medicaid y Medicare.
- Personas internadas en una institución (en una residencia para ancianos y que no sean elegibles bajo la categoría de Extensión para Adultos, centro de atención de cuidados prolongados, centros de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales [Intermediate Care Facilities for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF-IID] o algún otro tipo de institución).
- Personas que reciben servicios de exención de Medicaid y que no son elegibles bajo la Categoría de extensión para adultos.
    * Si es elegible para Medicaid bajo la categoría de Extensión para Adultos, recibirá sus servicios de residencia para ancianos a través de la Organización de Atención Administrada. Además, los miembros de Extensión para Adultos que estén aprobados para los servicios de exención permanecerán en la Organización de Atención Médica Administrada.

Si usted cree que cumple con alguno de los criterios indicados anteriormente y, por ende, cree que no debe ser miembro de una Organización de Atención Médica Administrada, debe llamar a la Línea Directa de Medicaid al (800) 324-8680. (TTY [800] 292-3572). Si cumple los criterios indicados anteriormente, su membresía de la MCO finalizará.

¿Molina Healthcare puede ponerle fin a mi membresía?

Molina Healthcare puede pedir al Departamento de Medicaid de Ohio que finalice su membresía por ciertas razones. El Departamento de Medicaid de Ohio debe aceptar la solicitud antes de que se pueda finalizar su membresía.

A continuación, se indican las razones por las que Molina Healthcare puede solicitar que finalice su membresía:

- Por fraude o mal uso de su tarjeta de identificación de Molina Healthcare.
- Por un comportamiento disruptivo o no cooperativo en la medida en que afecte la capacidad de la MCO para brindarles servicios a usted u otros medios.

Molina Healthcare proporciona servicios a nuestros miembros en cumplimiento de un contrato que Molina Healthcare tiene con el Departamento de Medicaid de Ohio. Si desea comunicarse con el Departamento de Medicaid de Ohio, puede llamar o escribir a:

Ohio Department of Medicaid
Office of Managed Care
Bureau of Managed Care Compliance and Oversight
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709
Teléfono: (800) 324-8680
TTY: (800) 292-3572

También puede visitar el sitio web del Departamento de Medicaid de Ohio: www.medicaid.ohio.gov.

Se puede comunicar con Molina Healthcare para obtener cualquier otra información que desee, incluida la estructura y el funcionamiento de Molina Healthcare, y la forma en que pagamos a nuestros proveedores. Si desea informarnos sobre los cambios que cree que debemos realizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 642-4168. (TTY [800] 750-0750 o 711).

Cómo Paga Molina Healthcare a los Proveedores por su Atención

Molina Healthcare tiene contratos con los proveedores de muchas maneras.
Algunos proveedores de Molina Healthcare reciben su pago de conformidad con los cada servicio prestado. Esto significa que se les paga cada vez que lo(a) atienden y por cada servicio que prestan. A otros proveedores se les paga un importe fijo por cada mes que se les asigna un miembro a su cuidado, ya sea que atiendan al miembro o no.

A algunos proveedores se les pueden ofrecer recompensas por brindar una excelente atención médica preventiva y controlar el uso de los servicios hospitalarios. Molina Healthcare no recompensa a proveedores ni empleados por negar servicios o coberturas médicas. Molina Healthcare tampoco brinda beneficios adicionales a los proveedores para que le proporcionen menos atención médica. Para obtener más información sobre cómo se les paga a los proveedores, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Pagos y Facturación

Los miembros de Molina Healthcare no son responsables de los copagos ni otros cargos de servicios médicos cubiertos. Si recibe una factura de un proveedor del plan por servicios que se encuentran cubiertos y aprobados, llame al Departamento de Servicios para Miembros. No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros. Lo(a) podemos ayudar con este tema.

Si en la declaración no se establece ninguna responsabilidad del paciente, significa que recibió una declaración, no una factura. El proveedor solo le está informando que se le facturó a su compañía de seguros aquellos servicios. En este tipo de declaraciones, se indica en la parte superior de la página que “esto no es una factura”. Si no ha recibido los servicios que se indican en la declaración, llame al Departamento de Servicios para Miembros de inmediato.

Es posible que tenga que pagar por los servicios que no están cubiertos. Quizás también deba pagar los servicios de los proveedores que no son parte de nuestra red. Si los servicios se prestaron ante una emergencia, no tiene que pagar nada. Si necesita asistencia, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Glosario (Definiciones)

Directivas Anticipadas: instrucciones de atención médica por escrito para cuando un adulto no es capaz de dar a conocer sus deseos médicos. Esto incluye lo siguiente:

- Testamento vital.
- Poder Notarial Duradero para Atención Médica.
- Declaración para el Tratamiento de Salud Mental.
- Orden de No Resucitar.

Apelación: solicitud de un miembro al plan de Molina Healthcare para que se revise una determinación adversa de beneficios.

Salud Conductual: un término utilizado para cualquier afección de salud mental o trastornos por consumo de sustancias.

Copago: un monto fijo que paga un miembro por un servicio cubierto de atención médica. Los miembros de Molina Healthcare no son responsables de los copagos ni otros cargos de servicios médicos cubiertos.

Programa de Servicios Coordinados (Coordinated Services Program, CSP): si usted está inscrito en el Programa de Servicios Coordinados, debe surtir todos sus medicamentos recetados en una farmacia y también puede estar limitado a un recetador para ciertos medicamentos, excepto en situaciones de emergencia. Si está inscrito(a) en el programa, recibirá una tarjeta de identificación del programa que indica la farmacia y el recetador mediante los cuales debe obtener sus medicamentos recetados.

Servicios Cubiertos: servicios y suministros que Molina Healthcare cubre.

Equipo Médico de Uso Prolongado: el equipo que puede soportar el uso frecuente, que se utiliza principal y habitualmente para fines médicos, que no suele ser útil para personas que no sufren una enfermedad o lesión, y que puede ser usado en el hogar. Algunos ejemplos son las sillas de ruedas, los equipos de oxígeno o las muletas. También se lo conoce como equipo médico para el hogar.

Condición Médica de Emergencia: es una afección médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de tal gravedad (incluidos dolores fuertes) que una persona común y corriente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar de manera razonable que la falta de atención médica inmediata provoque alguno de estos resultados: un riesgo grave para la salud de la persona (o en caso de una embarazada, la salud de la madre y del hijo no nacido); un trastorno grave de las funciones corporales, o una disfunción grave de una parte u órgano del cuerpo. Por ejemplo, un aborto espontáneo o dificultad para respirar.

Transporte Médico de Emergencia: transporte, en ambulancia, de personas enfermas, lesionadas o incapacitadas que requieren atención médica de emergencia. Por ejemplo, puede que lo trasladen a un hospital en una ambulancia si necesita atención de emergencia.

Atención en la Sala de Emergencias: examen médico de detección, examen y evaluación por parte de un médico o, en la medida en que lo permita la ley aplicable, por parte de otro miembro del personal apropiado bajo la supervisión de un médico, con el fin de determinar si existe una condición médica de emergencia y, si existe, la atención, el tratamiento o la cirugía para un servicio cubierto por parte de un médico que sea necesario para aliviar o eliminar la condición médica de emergencia dentro de la capacidad de servicio de un hospital.

Servicios de Emergencia: servicios cubiertos para pacientes hospitalizados, servicios para pacientes ambulatorios o servicios de transporte médico que son proporcionados por un proveedor calificado y que son necesarios para evaluar, tratar o estabilizar una condición médica de emergencia. Los proveedores de servicios de emergencia también incluyen médicos u otros profesionales de atención médica o centros de atención médica que no trabajan para el plan de Molina Healthcare ni tienen un acuerdo contractual con el plan.

Servicios Excluidos: servicios de salud que el plan de Molina Healthcare no paga ni cubre. Puede encontrar una lista de los servicios no cubiertos por Molina Healthcare en este Manual.

Fraude, Despilfarro y Abuso

- **Fraude:** un acto injusto o ilegal llevado a cabo con la intención de obtener algo de valor de manera ilegal.
- **Despilfarro:** prácticas que conducen a costos innecesarios y menor calidad de cuidado.
- **Abuso:** prácticas del proveedor o del miembro que llevan a costos innecesarios para los programas de Medicaid o Medicare. También podría llevar al pago de servicios que no cumplen con los estándares profesionales reconocidos para la atención médica.

Medicamento Genérico: medicamento recetado aprobado por el Gobierno para usarse en lugar de un medicamento de marca registrada. Un medicamento genérico tiene los mismos principios activos que un medicamento de marca registrada. Por lo general, es más barato. Actúa con la misma eficacia que el medicamento de marca registrada.

Queja Formal: la expresión de insatisfacción de un miembro con respecto a cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios. Entre las quejas se pueden incluir, entre otras, la calidad de la atención o los servicios prestados, aspectos de las relaciones interpersonales, como el trato descortés de un proveedor o empleado, o el incumplimiento de los derechos del miembro, independientemente de si se solicita una acción correctiva. La queja incluye el derecho de un miembro a disputar un plazo propuesto por un MCE para tomar una decisión de autorización.

Servicios y Dispositivos de Recuperación de Habilidades: servicios diseñados para ayudar a las personas a adquirir, retener y mejorar la autoayuda, la socialización y las habilidades adaptativas necesarias para vivir exitosamente en entornos basados en la comunidad y el hogar. Esto puede incluir terapia física y ocupacional u otros servicios para personas con discapacidades.

Seguro Médico: un contrato mediante el cual se exige que su plan de Molina Healthcare pague algunos o todos sus costos de la atención médica a cambio de una prima. El seguro médico también puede llamarse "plan" o "póliza".

Atención Médica Domiciliaria: servicios como los de enfermería a domicilio, de auxiliar de atención médica domiciliaria y terapias especializadas. Por lo general, estos servicios no incluyen ayuda con tareas no médicas, como limpiar o conducir un automóvil.

Servicios de Cuidado Paliativo: una agencia pública, una organización privada o una subdivisión de cualquiera de las dos, sujeta a las condiciones de participación conforme al Título 42 del C.F.R. Parte 418 (1 de octubre de 2017), que está autorizada en el estado de Ohio y aprobada por la ODM para brindar atención a personas con enfermedades terminales, 5160-56-01(V). Los servicios de cuidado paliativo son un tipo de atención médica y social que ayuda a aliviar el sufrimiento, para el manejo de la enfermedad terminal de una persona. El cuidado paliativo no trata la enfermedad de una persona.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere admisión como paciente hospitalizado. Por lo general, para la hospitalización se requiere una estadía durante la noche.

Cuidado Ambulatorio: tratamientos o servicios paliativos o de diagnóstico, terapia o rehabilitación, proporcionados por o bajo la dirección de un proveedor que presta servicios de médico a pacientes en un hospital. Esta atención en un hospital que, por lo general, no requiere hospitalizaciones por una noche.

Entidad de Atención Médica Administrada (Managed Care Entity, MCE): un plan de salud autorizado por el estado de Ohio para proporcionar servicios médicos y hospitalarios de prepago a los consumidores elegibles de Medicaid.

Medicaid: un programa gubernamental. Utiliza fondos federales, estatales y locales. Proporciona seguro médico a personas de todas las edades dentro de determinados límites de ingresos.

Médicamente Necesario: criterios de cobertura para procedimientos, artículos o servicios que previenen, diagnostican, evalúan o tratan una afección médica adversa como una enfermedad; una lesión o sus síntomas; disfunción emocional o conductual; déficit intelectual; deterioro cognitivo o discapacidad del desarrollo, y sin la cual se puede esperar que la persona sufra por mucho tiempo; morbilidad nueva o aumentada; deterioro de la funcionalidad; disfunción de un órgano o parte del cuerpo, o dolor y molestia significativos.

Miembro: persona que es elegible para Medicaid y que se inscribió en el plan de Molina Healthcare.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento de nuestro plan. El Departamento de Servicios para Miembros responde a preguntas sobre su plan, sus beneficios e inquietudes.

Molina Healthcare: un plan de atención médica administrada con licencia del estado de Ohio para proporcionar servicios médicos y hospitalarios de prepago a los consumidores elegibles de Medicaid.

Red: los proveedores contratados del plan de Molina Healthcare que están a disposición de los miembros del plan de Molina Healthcare.

Farmacia de la Red: una farmacia que surte las recetas médicas de nuestros miembros. Ha acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una farmacia de la red.

Proveedor de la Red (o Proveedor Participante de la Red): cualquier proveedor, grupo de proveedores o entidad que tiene un contrato de proveedor de la red con el plan de Molina Healthcare de acuerdo con la norma 5160-26-05 del Código Administrativo, y que recibe fondos de Medicaid directa o indirectamente para ordenar, derivar o brindar servicios cubiertos como resultado del acuerdo entre el proveedor y el plan de Molina Healthcare o el contrato con ODM. También los llamamos “proveedores del panel”. Deben tener autorización o certificación de Medicaid. Ha acordado trabajar con nuestro plan. No les cobrarán a nuestros miembros una cantidad adicional. Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Fuera de la Red (Proveedor No Participante): cualquier proveedor con un acuerdo de proveedor de ODM que no tiene contrato con Molina Healthcare, pero presta servicios de atención médica a los miembros de Molina Healthcare.

Servicios Médicos: los "proveedores de servicios de médico" son médicos, podólogos, dentistas, enfermeras clínicas especializadas, enfermeras parteras certificadas, enfermeras especializadas con certificación o médicos asociados (5160-2-02(L)). Por ejemplo, un médico puede ser un doctor en medicina (Medical Doctor, M.D.) o un doctor en medicina osteopática (Osteopathic Medicine, D.O.).

Plan: "organización de atención administrada (Managed Care Organization, MCO)" o "plan de atención médica administrada (Managed Care Plan, MCP)" se refiere a una corporación de seguros médicos (Health Insuring Corporation, HIC) autorizada en el estado de Ohio que celebra un acuerdo de proveedor de atención médica administrada con ODM (5160-26-01(S)).

Servicios Posteriores a la Estabilización: servicios cubiertos relacionados con una condición médica de emergencia que un proveedor tratante considera médicamente necesarios después de que la condición médica de emergencia se ha estabilizado para mantener la estabilización o bajo las circunstancias que se describen en la Sección 422.113 del Título 42 del C.F.R. para mejorar o resolver la afección del miembro. Este cuidado de seguimiento que necesita después de recibir atención en un caso de emergencia. Este cuidado de seguimiento garantiza que mejorará.

Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de doctores y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de Medicamentos a veces se llama “formulario”.

Mensualidad: se refiere al monto de pago mensual por miembro al que la MCO tiene derecho como compensación por cumplir con sus obligaciones de acuerdo con el Capítulo 5160-26 del Código Administrativo o con el acuerdo de proveedor con ODM (516026-01[NN]). Usted no paga una mensualidad como miembro de Molina Healthcare.

Cobertura de Medicamentos Recetados: medicamentos cubiertos por el Administrador de Beneficios de Farmacia Único (Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM) que se dispensan a los miembros para el consumo de pacientes residentes, incluido un centro de enfermería o un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales. Usted obtiene beneficios de farmacia a través de Gainwell.

Medicamentos Recetados: sustancias simples o compuestas, o mezclas de sustancias, recetadas para la cura, la mitigación o la prevención de enfermedades, o para el mantenimiento de la salud; que recete un médico u otro profesional autorizado en artes curativas, según el alcance de esta práctica profesional, de acuerdo con lo definido y delimitado en las leyes Federales y Estatales; dispensadas por farmacéuticos y proveedores médicos autorizados, de acuerdo con la Ley de Prácticas Médicas Estatal; y dispensadas por el farmacéutico o proveedor médico autorizado en una receta escrita que se registra y se archiva en los registros del farmacéutico o del médico.

Atención Médica Preventiva: atención médica centrada en la detección y el tratamiento de problemas de salud para prevenir enfermedades o dolencias.

Proveedor de Atención Médica Primaria (o Médico de Atención Primaria, PCP): un médico individual (M.D. o D.O.); un grupo de médicos proveedores; un(a) enfermero(a) profesional de práctica avanzada según se define en la sección 4723.01 del Código Revisado de Ohio; una práctica grupal de enfermería de práctica avanzada dentro de una especialidad aceptable, o un médico asociado que cumpla con los requisitos de la regla 5160-4-03 del Código Administrativo de Ohio, que tenga contrato con Molina Healthcare para prestar servicios según se especifica en la regla 5160-26-03.1 del Código Administrativo de Ohio. Su PCP lo(a) ayudará con la mayoría de sus necesidades médicas.

Autorización Previa (Preautorización): se refiere a una decisión del plan de Molina Healthcare de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico de uso prolongado sean médicamente necesarios. A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o certificación previa. Su seguro médico o plan de salud puede exigir una autorización previa para determinados servicios antes de que los reciba, excepto en caso de emergencia.

Proveedor: un hospital, centro de atención médica, médico, dentista, farmacia, o una persona o entidad apropiada y autorizada o certificada que está autorizada o puede tener derecho a un reembolso por los servicios relacionados con la atención médica prestados a los miembros de Molina Healthcare. Esto también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de atención médica, equipo médico, y apoyos y servicios prolongados.

Directorio de Proveedores: una lista de todos los proveedores de la red de Molina Healthcare. Los llamamos proveedores de la red.

Dispositivos y Servicios de Rehabilitación: tareas específicas que deben, de acuerdo con el Título 47 del Código Revisado de Ohio, ser proporcionadas directamente por un personal de atención médica profesional o técnico autorizado. Son servicios de atención médica que ayudan a la persona a mantener, recuperar o mejorar las destrezas y el funcionamiento para la vida cotidiana. Estos servicios pueden ser proporcionados para destrezas o funcionamiento que se perdió o disminuyó debido a que la persona estaba enferma, lesionada o incapacitada.

Derivación: solicitud de un PCP para que su paciente vea a otro proveedor de atención médica. No necesita una remisión para ver a un proveedor.

Área de servicios: zona geográfica en la que Molina Healthcare presta servicios.

Atención de Enfermería Especializada: tareas específicas que deben, de acuerdo con el Capítulo 4723 del Código Revisado de Ohio, ser proporcionadas por un auxiliar de enfermería autorizado (licensed practical nurse, LPN) bajo la dirección de un(a) enfermero(a) profesional o directamente por un(a) enfermero(a) registrado(a). Estos servicios son prestados o supervisados por enfermeros autorizados en su hogar o en una residencia para ancianos.

Especialista: es un médico que se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, gestionar, prevenir o tratar determinados tipos de síntomas y afecciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene más entrenamiento en un área específica de atención médica.

Telemedicina (atención virtual): atención que recibe en línea, a través de la aplicación móvil o por teléfono. Los miembros de Medicaid pueden reunirse con los proveedores de atención médica y de servicios de salud conductual mediante el servicio de telemedicina en caso de enfermedades y lesiones. Consulte la página 33 para obtener información adicional acerca del servicio de telesalud.

Cuidados de Urgencia: atención de un paciente con una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención médica inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias. Puede recibir este cuidado de parte de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no puede acudir a ellos. También se denomina “atención que no es de emergencia”.

Formulario de Quejas y Apelaciones

Formulario para Presentación de Quejas/Apelaciones del Miembro

Instrucciones para presentar una queja o apelación:

1. Complete este formulario en su totalidad. Describa los problemas con el mayor detalle posible.
2. Adjunte copias de los registros que desee presentar (no envíe documentos originales).
3. Si alguien más envía el documento en su nombre, usted debe otorgar su consentimiento.
4. Usted puede presentar el formulario completo de una de las siguientes maneras:
    a. Envíelo a la dirección que se indica a continuación.
    b. Envíelo por fax al número de fax que aparece a continuación.
    c. Presente su información en persona. Para hacerlo, llame al número que aparece a continuación.

Molina Healthcare no puede garantizar que la forma en que envía este formulario sea un método seguro. Por ejemplo, puede que no sea seguro enviar este formulario por correo o por fax.

Enviaremos una carta de acuse de recibo de su solicitud por escrito. Se le enviará por correo dentro de los tres (3) días laborales después de recibir la solicitud.

Nombre del miembro: _____

Fecha de hoy: _____

Nombre de la persona que presenta la queja/apelación, si no es el miembro:

_____

Relación con el miembro: _____

Núm. de identificación del miembro: _____

Número de teléfono de contacto diurno: _____

Problemas específicos: _____
Indique todos los detalles relacionados con su solicitud, incluidos los nombres, las fechas y los lugares. Adjunte otra hoja de papel a este formulario si necesita más espacio.

Con su firma a continuación, usted acepta que toda la información proporcionada es verdadera y correcta. Si alguien más está llenando este formulario por usted, está otorgando su consentimiento por escrito para que la persona mencionada anteriormente envíe el formulario en su nombre.

Firma del Miembro: _____

Fecha: _____

Si desea recibir ayuda con su solicitud, podemos ayudarlo(a). Podemos ayudarlo(a) en el idioma que usted habla o si necesita otra asistencia especial para escuchar o ver. Puede llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax a:

Molina Healthcare of Ohio
Attn: Grievance & Appeal Department
P.O. Box 349020
Columbus, Ohio 43234-9020

Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare: (800) 642-4168
TTY o Servicio de Retransmisión de Ohio para personas con impedimentos auditivos: (800) 750-0750 o 711.
Número de fax: (866) 713-1891
Departamento de Servicios para Miembros: (800) 642-4168; TTY o Servicio de Retransmisión de Ohio: (800) 750-0750 o 711.

www.MolinaHealthcare.com

Apéndice A: Manual de Beneficios de Farmacia de Gainwell

Administrador de Beneficios de Farmacia Único (SPBM)

1 Contenido del Manual del Miembro

1.1 Identidad Corporativa

Gainwell Technologies es una empresa con más de 50 años de experiencia comprobada y una reputación de excelencia en el servicio y experiencia sin precedentes. Gainwell no opera bajo ningún otro nombre comercial o DBA. En Gainwell, todo lo que hacemos está enfocado en las personas.

La misión de Gainwell es empoderar a los clientes a través de tecnologías y soluciones innovadoras para ofrecer resultados de salud y servicios humanos excelentes.

Ahora es miembro de nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia Único (Single Pharmacy Benefit Manager, SPBM). Aquí, en Gainwell, creemos que usted merece servicios de farmacia de calidad y que debe recibir los servicios más actualizados que podamos proporcionar.

En línea: https://spbm.medicaid.ohio.gov.

Correo electrónico: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Si sospecha de fraude al consumidor o al proveedor, comuníquese con nuestro número de teléfono gratuito de información sobre Fraude, Malgasto y Abuso al 1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437), y seleccione la opción para informar inquietudes por Fraude, Malgasto y Abuso.

1.2 Servicios Disponibles

Gainwell cubre todos los medicamentos recetados y de venta libre (over-the-counter, OTC) que cuentan con la cobertura de Medicaid y son médicamente necesarios. Usamos una lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL), que es una lista con los medicamentos que preferimos que su proveedor le recete. Es posible que le solicitemos a su recetador que presente una solicitud de autorización previa, en la que su recetador nos proporcione información adicional donde se explique por qué es posible que se requiera un medicamento específico o una determinada dosis o cantidad de medicamento.

Los siguientes servicios están disponibles para ayudarlo con cualquier necesidad adicional que pueda tener:

- Interpretación oral.
- Servicios de traducción.
- Ayudas y Servicios Auxiliares.
- Información escrita en formatos alternativos, como braille o letra de molde grande.

1.2.1 Lista de Medicamentos Preferidos

Gainwell utiliza una PDL, que es una lista de medicamentos que preferimos que su proveedor recete. Puede encontrar una copia de la PDL en las siguientes ubicaciones:

- En la pestaña información de Medicaid en https://spbm.medicaid.ohio.gov.

- Al iniciar sesión en el Portal para Miembros de Gainwell, en https://spbm.medicaid.ohio.gov.
- El sitio web de la farmacia del Departamento de Medicaid de Ohio aquí: https://pharmacy.medicaid.ohio.gov/unified-pdl
- Se puede solicitar una copia impresa llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-491-0344 (TTY: 1-833-655-2437)

1.2.2 Autorizaciones Previas

Es posible que su recetador deba presentar una solicitud de autorización previa para ciertos medicamentos. Su recetador enviará estas solicitudes a través de muchas vías diferentes (teléfono, fax, correo postal o portal web) para garantizar una revisión rápida y eficiente de su medicamento. En estas circunstancias, su proveedor enviará una solicitud de autorización al equipo de Gainwell Pharmacy Services, que llevará a cabo una revisión clínica del medicamento que su proveedor solicita. El equipo de Gainwell Pharmacy Services trabajará estrechamente con el recetador para proporcionar la mejor decisión clínica. Usted recibirá una carta por correo postal en la que se indicará el resultado de la decisión tomada.

Si no está de acuerdo con la decisión tomada por Gainwell, se le enviará información detallada sobre cómo puede apelar nuestra decisión.

Tiene la opción de llamar al número de teléfono gratuito del Departamento de Servicios para Miembros, 1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437), para obtener información sobre la PDL, los medicamentos que pueden requerir autorización previa o para hacer cualquier pregunta que pueda tener relacionada con los medicamentos. La PDL y una lista de medicamentos que requieren autorización previa están disponibles para que pueda verlos en línea aquí: https://spbm.medicaid.ohio.gov. Es importante que usted o su recetador consulten la

PDL o la lista de medicamentos que requieren autorizaciones previas cada vez que tengan preguntas, ya que estos documentos podrían ser modificados.

1.2.3 Estrategias de Administración de Utilización de Farmacia

La PDL se utilizará con cada revisión de autorización previa completada por el equipo de Gainwell Pharmacy Services. Cuando se requiera una autorización previa, Gainwell deberá aprobar la solicitud del recetador antes de que usted pueda surtir su medicamento en su farmacia preferida dentro de la red. Puede que se requiera autorización previa en estos casos:

- Un medicamento genérico o alternativo disponible.
- El medicamento solicitado se puede usar de forma incorrecta o se puede abusar de su consumo.
- Primero se deben probar otros medicamentos.
- Se han superado los límites de cantidad para el medicamento solicitado.
- El medicamento que su proveedor le recetó no está incluido en la PDL.

La PDL generalmente incluye varias opciones de medicamentos para tratar una afección en particular. Dichos medicamentos se conocen como medicamentos "alternativos" y son igual de efectivos que otros medicamentos sin provocar efectos secundarios adicionales ni problemas de salud.

Entre las razones específicas por las que su recetador puede tener que presentar una solicitud de autorización previa se incluyen las siguientes:

Terapia Progresiva: en algunos casos, de acuerdo con nuestro plan usted debe probar ciertos medicamentos en una primera instancia para tratar su afección médica.

Sustitución Genérica: en este caso, se requerirá que una farmacia proporcione un medicamento genérico en lugar de un medicamento de marca registrada cuando esté disponible. Los medicamentos genéricos son igual de seguros y efectivos que los medicamentos de marca registrada y deben recetarse primero.

Intercambio Terapéutico: en este escenario, usted no puede tomar un medicamento por motivos como alergia, intolerancia, etc., es posible que un medicamento no le dé resultado y que el recetador le indique uno que no esté en la lista de medicamentos aprobados.

Medicamentos de Especialidad: esta es una revisión de un medicamento que se considera más complejo para una enfermedad específica y requiere atención y manejo específicos durante el proceso de revisión de la autorización previa. Es posible que tenga que conseguir estos medicamentos en farmacias especializadas. Su recetador trabajará con Gainwell Pharmacy Services para asegurarse de que pueda obtener el medicamento que necesita lo más rápido posible.

1.2.4 Servicios Excluidos

Gainwell no pagará por las siguientes categorías que no tengan la cobertura del programa de farmacias de Medicaid de Ohio:

- Medicamentos para el tratamiento de la obesidad.
- Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil.
- Medicamentos o fármacos para la Implementación del Estudio de Eficacia de Medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI) que se puedan haber considerado idénticos, similares o relacionados.
- Medicamentos que son elegibles para estar cubiertos por Medicare Parte D.
- Medicamentos de venta libre que no están enumerados de acuerdo con el párrafo C de la ACO, regla 5160-9-03.
- Medicamentos que se utilizan para indicaciones no aprobadas por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), a menos que estén respaldados por evidencia clínica convincente.

1.2.5 Servicios Adicionales

El equipo de Gainwell Pharmacy también puede ayudarle con los siguientes servicios si llama al servicio de asistencia para miembros: 1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437). También puede acceder a esta información desde su portal de miembros, iniciando sesión en https://spbm.medicaid.ohio.gov.

- Localizar una farmacia para que surtan una receta de su proveedor.
- Verificar que tiene la cobertura de farmacia activa.

- Obtener suministros para diabéticos cubiertos a través de su beneficio de farmacia.
- Obtener equipo médico de uso prolongado (durable medical equipment, DME) cubierto a través de su beneficio de farmacia.

1.3 Solicitud de Apelaciones, Quejas o Audiencias Estatales

Quejas
Si no está satisfecho con algún aspecto de Gainwell Pharmacy Services o con nuestros proveedores, comuníquese con nosotros lo antes posible. Esto se denomina "queja".

Puede comunicarse con nosotros de las siguientes maneras:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437) y elija la opción 1 para hablar con un miembro del equipo de la Línea de Ayuda Técnica Farmacéutica de Gainwell.
- Complete el formulario de quejas y apelaciones incluido en este manual del miembro y envíelo por correo a Gainwell Pharmacy Services a la dirección que aparece a continuación o en línea por su portal para miembros.
- Visite nuestro sitio web en https://spbm.medicaid.ohio.gov.
- Escriba una carta para contarnos por qué no está contento con nuestro servicio. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, su identificación de Medicaid, su dirección y su número telefónico para que podamos comunicarnos con usted, si es necesario. Puede enviar su formulario o carta por correo electrónico o correo postal.

Correo electrónico: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Correo: Gainwell Pharmacy Services
5475 Rings Rd.
Atrium II North Tower, Suite 125
Dublin, OH 43017-7565

Una vez que se comunique con Gainwell para presentar su queja formal, haremos un seguimiento por teléfono, entrega por correo postal u otros medios apropiados con los siguientes plazos:

- Dos (2) días laborales para quejas sobre no poder recibir la atención médica que necesita.
- Treinta (30) días calendario para todas las demás quejas.

Apelación
Si recibe una notificación de nuestra parte con la que no está de acuerdo, puede solicitar una apelación dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la fecha de la notificación. Gainwell le dará una respuesta a su apelación dentro de los quince (15) días calendario a partir de la fecha en la que se comunicó con nosotros. Si cree que en quince (15) días calendario se podría poner en grave peligro su vida, su salud física o mental, o su capacidad para conseguir, mantener o recuperar sus funciones por completo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Gainwell al número que aparece a continuación lo antes posible para acelerar su proceso de revisión. Para solicitar una apelación interna, usted puede hacer lo siguiente:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437) y elija la opción 1 para hablar con un miembro del equipo de la Línea de Ayuda Técnica Farmacéutica de Gainwell.
- Complete el formulario de quejas y apelaciones incluido en este manual del miembro y envíelo por correo a Gainwell Pharmacy Services a la dirección que aparece a continuación, o complételo en línea desde su portal para miembros.
- Visite nuestro sitio web en https://spbm.medicaid.ohio.gov.
- Escriba una carta. Asegúrese de incluir su nombre y apellido, identificación de Medicaid, dirección y número telefónico para que podamos comunicarnos con usted, si es necesario. Puede enviar su formulario o carta por correo electrónico o correo postal.

Correo electrónico: OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com

Correo: Gainwell Pharmacy Services
5475 Rings Rd.
Atrium II North Tower, Suite 125
Dublin, OH 43017-7565

Cuando presente una apelación, incluya la siguiente información:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid en su tarjeta.
- El nombre de su recetador.
- La razón por la que no está de acuerdo con el resultado proporcionado por Gainwell.
- Cualquier documentación o información que respalde su solicitud de que rechace su decisión.

Gainwell debe darle una respuesta a su apelación dentro de los quince (15) días calendario a partir de la fecha en la que usted se comunique con nosotros. Si no modificamos nuestra decisión, se le notificará por escrito y se le proporcionará su derecho a solicitar una audiencia Estatal. Debe completar el proceso de apelación antes de poder solicitar una audiencia Estatal.

Si necesitamos más tiempo para tomar una decisión acerca de una queja o una apelación, le enviaremos una carta donde le informaremos que necesitamos hasta catorce (14) días calendario adicionales. En esa carta también se le proporcionará información sobre por qué necesitamos más tiempo para completar su solicitud.

Audiencia Estatal

Debe completar el proceso de apelación de Gainwell antes de poder solicitar una audiencia Estatal. Una audiencia Estatal es una reunión con usted o con su representante autorizado, alguien del Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado, alguien de Gainwell y un funcionario de audiencia de la Oficina de Audiencias Estatales del Departamento de Empleo y Servicios de Familia de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). En esta reunión, usted explicará por qué cree que Gainwell Pharmacy Services no tomó la decisión correcta y desde Gainwell le explicarán las razones por las que tomamos la decisión. El funcionario de audiencias tomará una decisión de acuerdo con las normas, las reglamentaciones y la información proporcionada durante la audiencia.

Se le notificará sobre su derecho a solicitar una audiencia Estatal si no modificamos nuestra decisión como resultado de una apelación a Gainwell. Si desea solicitar una audiencia Estatal, usted o un representante autorizado deben solicitar una audiencia dentro de los noventa (90) días calendario posteriores a la denegación de su apelación a Gainwell.

Para solicitar una audiencia, puede firmar y devolver el formulario de audiencia Estatal a la dirección o al número de fax que se indica en el formulario, llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al 1- 866-635-3748 (TTY/TDD: 614-728-2985), o envíe su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov. Si desea obtener información sobre los servicios legales gratuitos, puede llamar a la Ohio State Legal Services Association (Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio) al 1-800-589-5888 para obtener el número de su oficina de asistencia legal local.

Las decisiones de la audiencia Estatal generalmente se emiten, como máximo, setenta (70) días calendario después de la recepción de la solicitud. Si se decide que la afección de salud cumple los criterios para una determinación acelerada, la decisión se emitirá tan rápidamente como sea necesario, pero, como máximo, a los tres (3) días laborales posteriores a la recepción de la solicitud. Las determinaciones aceleradas sirven para situaciones en las que tomar el plazo estándar de revisión podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad.

1.4 Recomendaciones de Cambio

Como miembro de Gainwell Pharmacy Services, usted tiene el derecho de membresía a hacer recomendaciones con respecto a los derechos y las responsabilidades relacionados con la cobertura de medicamentos.

Las recomendaciones se pueden enviar por correo electrónico a Gainwell Pharmacy Services a OH_MCD_PBM@gainwelltechnologies.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-491-0344. (TTY/TDD: 1-614-728-2985).

1.5 Acceso a Farmacias

Gainwell Pharmacy Services ofrece un portal para miembros donde usted puede iniciar sesión y administrar sus necesidades de farmacia. Para iniciar sesión en su portal personal para miembros, visite https://spbm.medicaid.ohio.gov e inicie sesión con la información personal que haya cargado para su cuenta.

Para inscribirse y conseguir un proveedor a través del Portal para Miembros de Gainwell, puede seguir las instrucciones que aparecen en el sitio web, https://spbm.medicaid.ohio.gov, o llamar al número de teléfono gratuito del Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-491-0344 (TTY: 1-833-655-2437) para hablar con un agente de Gainwell Pharmacy Services y recibir asistencia paso a paso para inscribirse y obtener acceso.

1.6 Medicamentos de Emergencia para Pacientes Ambulatorios

En caso de una situación de emergencia, tendrá la opción de recibir un suministro de su medicamento médicamente necesario para 72 horas (tres días). Si tiene dificultades para llevar a cabo este proceso, comuníquese con Gainwell Pharmacy Services llamando al 1-833-491-0344 (TTY: 1-833-655-2437).

1.7 Declaración de No Discriminación

Gainwell Pharmacy Services cumple con las leyes de derechos civiles estatales y federales que le garantizan protección ante discriminación o trato injusto. No brindamos un trato injusto por motivos de edad, raza, color, nacionalidad, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad mental o física, antecedentes médicos, estado de salud, información genética, evidencia de asegurabilidad, estado militar, condición de veterano, ascendencia ni la necesidad de recibir servicios de salud para acceder a cualquier servicio cubierto o ubicación geográfica.

Gainwell no presenta objeciones morales ni religiosas ante los servicios que proporcionamos a los miembros del Departamento de Medicaid de Ohio.

Si necesita alguno de los servicios adicionales que se mencionan a continuación, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito 1-833-491-0344 (TTY: 1-833-655-2437) para hablar con un miembro del equipo sin cargo adicional:

- Interpretación oral.
- Servicios de traducción.
- Ayudas y Servicios Auxiliares.
- Información escrita en otros idiomas, incluidos, entre otros, español, somalí, y árabe.
- Información escrita en formatos alternativos, entre los que se incluyen braille y letra de molde grande.

1.8 Declaración de la Red de Proveedores

Para que usted pueda surtir recetas cerca de su hogar, Gainwell trabaja con farmacias con el fin de facilitar el acceso a cualquiera de sus necesidades de medicamentos. Muchas de las farmacias ofrecen servicios que incluyen la entrega a domicilio de medicamentos recetados, la administración de medicamentos y la asistencia si tiene un manejo limitado del inglés, dificultades de audición o de visión, o una discapacidad por la que necesita apoyo adicional. Las farmacias especializadas también están disponibles para proporcionar medicamentos con requisitos específicos de manipulación, almacenamiento y distribución para tratar enfermedades de alto riesgo, complejas o raras. Si se produce algún cambio relacionado con estas farmacias, nos aseguraremos de informarle a través del sitio web, el Portal para Miembros de Gainwell o el correo postal, según lo que haya establecido como medio de comunicación preferido en su solicitud.

Gainwell no brinda cobertura para que se surtan recetas en farmacias que no están registradas (Fuera de la Red) para dispensar medicamentos a los miembros de Medicaid de Ohio; se incluyen, entre otras, farmacias que están lejos de su hogar, excepto en situaciones de emergencia (si se encuentran fuera del estado en una emergencia o si una farmacia de Ohio no puede suministrar el medicamento).

1.9 Red de Proveedores de Farmacias

Puede obtener información sobre cómo encontrar una farmacia que tenga cobertura en su red al acceder al Directorio de Proveedores de Farmacias en línea en https://spbm.medicaid.ohio.gov o al iniciar sesión en el Portal para Miembros de Gainwell en https://spbm.medicaid.ohio.gov. Puede solicitar una copia impresa del Directorio de Proveedores de Farmacias llamando al número de teléfono gratuito del Departamento de Servicios para Miembros: 1-833-491-0344 (TTY 1-833-655-2437).

Molina Healthcare of Ohio
P.O. Box 349020
Columbus, OH 43234

(800) 642-4168

MyMolina.com

Fecha de emisión: noviembre de 2022

9711HBMDOHES
220406

MHO-MCD-0001
1022