

molinahealthcare.com/sc

Bienvenido(a) a Molina Healthcare Está en Familia.

(855) 882-3901, (TTY: 711)
115 Fairchild Street, Suite 340
Daniel Island, SC 29492

PO Box 40309
N. Charleston, SC 29423-0309

South Carolina

Manual del Miembro

Medicaid 2024

Revisado en diciembre de 2023

MO-06022023-M-1.3-WM-U-A



Notificación de no discriminación
Molina Healthcare of South Carolina
Medicaid

Molina Healthcare of South Carolina (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles que tienen relación con a los servicios de atención médica. Molina da servicios de atención médica a todos los miembros sin discriminar por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Molina no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Esto incluye la identidad de género, el embarazo y los estereotipos de sexo.

Para ayudarle a comunicarse con nosotros, Molina le da servicios gratuitos:

- Asistencia y servicios para personas con discapacidades
 - Intérpretes que están capacitados en lenguaje de señas
 - Material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema Braille, etc.)

- Servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen un nivel básico de inglés
 - Intérpretes capacitados
 - Material escrito traducido en su idioma
 - Material escrito de forma sencilla con un lenguaje fácil de entender

Si quiere estos servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (855) 882-3901, TTY/TDD: 711.

Si siente que Molina no le dio estos servicios o le trató de forma diferente por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si quiere ayuda para redactar su queja, se la daremos ayuda. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889, o TTY 711. Envíe su queja por correo postal a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

También puede enviar su queja por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com. O, envíe su queja por fax al (877) 823-5961.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>. Puede enviarla por correo postal a:

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

También puede enviarla a un sitio web a través del Portal de Quejas de la Office for Civil Rights, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si quiere ayuda, llame al 1-800-368-1019; TTY al 800-537-7697.

Non-Discrimination Tag Line– Section 1557
Molina Healthcare of South Carolina
Medicaid

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-882-3901 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-882-3901 (TTY: 711).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-882-3901 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
Portuguese	ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-882-3901 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-882-3901 (телетайп: 711).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-882-3901 (TTY: 711).
Brazilian Portuguese	ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-882-3901 (TTY: 711).
Mandarin	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-882-3901 (TTY : 711)。
Falam	RALRINNAK: Falam (Laizo) `ong na thiam asile, man lo tein `onglettu bawmh le hna`uan seknak nangmah hrangah aum. ah ko aw 1-855-882-3901 (TTY:711).
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-882-3901 (TTY: 711) पर कॉल करें।

- Korean 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-882-3901 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
- Chin THEIHDING: Lai holh na thiam asi ah cun, holh let tu a lak in kan in hlan piak lai. 1-855-882-3901 (TTY: 711) ah in rak hlat te.
- French ATTENTION :Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-882-3901 (TTY : 711).
- Karen ပ်သး-နမ့ၢ်ကတိၤကညီၣ်ကျိၣ်,ကျိၣ်အတၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်,တၢ်ဒီးန့ၢ်ဟ့ၣ်ကလိၤတဖၣ်န့ၢ်ဝဲဒၣ်လၢနဂီၢ်. ကိးယီၤ (၁-၈၅၅-၈၈၂-၃၉၀၁) (TTY:၇၁၁).
- Amharic ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም ኣርዳታ ድርጅቶቻች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-882-3901 (መስማት ለተሳናቸው: 711).
- Burmese သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-855-882-3901 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

¡Gracias por elegir Molina Healthcare of South Carolina!

Desde que se abrió nuestra primera clínica en 1980, nuestra misión ha sido dar atención médica de calidad a todas las personas. Estamos aquí para usted. Y hoy, como siempre, tratamos a nuestros miembros como nuestra familia.

En este manual, encontrará información útil sobre los siguientes temas:

Su membresía (pág. 12)

- Tarjeta de identificación
- Referencia rápida
- Números de teléfono

Su doctor (pág. 16)

- Encuentre a su doctor
- Programe su primera cita
- Doctores y hospitales de Molina

Sus beneficios (pág. 20)

- Red Molina
- Servicios dentales y de la vista
- Medicamentos cubiertos
- Programa Site of Care

Sus beneficios extra (pág. 24)

- Educación para la salud
- Programas de salud
- Recursos locales
- Transporte

Su póliza (pág. 28)

- Cobertura
- Facturación
- Derechos y responsabilidades

NOTA: Si tiene problemas para leer o comprender esta o cualquier otra información de Molina, llame al el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 882-3901. Podemos explicarle en inglés o en su idioma principal. También podemos imprimirla en otros idiomas. Puede pedirla en sistema Braille, letra grande o audio. Si tiene una discapacidad auditiva o visual, podemos darle ayuda especial.

La atención médica es un viaje, y usted está en el camino correcto.



1. Revise su kit de bienvenida

Debería haber recibido su tarjeta de identificación de Molina. Está disponible una tarjeta para usted y una para cada miembro de su familia inscrito en Molina. Lleven con ustedes las tarjetas de identificación de Medicaid y Molina en todo momento. Si aún no ha recibido la tarjeta de identificación, visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) o llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si quiere que Molina le reenvíe su kit de inscripción de bienvenida, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Le enviaremos por correo postal un kit impreso en un plazo de cinco días hábiles sin costo alguno.



2. Regístrese en MyMolina

Registrarse es sencillo. Visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) para cambiar de proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), ver el historial de servicios, pedir o imprimir una nueva tarjeta de identificación y mucho más. ¡Conéctese desde cualquier dispositivo, cuando quiera!



3. Hable sobre su salud

Su salud y la de su familia son importantes para nosotros. Le llamaremos para hacer una breve entrevista sobre su salud o la salud de su hijo. Esto nos ayudará a saber cómo darles a usted y a su familia la mejor atención posible. Avísenos si su información de contacto ha cambiado.



4. Conozca el PCP de su hijo

PCP significa proveedor de atención primaria. Será su doctor personal. Para cambiar de doctor o elegir uno, visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) o llame al Departamento de Servicios para Miembros. Llame a su doctor dentro de los próximos 90 días para pautar su primera cita.



5. Conozca sus beneficios

Con Molina, usted tiene cobertura médica y servicios extra sin costo. También damos educación para la salud. Y personas dedicadas a su atención.

Su membresía

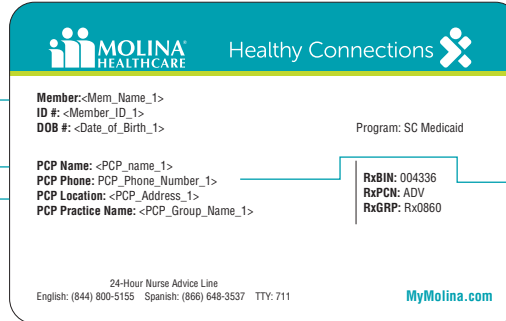
Tarjetas de identificación

Hay una tarjeta de identificación para cada miembro.

Su nombre

Su doctor/clínica

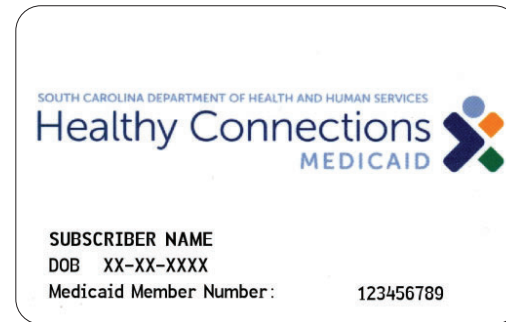
La dirección de su doctor



Su número de identificación de miembro

El número de teléfono de su doctor

Información de contacto de la Línea de Consejos de Enfermería



Debe tener su tarjeta de identificación de Molina y de Medicaid para los siguientes servicios:



Consultar a su doctor, especialista u otro proveedor



Ir a una sala de emergencias



Recibir atención de urgencia



Ir a un hospital



Obtener suministros médicos o recetas médicas



Hacerse exámenes médicos

Si quiere más información, vea la sección “Sus Beneficios” de este manual.

Referencia rápida

Necesidad

Emergencia

Una emergencia es un problema médico que debe tratarse de inmediato. Algunos ejemplos incluyen:

- Fracturas
- Dolor en el pecho
- Dificultad al respirar
- Sangrado excesivo
- Crisis epilépticas o convulsiones

Acción

Llame al 911

Si cree que tiene una afección que requiere atención de emergencia, llame al 911 o diríjase al departamento de emergencias más cercano.

Acceso en línea

- Encontrar o cambiar a su doctor
- Actualizar su información de contacto
- Pedir una tarjeta de identificación
- Recibir recordatorios de atención médica
- Controlar las visitas al consultorio

Ingrese a [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) y regístrese.

Encuentre un proveedor en el siguiente enlace:
[MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://www.molinahealthcare.com/providersearch).

Comuníquese con nosotros a través del correo electrónico seguro; solo debe iniciar sesión en [MyMolina.com](https://www.mymolina.com)

Cómo obtener atención

- Atención de urgencia
 - Enfermedades leves
 - Lesiones menores
- Exámenes físicos y chequeos médicos
- Atención médica de prevención
- Inmunizaciones (inyecciones)

Llame a su doctor:

Si está fuera del horario de atención y no se puede contactar con su PCP, llame a la Línea de Consejos de Enfermería.

Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día

(844) 800-5155 (inglés)

(866) 648-3537 (español)

(TTY: 711)

El personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Necesidad**Los detalles de su plan**

- Preguntas sobre su plan
- Preguntas sobre programas o servicios
- Problemas con la tarjeta de identificación
- Servicios de idiomas
- Transporte
- Ayuda con sus citas
- Atención prenatal
- Consultas de prevención para niños sanos con el PCP

Cambios o eventos de la vida

- Cobertura
- Información de contacto
- Cambio de empleo
- Matrimonio
- Embarazo
- Familiar adicional
- Divorcio

Acción

Departamento de Servicios para Miembros y Gestión médica: **(855) 882-3901** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Fax: (844) 834-2155

Correo electrónico:

MHSCMemberServices@MolinaHealthcare.com

Dirección: PO Box 40309, North Charleston, SC 29423

A fin de programar el transporte a una cita, vea la página 26 para más información.

Centro de Contacto para Miembros de South Carolina Healthy Connections/comprobar su elegibilidad para Medicaid
(888) 549-0820, (TTY: (888) 842-3620)

Administración del Seguro Social
(800) 772-1213

South Carolina Healthy Connections Choices (para la inscripción en un plan de salud)
(877) 552-4642, (TTY: (877) 552-4670)

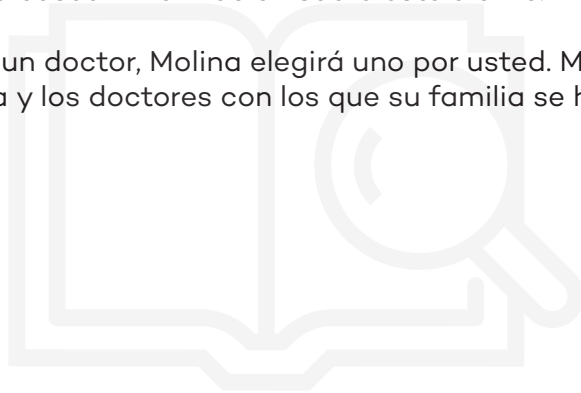
Su doctor

Encuentre a su doctor

Su proveedor de cuidados primarios (PCP) le conoce bien y se ocupa de sus necesidades médicas. Es importante contar con un doctor que le haga sentir cómodo(a). Elegir un doctor dentro de la red es fácil con nuestro Directorio de Proveedores (una lista de doctores). Puede escoger uno para usted y otro para los demás miembros de su familia, o bien uno que los atienda a todos. Puede pedir una copia impresa del Directorio de proveedores cuando quiera. Si quiere pedir una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Programe su primera cita para conocer a su doctor. Llame a su doctor de inmediato si quiere cancelar o volver a programar su cita. También puede llamar a Molina al (855) 882-3901 si quiere ayuda para pautar una cita, buscar a un doctor o buscar información sobre este último.

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



Programe su primera cita

Visite a su doctor en un plazo de 90 días después de convertirse en miembro. Conozca más sobre su salud. Y permita que su doctor sepa más sobre usted.

Su doctor hará lo siguiente:

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

Servicios de intérprete

Si quiere hablar en otro idioma, llame al Departamento de Servicios para Miembros y le ayudaremos en su idioma de preferencia a través de un intérprete. También puede ayudarle a hablar con su doctor o proveedor. Un intérprete podrá ayudarle con lo siguiente:

- Sacar turno
- Hablar con su doctor o personal de enfermería
- Obtener atención de emergencia
- Presentar un reclamo, una queja o una apelación
- Recibir información sobre el consumo de medicamentos
- Hacer el seguimiento de una autorización previa que necesite para un servicio
- Comunicarse a través del lenguaje de señas

Si quiere un intérprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros. El número está en el reverso de su tarjeta de identificación del miembro. También puede pedir al personal de su proveedor que llame al Departamento de Servicios para Miembros por usted. Ellos le ayudarán a conseguir un intérprete que le asistirá en su cita.

Debe acudir a un doctor que sea parte de Molina.

Si, por algún motivo, quiere cambiar de doctor principal, visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.com). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Si cambia de doctor, Molina le enviará una nueva tarjeta de identificación.

Si su doctor no cubre los servicios médicos que necesita debido a sus creencias morales o religiosas personales, llame al Departamento de Servicios de Miembros para pedir una remisión o asesoramiento.



Recuerde, puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería cuando quiera. Nuestro personal de enfermería le ayudará Si quiere atención urgente.

Sus beneficios

Red Molina

Tenemos una creciente familia de doctores y hospitales. Ellos están listos para darle sus servicios. Visite a proveedores que son parte de Molina. Puede encontrar una lista de estos proveedores en MolinaProviderDirectory.com/SC. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si quiere una copia impresa de esta lista.

El directorio en línea tiene información de los proveedores, como sus nombres, números de teléfono, direcciones, especialidades y calificaciones profesionales.

Para obtener una **lista completa de los servicios cubiertos**, y ver los servicios que requieren autorización previa, vea la sección “Servicios cubiertos por Molina” de este manual.





Servicios dentales y de la vista

Estamos aquí para cuidarle en todos los aspectos, incluidos sus dientes, encías y ojos.

Molina cubre exámenes de la vista cada año para miembros de Molina. Los miembros también obtienen monturas y lentes según se indica a continuación:

- Una vez al año, si tiene menos de 21 años, según sea necesario.
- Cada dos años, a partir de los 21 años, según sea necesario.

Para encontrar optometristas o doctores que puedan darle estos servicios, vea el Directorio de Proveedores de Molina en [MyMolina.com](https://www.MyMolina.com).

Además, DentaQuest cubre y da servicios dentales. Vea la página 46 para más información.

Medicamentos cubiertos

Molina cubre todos los medicamentos que sean esenciales para la salud.

Usamos una Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL). Estos son los medicamentos que preferimos que su doctor le recete.

La mayoría de los medicamentos genéricos están incluidos en esta lista. Puede encontrar una lista de los medicamentos preferidos en [MolinaPDL.com/SC](https://www.MolinaPDL.com/SC).

También hay medicamentos que no están cubiertos. Por ejemplo, los medicamentos para tratar la disfunción eréctil, la pérdida de peso y aquellos que se usan para fines cosméticos y para la infertilidad no están cubiertos.

Estamos de su lado. Trabajaremos junto con su doctor para decidir qué medicamentos son los mejores para usted.

Programa Site of Care

El programa Site of Care (SOC) de Molina se diseñó para que los medicamentos que le recete su doctor se le den en un lugar rentable, seguro y cómodo. Estos medicamentos, que puede recetarle su doctor, deben ser suministrados en su casa, en la cita de su doctor o en un centro de infusión. En la mayoría de los casos, estos medicamentos no pueden ser suministrados en un centro hospitalario. Puede consultar la lista de medicamentos cubiertos por el programa SOC en molinahealthcare.com/sc.



Sus beneficios extra

MyMolina.com: Gestione su plan de salud en línea

Conéctese a nuestro portal seguro desde cualquier dispositivo, sin importar dónde esté. Cambie de doctor, actualice su información de contacto, pida una nueva tarjeta de identificación y mucho más. Para registrarse, visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.com).

Aplicación móvil My Molina:

Gestione su atención médica cuando quiera y donde quiera.

Los miembros pueden iniciar sesión en la aplicación con su identificación de usuario y contraseña de MyMolina para acceder a funciones seguras, como las que se indican a continuación:

- Ver su tarjeta de identificación del miembro.
- Encontrar un doctor o centro cerca de su domicilio con la herramienta “Doctor Finder” (Buscar un doctor).
- Usar la Línea de Consejos de Enfermería para recibir la atención que necesita.
- ¡Y mucho más!

Puede descargar la aplicación en su teléfono inteligente desde [App Store](#) para Apple y desde [Google Play](#) para Android.

¡Escanee este código QR con la cámara de su teléfono inteligente y descargue hoy la aplicación!



Nueva evaluación de la salud para la inscripción

Cuando se convierta en miembro de Molina, uno de nuestros representantes le llamará. Le haremos preguntas sobre su salud y la salud de su hijo. Le invitamos a participar en esta breve entrevista. Esta llamada puede ayudar a Molina a identificar cómo darle a usted y a su familia la mejor atención posible. Si no podemos contactarnos con usted, le enviaremos un breve cuestionario de salud por correo postal. Si tiene hijos, le enviaremos por correo un cuestionario por separado con el nombre de cada hijo. Devolver el cuestionario es sencillo. Le damos un sobre de devolución estampado para que el franqueo sea sin costo.



Atención médica virtual

Los miembros pueden consultar a un doctor dentro de la red autorizado por el Consejo Médico. Por teléfono, video o a través de la aplicación móvil My Molina cuando quiera.

Programas de educación para la salud

¡Viva bien y manténgase saludable! Nuestros programas le ayudan a controlar el peso, dejar de fumar u obtener ayuda con enfermedades crónicas sin costo alguno para usted. Recibirá materiales de aprendizaje, consejos para el cuidado y más información. Acceda a nuestros servicios para mantenerse saludable en [MyMolina.com](https://www.mymolina.com).

Si quiere ayuda para dejar de fumar o controlar su peso, llame al Departamento de Administración de Salud al (866) 472-9483.

También tenemos programas para mujeres embarazadas. Si quiere más información, llame al (866) 891-2320.

Recompensas del embarazo

¿Va a tener un bebé? Molina quiere que tenga un embarazo y un bebé sanos. ¡Puede ganar recompensas con nuestro programa de Recompensas del Embarazo! Si quiere más información, llame al (855) 882-3901.

Transporte

Tenemos de transporte para que no tenga que perderse la próxima cita.

El servicio de transporte médico en vehículos que no son ambulancias está disponible a través de ModivCare. Ellos programan y pagan el transporte a los servicios cubiertos para miembros que no tienen otra forma de moverse.

Si califica para recibir este servicio y necesita pautar un transporte, comuníquese con ModivCare. Vea la página 46 para más información.





Administración de la atención

Tenemos un equipo de profesionales de enfermería y trabajadores sociales que están listos para darle servicios. Se llaman administradores de casos. Son de gran ayuda. Le darán atención extra si tiene ciertas afecciones, como las que se indican a continuación:

- Asma
- Trastornos de la salud conductual
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)
- Diabetes
- Presión arterial alta
- Embarazo de alto riesgo
- Anemia de células falciformes
- Otras afecciones graves

Recursos comunitarios

Somos parte de su comunidad. Y nos esforzamos para que esté más saludable. Encontrará recursos locales, eventos de salud y organizaciones comunitarias a su disposición. Ofrecen programas fantásticos y servicios convenientes. Lo mejor de todo es que la mayoría son gratis o tienen un bajo costo para usted.

- Llame al 211 Este es un servicio confidencial sin costo que le ayudará a encontrar recursos locales. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Centro de Contacto para Miembros de Healthy Connections: (888) 549-0820, (TTY: (888) 842-3620)
- Administración de la atención de Molina: (855) 882-3901
- Línea de atención del Programa Women, Infant, Children (WIC): (800) 868-0404
- Programa Childhood Lead Poisoning Prevention en South Carolina del DHEC: (803) 898-3432
- Buscador de ayuda: Le ayuda a cubrir sus necesidades básicas, como vivienda, alimentos y ropa. Visite [Molinahelpfinder.com](https://www.molinahelpfinder.com)

Su póliza

Molina es un plan de atención médica administrada según el riesgo, el cual da y coordina servicios de atención médica para los miembros inscritos. En la siguiente información de la póliza, se dan detalles extra sobre sus beneficios.

Pautas para las citas

Si lo necesita, Molina puede ayudarle a pautar una cita con un doctor. Su PCP debe encargarse de todas las remisiones para recibir atención de un especialista. El consultorio de su doctor debe darle una cita para las consultas que se indican para los siguientes períodos:

Proveedor de atención primaria (PCP)

Tipo de cita	Cuándo debe obtener la cita
--------------	-----------------------------

Atención médica primaria de rutina	Dentro de 4 semanas
------------------------------------	---------------------

Atención de urgencia	Dentro de las 48 horas
----------------------	------------------------

Sin cita previa	Se le atenderá en la medida de lo posible. Las necesidades urgentes deben atenderse dentro de las 48 horas siguientes a la llegada. Las necesidades no urgentes deben ser atendidas dentro de las pautas de la atención médica de rutina.
-----------------	---

Tiempo de espera en el consultorio	Un plazo de 45 minutos para una cita programada de rutina.
------------------------------------	--

Atención de proveedor especializado

Tipo de cita	Cuándo debe obtener la cita
--------------	-----------------------------

Visitas urgentes	Inmediatamente después de la remisión
------------------	---------------------------------------

Atención médica urgente	En las 48 horas siguientes a la remisión o notificación al doctor de atención primaria
-------------------------	--

Atención médica de rutina (no sintomática)	En un plazo de 4 semanas y un máximo de 12 semanas para especialistas únicos. Tiempo de espera: en un plazo de 45 minutos
--	---

Salud conductual

Tipo de cita	Cuándo debe obtener la cita
--------------	-----------------------------

Atención de emergencia que no pone en riesgo la vida	En un plazo de 6 horas tras el pedido
--	---------------------------------------

Atención de urgencia	Dentro de las 48 horas
----------------------	------------------------

Atención médica de rutina	Dentro de los 10 días naturales
---------------------------	---------------------------------

Atención médica de emergencia

Tipo de cita	Cuándo debe obtener la cita
Atención médica de emergencia	Inmediatamente después de su presentación en el centro de tratamiento. Acceso por teléfono para afecciones médicas de emergencia.

¿Qué ocurre si tengo un bebé?

Molina quiere asegurarse de que reciba atención médica de inmediato si cree que está embarazada. Si cree que está embarazada, vea a su PCP. Una vez que confirme que está embarazada, su PCP querrá que vea a un obstetra/ginecólogo. No necesita una remisión para ver al obstetra/ginecólogo. Es importante que vea a su obstetra/ginecólogo. Es posible que requiera ayuda para encontrar un obstetra/ginecólogo. De ser así, llame al Departamento de Servicios para Miembros y la ayudaremos a coordinar su cuidado prenatal. O bien si quiere evitar el embarazo, vea sus opciones de planificación familiar. Los miembros pueden acceder a servicios de planificación familiar de cualquier proveedor inscrito en Medicaid de South Carolina, sin importar de su estado en la red de Molina.

Inscripción en atención médica administrada para recién nacidos

Un recién nacido que cumpla los requisitos de Medicaid en los tres primeros meses de vida y esté vinculado a su madre biológica, se incorporará automáticamente al plan de salud en el que esté inscrita su madre en el momento del nacimiento. El bebé se inscribirá durante

su mes de nacimiento y estará en el mismo plan hasta, al menos, el primer mes después del nacimiento. Si no quiere que se inscriba a su bebé en su plan de salud, puede cambiar el plan durante los primeros 90 días de vida del bebé. Tendrá que llamar a los asesores de inscripción de Medicaid de SC Healthy Connections Choices al (877) 552-4642, (TTY: (877) 552-4670).

- **A los recién nacidos que no estén vinculados** a una madre inscrita en Medicaid, se les enviará por correo un paquete de inscripción. El tutor del recién nacido inscribirá al bebé en un plan de salud o un corredor de inscripción le asignará a un plan si el tutor no elige antes de la fecha límite.
- **Los recién nacidos que estén vinculados** a una madre inscrita en Medicaid, pero reciben el estado de elegibles para Medicaid después de los primeros tres meses de vida, no se pueden agregar al plan de salud de la madre de forma retroactiva (después del nacimiento). Se puede agregar a estos recién nacidos en el próximo período de inscripción disponible.

Programa de embarazo

Molina cuenta con un programa especial para mujeres embarazadas. Este programa ayudará a las mujeres a obtener la educación y los servicios necesarios para un embarazo sano.

Según sus necesidades, se pueden dar los siguientes servicios:

- Asesoramiento por teléfono
- Cuadernos de ejercicios educativos y otros recursos
- Coordinación con servicios sociales

- Servicios de administración de la atención por parte de un miembro del personal de enfermería

Si está embarazada, siga los pasos que se mencionan a continuación:

- Vea con su proveedor en cuanto se entere de que está embarazada
- No falte a ninguna cita de atención prenatal con su proveedor
- Visitar al proveedor la ayudará a saber cómo se desarrolla su bebé. Pueden ayudarla a prepararse para el nacimiento de su bebé
- El proveedor podrá observar cualquier problema que surja durante el desarrollo de su bebé. Queremos que tenga un embarazo y un bebé sanos

Como parte del programa, también aprenderá cómo mantenerse sana después de su embarazo.

¿Cómo se inscriben los miembros?

Llame a nuestro Departamento de Administración de Salud al (866) 891-2320 (TTY: 711). Nuestro personal puede darle más información. También puede pedir una remisión o inscribirse en un programa.

Histerectomías, esterilización y abortos

Existen ciertas condiciones que permiten cubrir histerectomías, esterilizaciones y abortos para los miembros.

Las histerectomías están cubiertas solo cuando no son optativas y son esenciales para la salud. Las histerectomías no están cubiertas cuando solo se recurre a ellas para prevenir el embarazo. En el caso de las esterilizaciones, debe tener, al menos, 21 años,

ser mentalmente competente y dar su autorización de forma voluntaria.

Los abortos solo están cubiertos si su embarazo es producto de una violación o incesto; si usted presenta un trastorno físico, una lesión o una enfermedad debido al embarazo; o si está en riesgo de morir por el trastorno físico, la lesión o la enfermedad si no se lleva a cabo el aborto.

Servicios cubiertos

Proceso de autorización previa

Puede obtener atención de emergencia y recibir la mayoría de los servicios sin ninguna autorización previa. Sin embargo, algunos servicios sí requieren de una autorización previa. Para pedir una autorización previa, un proveedor debe llamar a su plan de atención médica e indicar la atención que quiere que usted reciba. Revisaremos el pedido en función de la necesidad médica y informaremos a su proveedor si el pedido se aprueba antes de que pueda darle el servicio. Informaremos a su proveedor de nuestra decisión en un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción del pedido de servicio. Sin embargo, si se determina que el plazo estándar podría ser un riesgo para su salud, tomaremos una decisión de forma rápida y le avisaremos dentro de las 72 horas siguientes a la recepción del pedido de servicio. Puede pedir un máximo de 14 días naturales extra si usted o su proveedor necesitan presentar más información antes de que tomemos una decisión. Molina también puede pedir días extra si necesita más información para tomar una decisión. En el caso de las decisiones estándar, podemos pedir hasta 14 días naturales extra; en el caso

de una decisión más rápida, hasta 48 horas extra. Le informaremos por escrito si se requiere una extensión. Esto se hace para garantizar que reciba la atención apropiada.

Puesto que su PCP es la persona que enviará los pedidos de autorización previa en su nombre y le derivará a especialistas cuando sea necesario, es importante que tenga una buena relación con su PCP. Tener una buena relación le ayuda a asegurarse de que su PCP le pueda dar la mejor atención posible para sus necesidades.

Vea la tabla de Servicios Cubiertos que aparece a continuación para obtener una lista de los servicios cubiertos, las limitaciones, las exclusiones y los copagos. También puede visitar molinahealthcare.com/sc o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por Molina

Servicios	Cobertura	Límites y exclusiones
Servicios contra el abuso de alcohol, drogas y Servicios contra el abuso de sustancias	Con cobertura. Los servicios de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol, la drogadicción y el abuso de sustancias son proporcionados por el Department of Alcohol and Other Drug Abuse Services (DAODAS).	
Servicios de ambulancia	Con cobertura. Transporte de emergencia proporcionado por: <ul style="list-style-type: none">• Ambulancia• Avión ambulancia	
Servicios médicos complementarios	Con cobertura. Incluye servicios médicos solicitados por un proveedor, lo que incluye, entre otros, servicios de laboratorio, servicios de radiología y fisioterapia. Por ejemplo: anestesiología.	

Servicios	Cobertura	Límites y exclusiones
Servicios audiológicos	<p>Entre estos servicios se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes • Ajustes y servicios de audiología relacionados • Diagnóstico, exámenes y servicios de prevención y corrección para los miembros con deficiencias auditivas o para determinar si las tienen. 	Con cobertura solo para niños menores de 21 años.
Trastorno del espectro autista	<p>Con cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de identificación conductual • Tratamiento de la Conducta adaptativa según el Protocolo • Tratamiento de la Conducta adaptativa con modificación del Protocolo • Guía de Tratamiento de la Conducta adaptativa para la Familia 	
BabyNet	Con cobertura según las pautas del South Carolina Department of Health and Human Services (SCDHHS).	
Servicios quiroprácticos	<p>Con cobertura.</p> <p>Limitado a la manipulación manual de la columna para alinear de nuevo los huesos de la columna.</p>	<p>Limitado 6 citas por año.</p> <p>2 radiografías por año fiscal estatal.</p>

Servicios	Cobertura	Límites y exclusiones
Servicios de enfermedades contagiosas	<p>Con cobertura.</p> <p>Exámenes y revisiones que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas para determinar cuál es su problema y tratarlo • Trazabilidad de contactos • Asesoramiento y educación para la salud • Terapia de observación directa (Directly Observed Therapy, DOT) para casos de tuberculosis (TB). Ayuda para controlar y prevenir enfermedades como la tuberculosis, la sífilis y otras infecciones de transmisión sexual (STI) y el HIV/AIDS 	<p>NOTA: Estos servicios también se pueden recibir en el Department of Health and Environmental Control (DHEC).</p>
Control de enfermedades	<p>Con cobertura.</p> <p>Esto incluye hacer un seguimiento de cualquier afección médica o enfermedad, además de darle información sobre las opciones de tratamiento disponibles.</p> <p>En la actualidad, Molina da acceso a programas para el control de enfermedades. Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa para el Control del Asma Breathe with Ease (para niños y adultos) • Programa para el Control de la Depresión Building Brighter Days (para adultos) • Programa para la Anemia de Células Falciformes 	

Servicios	Cobertura	Límites y exclusiones
Equipo médico duradero y suministros	<p>Con cobertura cuando sea médicamente necesario.</p> <p>Es posible que el equipo requiera la autorización previa de su doctor.</p> <p>Equipos y suministros médicamente necesarios, como los que se indican a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Productos médicos • Suministros quirúrgicos • Sillas de ruedas • Equipo de tracción • Andadores • Bastones • Muletas • Equipos de ventilación mecánica • Dispositivos ortopédicos • Dispositivos ortóticos • Oxígeno • Aparatos auditivos y accesorios • Suministros para la diabetes • Suministros para la incontinencia • Cualquier otro elemento cuando un doctor indique que es médicamente necesario 	<p>\$3.40 de copago</p> <p>Los aparatos auditivos y los accesorios para dichos aparatos solo tienen cobertura para miembros menores de 21 años.</p>
Servicios de emergencia médica	<p>Con cobertura.</p> <p>Llame a su proveedor de atención primaria (PCP) lo antes posible.</p> <p>Todos los servicios de emergencia tienen cobertura. No necesita la autorización de Molina para recibir ningún servicio de emergencia.</p>	

Servicios	Cobertura	Límites y exclusiones
Planificación familiar	<p>Con cobertura.</p> <p>Esto incluye consultas médicas para obtener información sobre anticonceptivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre planificación familiar • Asesoramiento • Medicamentos y suministros anticonceptivos • Pruebas de embarazo • Pruebas de laboratorio • Pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (STI) • Esterilización • Programa de prevención del embarazo en adolescentes 	<p>No tiene cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía para revertir la esterilización <p>Es mejor recibir servicios de planificación familiar de un proveedor participante de Molina. Sin embargo, los miembros elegibles pueden recibir estos servicios de cualquier proveedor apropiado sin restricciones.</p>
Exámenes de prevención de atención médica para adultos	<p>Con cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de prevención de mamografía • Examen de prevención de detección del cáncer de próstata • Examen de prevención para el colesterol • Servicios de vacunación (es decir, gripe, neumococo, hepatitis) • Examen de prevención de detección del cáncer de cuello uterino • Examen de prevención de detección de la clamidia • Consultas prenatales <p>Mujeres miembro: pueden recibir atención médica de rutina y de prevención de un especialista en salud para la mujer (es decir, un obstetra/ginecólogo), además de los servicios que su PCP da.</p>	

Servicios	Cobertura	Límites y exclusiones
Exámenes auditivos, aparatos auditivos y accesorios	Con cobertura para miembros menores de 21 años. <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos • Aparatos auditivos y suministros 	Solo para niños menores de 21 años.
Servicios médicos domiciliarios	Con cobertura. Consultas médicas que se hacen en la casa, entre las que se pueden incluir los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería especializada • Auxiliares de atención médica a domicilio • Suministros médicos y equipos adecuados para su uso en el hogar • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Suministros que un doctor solicita 	Limitado a 50 citas por año. \$3.30 de copago

Servicios	Cobertura	Límites y exclusiones
<p>Hospitalización, lo que incluye servicios que habitualmente da el hospital</p>	<p>Con cobertura.</p> <p>Un doctor es quien debe pedir todos los servicios de hospital. Estos servicios de hospital pueden incluir aquellos que se mencionan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada • Servicios de maternidad • Salas de tratamientos especiales • Quirófanos • Suministros • Exámenes médicos y radiografías • Medicamentos que el hospital le da durante su hospitalización • Transfusiones de sangre • Radioterapia • Quimioterapia • Tratamiento de diálisis • Comidas y dietas especiales • Servicios de enfermería generales • Anestesia • Anestesia para procedimientos dentales de emergencia • Preparación de un plan para cuando salga del hospital (esto incluye atención en el futuro si la necesita) • Rehabilitación en el hospital 	<p>Las habitaciones privadas no tienen cobertura, a menos que sea médicamente necesario.</p> <p>\$25.00 de copago por admisión hospitalaria.</p> <p>El copago solo se aplica a los miembros de 19 años o más, que no estén cursando un embarazo.</p>
<p>Exámenes de laboratorio y radiografías</p>	<p>Con cobertura.</p> <p>Servicios de laboratorio y radiografías médicamente necesarios que su proveedor solicita.</p>	

Servicios	Cobertura	Límites y exclusiones
Centros de atención médica a largo plazo/ Residencia para ancianos	Con cobertura durante los primeros 90 días (o hasta la cancelación de la inscripción en el plan) cuando usted recibe la aprobación e ingresa a un centro de atención médica a largo plazo.	
Servicios de maternidad	<p>Con cobertura. Puede incluir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas con el doctor y toda la atención especializada para el embarazo, los problemas que tienen relación con el embarazo, además de la atención posparto cuando sea médicamente necesario • Servicios que le da una enfermera partera certificada • Pruebas que necesite, como ecografías • Pruebas, tratamiento y asesoramiento sobre el HIV (si la persona está embarazada, puede rechazar someterse a una prueba de HIV) • Servicios del centro de partos • Parto vaginal y cesárea • Exámenes de prevención de audición para recién nacidos 	
Exámenes de prevención de audición para recién nacidos	<p>Con cobertura para miembros de hasta seis meses de edad, ya sea en un centro ambulatorio o para pacientes internados sin Autorización Previa.</p> <p>Se debe hacer en los primeros seis meses de vida.</p>	

Servicios	Cobertura	Límites y exclusiones
Servicios ambulatorios para pacientes pediátricos con AIDS (OPAC)	<p>Con cobertura.</p> <p>Servicios para niños con HIV, o expuestos al virus, y sus familias, incluidos los que se indican a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada • Consultas • Asesoramiento • Pruebas clínicas y de laboratorio 	
Servicios ambulatorios	<p>Con cobertura.</p> <p>Los servicios deben ser solicitados por un doctor y pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención para prevenir enfermedades • Atención para tratar su problema de salud • Rehabilitación • Atención de cirugía • Atención médica de emergencia • Tratamiento de enfermedad de los riñones • Evaluación y pruebas del desarrollo neurológico o mental • Diálisis • Uso de la sala de emergencias para situaciones de emergencia • Medicamentos solicitados por un doctor • Reposición de sangre • Servicios para prevenir problemas o determinar cuáles son dichos problemas • Cirugía sin internación hasta el día siguiente • Esterilización 	<p>Las evaluaciones y pruebas del desarrollo neurológico o mental solo son para miembros elegibles menores de 21 años.</p> <p>\$3.40 de copago por cita (a excepción de las visitas a la sala de emergencias).</p> <p>El copago solo se aplica a los miembros de 19 años o más, que no estén cursando un embarazo.</p>

Servicios	Cobertura	Límites y exclusiones
Medicamentos recetados	Con cobertura.	<p>Se requiere la aprobación de Molina para algunos medicamentos. Algunos medicamentos no tienen cobertura. Vea la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL).</p> <p>\$3.40 de copago por receta médica o renovación; no se incluyen los anticonceptivos.</p> <p>El copago solo se aplica a los miembros de 19 años o más, que no estén cursando un embarazo. Las personas que pertenecen a una institución y los miembros de una tribu indígena reconocida federalmente están exentos de la mayoría de los copagos. Si quiere más información, vea la página 45.</p>

Servicios	Cobertura	Límites y exclusiones
Servicios de doctor	<p>Con cobertura.</p> <p>Esto incluye servicios otorgados por un doctor, un miembro del personal de enfermería especializada, una clínica de salud rural (Rural Health Clinic, RHC) o un centro de salud acreditado a nivel federal (Federally Qualified Health Center, FQHC).</p> <p>Las consultas de prevención para adultos sanos mayores de 21 años se cubren una vez al año.</p>	
Servicios otorgados en un Centro residencial para tratamiento psiquiátrico (PRTF)	<p>Los servicios que se mencionan a continuación tienen cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación común y comidas • Habitación semiprivada • Sala <p>Sesiones psiquiátricas y psicológicas, exámenes de prevención, entrenamiento y apoyo en medicamentos e intervención de las crisis.</p>	<p>El tiempo de tratamiento en el hogar (Therapeutic Home Time, THT) está limitado a 14 días por año.</p>
Servicios de podiatría	<p>Con cobertura para ciertas afecciones médicas para miembros de todas las edades.</p>	<p>Sin copago para los miembros de Molina.</p>

Servicios	Cobertura	Límites y exclusiones
Servicios de rehabilitación de salud conductual (RBHS)/servicios de salud mental.	<p>Con cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones psicológicas • Psicoterapia ambulatoria • Administración de medicamentos (otorgada por un doctor o un miembro del personal de enfermería especializada) • Medicamentos de farmacia especializada (inyectables) • Apoyo de la comunidad • Consultas/conferencias • Pruebas psicológicas • Pruebas neuropsicológicas • Servicios de intervención ante crisis 	
Servicios de rehabilitación para niños	<p>Entre estos servicios se incluyen servicios que no sean de hospital, tales como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, audiología y servicios de enfermería.</p> <p>Los niños que presenten factores de riesgo médico, pueden acceder a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de su estado de salud • Identificación de factores de riesgo • Disponer o cambiar su plan de atención según los objetivos 	

Servicios	Cobertura	Límites y exclusiones
<p>Servicios de trasplantes</p>	<p>Con cobertura.</p> <p>Debe contar con la aprobación de un doctor antes de que se pueda hacer el trasplante. Los tipos de trasplantes incluyen los que se indican a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riñón • Córnea • Médula ósea (pacientes hospitalizados y ambulatorios autógenos, alogénicos o no alogénicos, cordón umbilical e incompatibles) • Páncreas • Corazón • Hígado • Hígado e intestino delgado • Hígado y páncreas • Hígado y riñón • Riñón y páncreas • Pulmón y corazón/pulmón • Multivisceral • Intestino delgado 	<p>Los trasplantes de riñón y de córnea no requieren la aprobación previa de su doctor. Si usted tiene alguna necesidad especial después de su trasplante que requiera la aprobación previa de su doctor, Molina revisará sus necesidades después de su procedimiento. Algunos ejemplos de necesidades especiales pueden ser una silla de ruedas o servicios médicos domiciliarios.</p>
<p>Servicios para la vista</p>	<p>Con cobertura.</p>	
<p>Consultas de prevención para niños sanos que incluye servicios de bienestar/detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)</p> <p>Vea la página 48 para más información el EPSDT</p>	<p>Con cobertura solo para niños hasta el mes que cumplen 21 años.</p> <p>Los servicios de prevención de atención médica incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones de prevención • Exámenes físicos • Vacunas • Análisis de laboratorio, incluido el análisis de nivel de plomo en sangre • Educación sobre temas de salud • Pruebas de audición • Exámenes dentales de prevención • Exámenes de prevención de la vista 	<p>Las consultas de prevención para niños se realizan hasta el mes que cumplen 21 años.</p>

Copagos

En el caso de algunos servicios, es necesario que pague un copago reducido. El copago solo se aplica a los miembros de 19 años o más que no estén cursando un embarazo. Las personas que pertenecen a una institución (como personas en un centro de enfermería o en un centro de cuidados intermedios [Intermediate Care Facility, ICF] para personas con discapacidades intelectuales [Individuals with Intellectual Disabilities, IID]) y los miembros de una tribu indígena reconocida federalmente están exentos de la mayoría de los copagos. Los miembros que pertenezcan a una tribu están exentos cuando reciben servicios otorgados por Catawba Service Unit en Rock Hill, South Carolina; también están exentos cuando obtienen una remisión para un especialista u otro proveedor doctor de Catawba Service Unit. Estos servicios y copagos son los que se mencionan a continuación:

Servicio	Copago
<ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales Farmacia (por receta médica/renovación): el copago se aplicará solo a los miembros que tengan 19 años o más 	\$3.40 por cita o receta médica
<ul style="list-style-type: none"> Atención ambulatoria en el hospital (sin carácter de emergencia) 	\$3.40 por cita
<ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero 	\$3.40
<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización 	\$25.00 por admisión
<ul style="list-style-type: none"> Centros de cirugía ambulatoria Atención médica domiciliaria 	\$3.30 por visita

La información más nueva sobre copagos se puede encontrar en molinahealthcare.com/sc. También puede hablar con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 882-3901, (TTY: 711).

Beneficios extra de Molina

Estos beneficios extra se suman a lo que cubre el programa Healthy Connections y están disponibles sin costo para usted. Si quiere más información sobre los beneficios disponibles para los miembros que cumplan con los requisitos, visite

MolinaHealthcare.com/SC/ValueAdds

Servicios	Limitaciones
Consultas limitadas para adultos	Con cobertura para miembros de 21 años o más
Vista (adulto)	Examen de la vista rutinario anual; un par de lentes y monturas cada dos años para miembros de 21 años o más
Sin copago para las visitas al consultorio del proveedor	No incluye clínicas hospitalarias ambulatorias
Programa de silla infantil para el auto	La miembro debe completar 6 consultas prenatales con el proveedor de la red durante el embarazo
Sacaleches	Para los miembros que califiquen

Servicios extra a los beneficios principales

Además de los beneficios médicos estándares, a continuación se presenta una lista de servicios cubiertos para los miembros de Molina.

Servicio	Cobertura
Transporte médico (no incluye el servicio de ambulancia)	<p>El servicio de transporte está disponible para asistir a citas con el doctor, diálisis, radiografías, análisis de laboratorio, farmacias u otras citas médicas que no sean de emergencia.</p> <p>Para pedir el servicio, llame al corredor de transporte de Healthy Connections, entre 8 a. m. y 5 p. m. hora local. Solicite el servicio, al menos, tres días antes de su cita. Si quiere cancelar el servicio solicitado, avise con, al menos, 24 horas de anticipación. Para pautar o cancelar el transporte, llame a uno de los números de teléfono gratuitos que se indican a continuación. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Le pueden ayudar a pautar o cancelar el transporte.</p> <p>Números de teléfono gratuitos: (866) 910-7688 (866) 445-6860 (866) 445-9954</p> <p>Si quiere más información sobre ModivCare, visite www.MyModivcare.com/members/sc</p>

Servicio	Cobertura
Servicios dentales	<p>Para los miembros menores de 21 años, los servicios dentales rutinarios y de emergencia tienen cobertura y están disponibles a través del proveedor dental DentaQuest.</p> <p>Los servicios dentales limitados también están disponibles para los miembros de Medicaid que tienen 21 años o más.</p>
Servicios de planificación familiar y prevención	Los servicios cubiertos incluyen medicamentos y suministros anticonceptivos tradicionales, además de métodos anticonceptivos de prevención.
Servicios de prevención del embarazo en adolescentes de Medicaid (MAPPS)	Los servicios de prevención del embarazo en adolescentes de Medicaid (Medicaid Adolescent Pregnancy Prevention Services, MAPPS) son para jóvenes en situaciones de riesgo, por lo que se les da educación y asesoramiento sobre la prevención del embarazo.

Su plan de atención médica cubre todos los servicios cubiertos por Medicaid que son médicamente necesarios. Su cobertura médica está sujeta a cambios y modificaciones por parte de las agencias reguladoras gubernamentales. Molina le informará cualquier cambio que se haga. Puede consultar el sitio web de Molina en molinahealthcare.com/sc para obtener la información más nueva sobre los beneficios.

Segundas opiniones

Si no está de acuerdo con el plan de atención médica que su proveedor tiene para usted, tiene derecho a pedir una segunda opinión. Hable con otro proveedor o con un proveedor fuera de la red. Este servicio se da sin costo alguno. Sin embargo, se requiere una autorización previa para visitar a un proveedor fuera de la red. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber cómo obtener una segunda opinión.

Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)

Elegir un proveedor de atención primaria (o PCP) es fácil. Use nuestro Directorio de Proveedores para elegir de una lista de doctores. Se recomienda elegir un doctor que atienda a toda su familia. O, quizás quiera elegir un doctor que le atienda a usted y otro que atienda a sus familiares.

Su PCP conoce mucho sobre usted y se encarga de todas sus necesidades médicas. Elija a un PCP dentro de la red lo antes posible. Es importante que se sienta a gusto con el PCP que elija.

Llame y programe su primera cita para conocer a su PCP. Si quiere ayuda para pautar una cita, llame a Molina. Molina también puede ayudarle a encontrar un PCP. Díganos qué cree importante al momento de elegir a un PCP. Será un placer ayudarle. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para más información.

Cómo obtener atención especializada y remisiones

Si quiere un tipo de atención que su PCP no puede darle, le derivará a un especialista que pueda hacerlo. Hable con su PCP para asegurarse de saber cómo funcionan las remisiones. Si cree que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarle si quiere ver a un especialista diferente. Antes de darle ciertos tratamientos y servicios, su PCP deberá pedir la aprobación de Molina. A esto se lo denomina "autorización previa". Su PCP podrá decirle qué servicios requieren de esta aprobación.

Si no contamos con un especialista que pueda darle la atención que necesita, nosotros se la daremos a través de un especialista que no pertenezca a Molina. La remisión de su PCP garantiza la coordinación de su atención médica y que todos los proveedores conozcan sus objetivos y planes de atención médica.

Para los miembros que piden atención de un especialista que no pertenezca a la red, es necesario que su PCP o el especialista que le atiende soliciten a Molina la autorización previa para cuidados o servicios especializados. Podrá pedir dicha autorización por fax o teléfono. Este pedido de autorización previa debe hacerse antes de que se lleve a cabo cualquier tratamiento o prueba. Si Molina deniega un pedido de atención especializada, le enviaremos una carta dentro de los tres días posteriores a la negación. Usted o su PCP pueden apelar la decisión. Si su PCP o Molina le derivan a un proveedor fuera de nuestra red, usted no será responsable del pago de ningún costo. Molina pagará por estos servicios.

Acudir a un doctor que no forma parte de Molina

Molina contrata a profesionales de la atención médica calificados. Estos proveedores han superado un proceso completo de acreditación para proporcionar atención médica a los miembros de Molina.

Los miembros de Molina deben recibir atención médica de un proveedor que pertenezca a la red de Molina. Si se necesitan servicios médicos de emergencia, según la definición de la ley federal, el miembro podrá acudir a un proveedor no perteneciente a la red.

Antes de recibir los servicios, Molina debe aprobar toda la atención prestada por proveedores no pertenecientes a la red y no contratados. Si debe acudir a un proveedor no contratado, toda la atención prestada por ese proveedor deberá contar con la aprobación de Molina antes de recibir los servicios. Los proveedores no pertenecientes a la red pueden prestar temporalmente servicios de emergencia a un miembro fuera del área de servicio. No es necesaria la aprobación de Molina a menos que lo exijan las leyes o reglamentos federales o estatales.

Si un proveedor de Molina no puede darle los servicios cubiertos y necesarios, Molina deberá cubrir los servicios necesarios a través de un proveedor que se encuentre fuera de la red. El costo que usted debe pagar no puede sobrepasar el monto que pagaría si el proveedor fuese parte de la red de Molina. Esto se debe hacer de forma oportuna, siempre que la red de proveedores de Molina no pueda ofrecer ese servicio.

Programa de bienestar infantil

Las consultas de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) o las consultas de prevención para niños sanos se dan a miembros desde su nacimiento hasta el mes que cumplen 21 años. En estos chequeos médicos, se controla que sus hijos estén creciendo adecuadamente y reciban la atención médica que necesitan. Estos chequeos médicos incluyen un examen de salud, un examen de la vista, un examen dental y un examen auditivo. Los niños también reciben las inmunizaciones (vacunas) y se someten a cualquier prueba de laboratorio que sea necesaria. Los padres y los niños mayores recibirán educación para la salud.

Todas las consultas y los procedimientos de EPSDT tienen cobertura sin costo alguno para usted. Para obtener información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 882-3901 (TTY: 711).

Es muy importante que se le realicen estos chequeos médicos a su hijo. Su hijo puede verse y sentirse bien, pero aún tener un problema de salud. Su doctor puede ayudarlo a encontrar problemas de salud antes de que se conviertan en problemas mayores.

Durante las consultas de prevención para niños sanos, el doctor revisará a su hijo a fin de determinar lo siguiente (para consultar el programa con más detalle, visite molinahealthcare.com/sc):

EPSDT	Bebés (entre 0 y 18) meses	Niños (entre 2 y 6) años	Adolescentes (entre 7 y 21) años
Examen físico y antecedentes médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes médicos • Estatura • Peso • Examen físico • Salud bucodental • Índice de masa corporal (BMI) • Presión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes médicos • Estatura • Peso • Examen físico • Salud bucodental • Índice de masa corporal (BMI) • Presión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes médicos • Estatura • Peso • Examen físico • Salud bucodental • Índice de masa corporal (BMI) • Presión arterial
Desarrollo y evaluación conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de motricidad gruesa • Habilidades de motricidad fina • Habilidades sociales y emocionales • Nutrición (cualquiera de las opciones anteriores) 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de motricidad gruesa • Habilidades de motricidad fina • Comunicación • Destrezas de autoayuda • Destrezas cognitivas • Habilidades sociales y emocionales • Actividad física regular • Nutrición (cualquiera de las opciones anteriores) 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades sociales y emocionales • Actividad física regular • Nutrición (cualquiera de las opciones anteriores)
Evaluación de salud mental	Salud mental (debe abordarse)	Salud mental (debe abordarse)	<ul style="list-style-type: none"> • Salud mental • Abuso de sustancias (cualquiera de ellas)
Educación para la salud/consejo de prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de lesiones • Tabaquismo pasivo (cualquiera de ellos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de lesiones • Tabaquismo pasivo (cualquiera de ellos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de lesiones • Prevención de STD • Fumar/tabaco (cualquiera de ellos)
Opción de ganar recompensas	✓	✓	✓

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia se debe atender con la mayor celeridad. No necesita aprobación para recibir atención de emergencia. Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias (emergency room, ER) más cercana. Puede ir a una sala de emergencias o a otro centro que no sea parte de Molina. Puede recibir atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si el doctor de la sala de emergencias le indica que no tiene que quedarse, pero usted decide quedarse de todas formas, deberá pagar por la atención.

Quizás necesite atención después de dejar la ER. De ser así, no asista a la ER para la atención de seguimiento. Si quiere ayuda para ver a un doctor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si no tiene una emergencia, no vaya a la ER. Llame a su PCP.

Molina cuenta con una Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas del día que también puede ayudarle a comprender y recibir la atención médica que necesita: (844) 800-5155 o (866) 648-3537 (español). Si quiere atención médica que no es urgente después el horario de atención habitual, también puede visitar un Centro de atención de urgencias. Puede encontrar los Centros de atención de urgencias en el Directorio de proveedores. Si quiere ayuda para encontrar un centro, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o visitar nuestro sitio web en molinahealthcare.com/sc.

¿Qué es la posestabilización?

Son los servicios que recibe después de la atención en la ER. Estos servicios mantienen estable su afección. No necesita una autorización previa para recibir estos servicios. Luego de su paso por la sala de emergencias, deberá llamar a su doctor lo antes posible. Su doctor le ayudará a recibir cualquier cuidado de seguimiento que necesite. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda.

Medicamentos cubiertos

Para asegurarnos de que recibe la atención que necesita, quizás necesitemos que su proveedor nos envíe un pedido. Esto se denomina autorización previa. Su proveedor deberá explicar por qué necesita cierto medicamento o una cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar el pedido de autorización previa antes de que pueda recibir el medicamento. Algunos medicamentos requieren autorización previa. Para pedir una autorización previa para medicamentos de farmacia, el proveedor debe enviar un fax a Molina a fin de pedir el medicamento que quiere que usted reciba. Revisaremos el pedido de medicamento conforme a la necesidad médica y informaremos a su proveedor si se aprueba el pedido. Informaremos a su proveedor sobre la recepción de el pedido en un plazo de 24 horas. Molina se encargará de los pedidos no urgentes en un plazo de 24 horas. Molina se encargará de los pedidos urgentes en un plazo de 24 horas.

A continuación, se detallan algunos motivos por los cuales podríamos requerir autorización previa de un medicamento:

- Existe un medicamento genérico o alternativo disponible
- El medicamento se puede usar mal o se puede abusar de su uso
- Debe probar otros medicamentos primero

Algunos medicamentos también pueden tener límites de cantidad (monto), y algunos medicamentos en ningún caso tienen cobertura. Los siguientes son medicamentos que no tienen cobertura en ningún caso:

- Medicamentos para la pérdida de peso
- Medicamentos para la disfunción eréctil
- Medicamentos para la infertilidad

Si no aprobamos un pedido de autorización previa para un medicamento, le enviaremos una carta. En la carta, se explicará cómo puede apelar nuestra decisión. También se detallarán sus derechos a una audiencia imparcial estatal. Exigimos el uso de medicamentos genéricos cuando estén disponibles. Si su proveedor cree que usted necesita un medicamento de marca registrada, dicho proveedor deberá presentar un pedido de autorización previa. Molina determinará si autoriza el medicamento de marca registrada. Recuerde surtir sus medicamentos antes de salir del estado.

Se pueden hacer cambios en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). Es importante que usted y su proveedor vean la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) cuando necesite surtir o renovar la receta médica de un medicamento. Puede encontrar una lista de los medicamentos preferidos en [MyMolina.com](https://www.mymolina.com).

Vea nuestro Directorio de Proveedores para encontrar farmacias de la red. Puede encontrar las farmacias dentro de la red en nuestro sitio web. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para encontrar una farmacia de la red, cerca de usted.

Como miembro, usted tiene acceso a un suministro de emergencia de cualquier medicamento, incluso si no recibió una autorización previa antes. Esto incluye

medicamentos especializados. No se requiere una autorización previa ni una llamada para obtener el suministro de emergencia. Las tarifas de dispensación se pueden cobrar tanto en el suministro de emergencia como en el momento en que la farmacia surta el resto de la receta médica. Su proveedor puede recetar ciertos medicamentos de venta libre. Deberá presentar una receta médica en la farmacia para obtener estos medicamentos.

Acceso a la salud conductual

Molina puede ayudarle a recibir los servicios de salud conductual que usted y su familia necesitan. Debe acudir a un proveedor dentro de nuestra red de salud conductual, a menos que sea una emergencia. Sus beneficios incluyen algunos servicios para pacientes internados, servicios ambulatorios y consultas al doctor. Puede escoger o cambiar su proveedor de atención médica conductual o administrador de casos cuando quiera.

Ellos pueden ayudarle a recibir los servicios que necesita y le darán una lista de los servicios cubiertos.

¿Qué hacer si tiene algún problema?

Usted podría estar experimentando alguno de los siguientes sentimientos:

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

Si es así, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 882-3901, (TTY: 711).

Soporte de salud mental y conductual

Una emergencia de salud conductual es una afección de salud mental en la que se puede producir autolesiones o la muerte. A continuación, le indicamos algunos ejemplos:

- Intento de suicidio
- Ponerse en peligro a usted o a otras personas
- Estrés mental que dificulta las acciones cotidianas

Acuda a la sala de emergencias (ER) más cercana o llame al 911 en caso de una emergencia de salud conductual.

Damos servicios de salud mental y abuso de sustancias. Si quiere ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (855) 882-3901 (TTY: 711). También puede llamar al South Carolina Department of Mental Health o al Department of Alcohol and Other Drug Abuse Services (DAODAS) al (803) 896-5555.

Cómo acceder a los servicios de hospital

Los servicios de hospital para pacientes internados

Debe tener una autorización previa para recibir los servicios de hospital, excepto en el caso de una emergencia o de servicios de atención médica urgente. Sin embargo, si usted recibe servicios en un hospital o se le ingresa a un hospital para obtener servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente fuera de la red, se cubrirá su hospitalización. Esto ocurre incluso si no tiene una autorización previa.

Servicios médicos/quirúrgicos

Cuando los servicios se prestan de forma general y habitual en hospitales generales de atención aguda o centros de rehabilitación dentro de nuestra área de servicio, cubrimos los siguientes servicios para pacientes internados en un hospital o centro de rehabilitación de un proveedor participante:

- Habitación y pensión, incluida una habitación privada si es médicamente necesario
- Atención especializada y unidades de atención crítica
- Atención general y especializada de enfermería
- Quirófano y habitación de recuperación
- Servicios de médicos proveedores participantes, lo que incluye consultas y tratamiento por parte de especialistas
- Anestesia
- Medicamentos recetados de acuerdo con las pautas del Formulario de medicamentos (para medicamentos recetados con el alta hospitalaria, diríjase a “Medicamentos recetados”)
- Materiales radiactivos usados con fines terapéuticos
- Equipo médico duradero y suministros médicos
- Diagnóstico por imágenes, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales, incluidos MRI, CT, PET y ecografías
- Mastectomías (extracción de la mama) y disecciones de los ganglios linfáticos

- Hemoderivados, sangre y su almacenamiento y administración (incluidos los servicios y suministros de un banco de sangre)
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (incluido el tratamiento en un programa de rehabilitación organizado y multidisciplinario)
- Terapia respiratoria
- Servicios sociales médicos y planificación del alta

Cómo paga Molina por su atención

Su plan de atención médica tiene contratos con proveedores por diversos medios. Los proveedores contratados reciben su pago por cada servicio. Esto significa que se les paga cada vez que le atienden y por cada procedimiento que realizan. También hay algunos proveedores que reciben un monto fijo por cada mes que estén a cargo de la atención de un miembro, ya sea que el proveedor les atienda o no.

Algunos proveedores pueden dar incentivos para la atención médica de prevención y el control del uso de los servicios de hospital. Su plan de atención médica no recompensa a proveedores ni empleados por denegar servicios o coberturas médicas. No damos incentivos económicos por decisiones de administración de utilización que podrían dar lugar a negaciones o infrutilización. La toma de decisiones de la administración de utilización se basa solo en la idoneidad de la atención y los servicios, además de la existencia de cobertura. Puede llamar a su plan de atención médica para obtener cualquier otra información que quiera, incluida la estructura, el

funcionamiento y la forma en que pagamos a nuestros proveedores.

Su plan de atención médica da servicios a los miembros debido a un contrato que tiene Molina con el SCDHHS. Si quiere hablar con el SCDHHS, puede escribir a la siguiente dirección:

South Carolina Department of Health and Human Services (SCDHHS)

PO Box 8206
Columbia, SC 29202

También puede visitar el sitio web del SCDHHS en www.scdhhs.gov.

Si quiere informarnos sobre los cambios que cree que debemos hacer, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 882-3901, (TTY: 711).

¿Qué pasa si recibo una factura?

Si recibe una declaración de un proveedor, compruebe si hay alguna responsabilidad del paciente (copago) indicada. Si la carta muestra que usted es responsable de un copago, usted puede ser responsable de pagar el copago si es que este no fue pagado en el momento del servicio. Si en la carta dice que usted es responsable de los cargos además del copago, o si un proveedor le pide que firme un acuerdo para pagar los servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente. Le ayudaremos a resolver este problema para que usted no reciba ninguna factura del proveedor, a menos que usted lo elija y acepte recibir y pagar un servicio de su propio bolsillo que NO sea un servicio de Medicaid cubierto.

Si la declaración no indica ninguna responsabilidad del paciente, significa que recibió una declaración. No recibió una factura. El proveedor solo le está notificando que se le facturó a su compañía de seguros los servicios prestados. En la parte superior de la página, estas declaraciones dicen que “Esto no es una factura” y usted puede ignorar la declaración. El proveedor no le está facturando por los servicios. Si usted no recibió los servicios indicados en la declaración, llame e informe el problema al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 882-3901, (TTY: 711).

Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, goza de protección contra la facturación sorpresa o la facturación de saldo.

“Fuera de la red” describe a los proveedores y centros sin contrato con Molina. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el importe total cobrado por un servicio. Esto se llama **“facturación de saldo”**. La facturación de saldo a veces se llama “facturación sorpresa”. La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esta situación puede darse cuando usted no puede controlar quién interviene en su atención. Por ejemplo, cuando tiene una emergencia o pauta una visita en un centro de la red pero sin esperarlo le atiende un proveedor fuera de la misma.

Cuando no se permite la facturación de saldo, usted solo debe pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Molina pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red por los servicios cubiertos.

Si cree que se le ha facturado erróneamente, puede llamar al (800) 985-3059. Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para más información sobre sus derechos según la ley federal.

Novedades

Buscamos nuevos tipos de servicios y nuevas formas de darlos. Analizamos nuevos estudios para determinar si está comprobado que los nuevos servicios son seguros para dar posibles beneficios extra. Molina revisa los siguientes tipos de servicios, al menos, una vez al año:

- Servicios médicos
- Servicios de salud mental
- Medicamentos
- Equipo

Terminación de la membresía

A veces, puede haber una razón especial por la que usted necesita terminar su membresía en el plan de salud. Antes de que usted pida una terminación de la membresía, nos gustaría que usted llame a Molina y nos dé la oportunidad de resolver el problema. Puede pedir una terminación cuando quiera si tiene alguna de las siguientes razones:

1. Se muda y Molina no está disponible donde usted vivirá, y debe recibir atención médica que no sea de emergencia en su nueva área antes de que la membresía de Molina finalice.
2. Molina 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 la red de proveedores de Molina no da todos los servicios.
4. Mala calidad de la atención, falta de acceso a los servicios cubiertos médicamente necesarios, o falta de acceso a los proveedores que tienen experiencia en atender sus necesidades especiales de atención médica.

Terminación de su membresía

Como miembro de una Organización de Atención Médica Administrada (Managed Care Organization, MCO), usted tiene el derecho de elegir terminar su membresía en ciertos momentos durante el año. Usted puede elegir terminar su membresía durante los primeros 90 días naturales de su membresía o durante su período de reinscripción cada año. SC Healthy Connections Choices, disponible en (877) 552-4642, (TTY: (877) 552-4670), le enviará algo en el correo para informarle de cuándo será su período de reinscripción anual.

Si usted quiere terminar su membresía durante los primeros noventa (90) días naturales de su membresía o durante el período de reinscripción de su área, usted puede llamar a SC Healthy Connections Choices al (877) 552-4642, (TTY: (877) 552-4670). La mayoría de las veces, si llama antes de los últimos diez días del mes, su membresía terminará el primer día del mes siguiente. Si llama después de este tiempo, su membresía no terminará hasta el primer día del mes siguiente. Si eligió otra MCO, su nuevo plan le enviará información por correo antes de la fecha de inicio de su membresía. Los mismos plazos que se aplican a la inscripción se utilizarán para los cambios en la inscripción y la cancelación de la inscripción. Si el SCDHHS recibe y procesa su pedido para cancelar la inscripción o cambiar de plan antes de la fecha límite interna del mes, el cambio entrará en vigor el último día del mes. Si su pedido se recibe después de la fecha límite interna, la fecha de vigencia del cambio no será posterior al último día del mes siguiente al mes en que se reciba el formulario de cancelación de la inscripción.

Elección de un nuevo plan

Después del período de inscripción inicial, una vez cada doce meses, cada miembro tiene un período de 60 días en el que podrá cambiar de Organización de Atención Médica Administrada (MCO) en la que está inscrito(a). Si usted está pensando en terminar su membresía y cambiar a otro plan de salud, usted debe obtener más información sobre sus opciones, en especial si usted quiere mantener a su doctor actual. Recuerde, cada plan de salud tiene su propia lista de doctores y hospitales que le permitirá utilizar. Cada plan de salud también tiene información por escrito en que se explican los beneficios que da y sus reglas. Si el miembro selecciona una MCO diferente durante el período de reinscripción, la inscripción en la nueva MCO entrará en vigor en la fecha de aniversario del miembro. Los miembros que no hagan ninguna selección seguirán inscritos en la misma MCO.

Si quiere información por escrito sobre un plan de salud, llame al SC Healthy Connections Choices al (877) 552-4642, (TTY: (877) 552-4670). También puede encontrar información sobre los planes de salud en su área visitando www.scchoices.com.

¿Molina puede poner término a mi membresía?

Molina puede pedir al SCDHHS que ponga término a su membresía con Molina por ciertas razones. El SCDHHS debe aceptar el pedido antes de que se ponga término a su membresía.

A continuación, se indican las razones por las que Molina puede pedir que termine su membresía:

- Si pierde la elegibilidad de Medicaid o pierde la elegibilidad del programa de Molina (si se pone

término a su membresía debido a una pérdida de elegibilidad de Medicaid, pero recupera su elegibilidad de Medicaid en un plazo de 60 días naturales, usted será automáticamente inscrito(a) de nuevo en el plan de Molina).

- Si fallece.
- Si envía intencionalmente información fraudulenta.
- Si se convierte en un recluso de una institución pública.
- Si se muda fuera del estado.
- Si opta por cuidados paliativos.
- Si se convierte en elegible para Medicare.
- Si se interna en un centro de atención a largo plazo o en una residencia para ancianos durante más de noventa (90) días consecutivos.
- Si elige programas de exención basados en el hogar y la comunidad.
- Si tiene 65 años o más.
- Si se inscribe en una HMO comercial.
- Si le internan en un centro fuera del hogar (es decir, en un Centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales [Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF-IID]).
- Si tiene un comportamiento disruptivo, indisciplinado, abusivo o poco cooperador, y menoscaba la capacidad de la MCO de dar servicios a usted u otros miembros inscritos.
- Si Molina ya no funciona como MCO.

Molina no puede pedir la cancelación de la inscripción debido a un cambio adverso en su estado de salud, al uso de servicios médicos, a la disminución de la capacidad mental o a un mal comportamiento o comportamiento poco colaborador a causa de las necesidades especiales.

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

Continúe atendiéndose con los doctores y otros proveedores de Molina hasta el día en que usted sea miembro de su nuevo plan de salud o regrese al plan regular de Medicaid.

- Si eligió un nuevo plan de salud y no ha recibido una tarjeta de identificación del miembro antes del primer día del mes en que es miembro del nuevo plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros del plan. Si no pueden ayudarle, entonces usted debe llamar al Centro de Contacto para Miembros de Healthy Connections al (888) 549-0820, (TTY: (888) 842-3620).
- Si se le permitió regresar al plan regular de Medicaid y necesita una nueva tarjeta de Medicaid, llame al Centro de Contacto para Miembros de Healthy Connections al (888) 549-0820, (TTY: (888) 842-3620).
- Si eligió un nuevo plan de salud y tiene alguna cita 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 haga cualquier papeleo necesario.

A continuación, se indican algunos ejemplos de situaciones en las que debe llamar a su nuevo plan: cuando tiene una cita para ver a un nuevo proveedor, cuando una cirugía está programada o cuando tiene programado hacerse análisis de sangre o radiografías, en especial si usted está embarazada.

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

Aviso de pérdida de seguro (certificado de cobertura válida)

Siempre que pierda su seguro médico debe recibir un aviso, conocido como certificado de cobertura válida, de su antigua compañía de seguros que dice que ya no tiene seguro. Es importante que conserve una copia de este aviso para sus registros, ya que es posible que se le pida que proporcione una copia. Usted también debe informarnos si usted recibe otra póliza de seguro médico, incluido el seguro patrocinado por el empleador.

Renovación automática de la membresía a la organización de atención médica administrada

Si usted pierde su elegibilidad para Medicaid, pero esta se inicia nuevamente en un plazo de 60 días, se convertirá automáticamente en un miembro de Molina de nuevo.

Lesión o enfermedad accidental (subrogación)

Si un miembro de Molina 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 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, entonces probablemente otra compañía de seguros deba pagar la factura del doctor o del hospital. Cuando llame, necesitaremos el nombre de la persona responsable, de su compañía de seguros y los nombres de cualquier abogado implicado.

Usted también debe informar sobre cualquier reclamo de Indemnización al Trabajador, una lesión personal pendiente o una demanda por negligencia médica.

No discriminación

Molina no discriminará según raza, color, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad, estado de veterano, ascendencia, estado de salud, ni necesidad de recibir servicios de salud o recepción de servicios de salud. Si cree que fue tratado injustamente, llame al el Departamento de Servicios para Miembros.

No discriminación de cuidadores

Usted no debe discriminar a sus cuidadores debido a su raza, color, origen nacional, religión, sexo, ascendencia, estado civil, discapacidad física o mental, baja militar desfavorable o edad. Hacerlo es un delito federal.

Apelaciones y quejas

Departamento de Servicios para Miembros e información de la Línea Directa

El Departamento de Servicios para Miembros está abierto de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., excepto los días festivos aprobados por el estado. El número de teléfono es (855) 882-3901. Podemos ayudarlo en inglés y español. Se puede llamar a un intérprete para otros idiomas. Llame si tiene alguna pregunta sobre uno de los siguientes temas:

- Sus beneficios de atención médica
- Información sobre doctores
- Programas de bienestar
- Una queja que tenga
- Cualquier preocupación acerca de su salud o la salud de un familiar

Procedimientos de quejas

Si no está conforme con algún aspecto de Molina o sus proveedores, debe hablar con nosotros lo antes posible. Usted, o alguien que hable por usted, puede llamar a nosotros. Deberá informarnos si quiere que alguien hable por usted. Molina quiere que se comunique con nosotros para que podamos ayudarlo.

Una queja es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios (una decisión que no se toma a su favor).

Una determinación adversa de beneficios (una decisión que no se tomó a su favor) puede incluir lo siguiente:

- Limitación o negación de prestar servicios.
- Reducción de servicios.
- Suspensión de servicios.

- Terminación de servicios.
- Rechazo de pagos de servicios.
- No dar servicios de forma oportuna.
- No resolver apelaciones y quejas dentro de los plazos dispuestos.
- Para un residente de una zona rural con una sola Organización de Atención Médica Administrada en el área, la negación de un pedido de ejercer su derecho de obtener servicios fuera de la red de Molina.
- Negación de un pedido para disputar una responsabilidad financiera, incluidos costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coseguros y otras responsabilidades financieras del miembro.

Algunos ejemplos de quejas son los siguientes:

- No poder encontrar un doctor.
- Tener dificultades para concertar una cita.
- No recibir un trato justo por alguien que trabaja en Molina o en el consultorio de su doctor.

Si no está satisfecho, usted o una persona que usted elija y nombre, como un abogado o proveedor, pueden presentar una queja o reclamo formal oralmente contactándose con nosotros al (855) 882-3901.

Molina necesita su permiso por escrito para que otra persona presente una queja por usted. También es posible presentar una queja de forma escrita. Se puede presentar una queja cuando quiera. Si quiere un intérprete para hablar con nosotros en otro idioma, puede pedir uno llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Para presentar una queja usted puede:

- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros.
- Escribir una carta.

Complete el [Formulario para presentación de quejas del miembro](#) en MolinaHealthcare.com/sc

Envíe la carta o el formulario a:

Molina Healthcare of South Carolina
C/O Firstsource
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422
Teléfono: (855) 882-3901

También puede enviar la carta o el formulario por fax al (877) 823-5961,
Attn: Member Appeals & Grievances.

Si nos envía una carta sobre su queja o completa el formulario, deberá incluir:

- La fecha
- Su nombre y apellido
- Su dirección y número de teléfono
- Su dirección de correo electrónico
- Su número de identificación de miembro de Molina, que está en el anverso de su tarjeta de identificación de miembro de Molina
- La descripción del problema
- Su firma

Cuando presente una queja, le haremos saber que la hemos recibido en un plazo de 5 días hábiles. Resolveremos su queja lo antes posible, pero no más tarde de 90 días naturales a partir del día que Molina reciba su queja.

Usted puede pedir a Molina que amplíe el plazo para resolver su queja hasta por 14 días naturales. Molina también puede ampliar el plazo para resolver su queja por hasta 14 días naturales si Molina piensa que la demora es para su beneficio. Si Molina extiende el plazo, debemos ser capaces de explicar al SCDHHS cómo la demora es para su beneficio. Le llamaremos y le enviaremos una carta informándole de la extensión y por qué la demora es para su beneficio. Si Molina extiende el plazo, la carta también incluirá información sobre su derecho a presentar una queja sobre la extensión del plazo.

Si quiere una copia de nuestro procedimiento de quejas oficial o si quiere ayuda para presentar una queja, llame al (855) 882-3901 o visite molinahealthcare.com/sc para imprimir una copia del Formulario para presentación de quejas del miembro. Si tiene problemas de audición, llame a nuestra línea de TTY. Esto puede tardar algún tiempo, no cuelgue.

Apelaciones

Si usted no está de acuerdo con la decisión de Molina de negar alguno de los servicios solicitados, y nos solicita que cambiemos nuestra decisión, esto es una apelación. Para presentar una apelación, debe ponerse en contacto con Molina en un plazo de 60 días naturales a partir de la negación.

Tanto usted como su representante autorizado (puede ser un amigo, un familiar, un abogado) o un proveedor pueden presentar una apelación por teléfono o por escrito. Debe hacerlo en un plazo de 60 días naturales a partir de la fecha que figura en el Aviso de la Determinación de Beneficio Adversa (Notice of Adverse Benefit Determination, "NOABD") (carta de negación)

que recibió por correo. En esa carta se le informaba de la negación u otra determinación adversa de beneficios (una decisión no adoptada a su favor). Puede llamarnos al (855) 882-3901 para presentar su apelación o puede enviar su apelación por escrito.

Para enviarnos una apelación por escrito, envíe el documento a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of South Carolina
C/O Firstsource
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422

Si quiere presentar una apelación en persona, puede acudir a las oficinas de Molina. La dirección es 115 Fairchild Street, Suite 340, Daniel Island, SC 29492. Llame a Molina al (855) 882-3901 para concertar una cita.

Los proveedores y otros representantes aprobados deben tener su aprobación por escrito para presentar una apelación en su nombre. Un proveedor puede apelar por usted si:

- usted aceptó el tratamiento;
- Molina recibió registros médicos del proveedor; y/o
- existe un historial de reclamaciones pagadas por servicios del proveedor.

Cuando usted presenta una apelación, usted puede enviarnos cualquier información que usted tenga que nos ayude a decidir. Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su apelación dentro de los cinco días hábiles de haber recibido su pedido. Mientras se revisa su apelación, puede enviar o entregar cualquier otra información que considere que nos ayudará a tomar nuestra decisión.

Al revisar su apelación nosotros hacemos lo siguiente:

- Usaremos doctores que conozcan el tipo de enfermedad que tiene.
- No usaremos los mismos doctores o personal médico que negaron su pedido de un servicio.
- Tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días naturales a partir de la recepción de su pedido de apelación.
- Resolveremos su apelación estándar lo antes posible, pero no más tarde de 30 días naturales a partir del día que Molina reciba su apelación.

Usted puede pedir a Molina que amplíe el plazo para resolver su apelación hasta por 14 días naturales. Molina también puede ampliar el plazo para resolver su apelación hasta 14 días naturales si cree que la demora es para su beneficio. Si Molina extiende el plazo, debemos ser capaces de explicar al SCDHHS que la demora es lo mejor para usted. Nos contactaremos con usted y le enviaremos una carta sobre la demora y por qué es lo mejor para usted. Si Molina extiende el plazo, la carta también incluirá información sobre su derecho a presentar una queja.

Usted o su representante autorizado pueden pedir copias de cualquier documento usado para revisar su apelación antes de que Molina tome una decisión. Esto puede incluir historias clínicas, otros documentos y registros, y cualquier información nueva o adicional. Póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros si quiere una copia, Molina no le cobrará por estos documentos.

Apelaciones aceleradas

Puede pedir una apelación acelerada (rápida) si usted o su doctor creen que esperar hasta 30 días naturales para una apelación estándar es demasiado tiempo porque podría:

- Ser una amenaza para la vida.
- Perjudicar su salud.
- Afectar a su capacidad para conseguir, mantener o recuperar la función máxima.

Decidiremos si su pedido cumple con los criterios de apelación acelerada dentro de las 24 horas de su pedido de apelación. Si cumple con los criterios, le diremos de cuánto tiempo dispone para enviar a Molina información adicional para la apelación. Tomaremos una decisión lo antes posible, pero no más tarde de 72 horas a partir del día en que recibamos su pedido.

Si no cumple con los criterios para una apelación acelerada, se lo comunicaremos por escrito y lo resolveremos en un plazo de 30 días naturales estándar. Puede presentarnos una queja si no está conforme con la decisión de no tramitar su apelación como acelerada.

Usted puede pedir a Molina que amplíe el plazo para resolver su apelación hasta por 14 días naturales. Molina también puede ampliar el plazo para resolver su apelación hasta 14 días naturales si cree que la demora es mejor para usted. Si Molina extiende el plazo, debemos ser capaces de explicar al SCDHHS que la demora es lo mejor para usted. Nos contactaremos con usted y le enviaremos una carta en la que le informaremos sobre la demora y por qué es lo mejor

para usted. Si Molina extiende el plazo, la carta también incluirá información sobre su derecho a presentar una queja sobre la extensión del plazo.

Si su apelación se refiere a un servicio que ya estaba aprobado y que ya estaba recibiendo, puede seguir recibiendo el servicio mientras revisamos su apelación. Llame al nosotros al (855) 882-3901 si quiere seguir recibiendo servicios mientras se revisa su apelación.

Una vez que completemos nuestra revisión, le enviaremos una carta certificada para decirle nuestra decisión. Si decidimos que usted no debe recibir el servicio negado, esa carta le dirá cómo pedir una Audiencia Imparcial Estatal.

Continuación de sus beneficios

Si su apelación se refiere a servicios que estaban aprobados, usted puede ser capaz de seguir recibiendo esos servicios durante el proceso de apelación. Usted debe hacer un pedido dentro de los diez días naturales a partir de la fecha en su Aviso de la Determinación de Beneficio Adversa (“NOABD”) (carta de negación) para seguir recibiendo servicios.

Si se deniega su apelación, es posible que deba pagar por los servicios que recibió mientras la apelación estaba siendo revisada.

Pedido de una copia del archivo de apelación

Si en algún momento durante este proceso quiere ver el expediente del caso de Molina o ver cualquier documento relacionado con su apelación, puede pedirlo. Molina le proporcionará estos documentos.

Audiencia imparcial estatal

Si revisamos su pedido de apelación y seguimos denegando los servicios que solicitó, se lo comunicaremos por correo certificado. Deberá firmar un recibo que acredite que ha recibido la carta.

Si no está conforme con la decisión de la apelación, puede pedir una Audiencia Imparcial Estatal. Usted puede pedir una Audiencia Imparcial Estatal dentro de los 120 días naturales de la fecha en la notificación de la carta de aviso de resolución de apelación que le indica nuestra decisión. Usted debe completar el proceso interno de apelaciones de Molina antes de pedir una Audiencia Imparcial Estatal. Molina estará en la Audiencia Imparcial Estatal junto con usted y su representante. Molina no puede representarle en una Audiencia Imparcial Estatal. Molina puede ayudarle a encontrar un representante legal si usted necesita uno.

Si su Audiencia Imparcial Estatal es acerca de un servicio que ya fue aprobado y usted ya estaba recibiendo, usted puede seguir recibiendo el servicio mientras su Audiencia esté pendiente. Llame al Molina llamando al (855) 882-3901 si quiere continuar recibiendo servicios mientras su Audiencia está pendiente. Si la Audiencia no toma una decisión a su favor, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras la Audiencia estaba pendiente. Si elige cancelar la inscripción de Molina y el SCDHHS no lo aprueba, puede pedir una Audiencia Imparcial Estatal.

Para pedir una Audiencia Estatal, debe presentar el pedido por escrito a la siguiente dirección:

South Carolina Department of Health and Human Services
Division of Appeals and Hearings
PO Box 8206
Columbia, SC 29202

Número de teléfono: (803) 898-2600

Número de teléfono gratuito: (800) 763-9087

Número de fax: (803) 255-8206

Correo electrónico: appeals@scdhhs.gov

Sitio web: <https://msp.scdhhs.gov/appeals/>

Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros si quiere ayuda para pedir una Audiencia Imparcial Estatal.

Sus derechos de membresía

A cada miembro de la Organización de Atención Médica Administrada de Medicaid (MCO) se le garantizan los siguientes derechos:

1. Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades como miembro.
2. Hacer recomendaciones a Molina sobre estos derechos y responsabilidades de los miembros.
3. Recibir un trato respetuoso y con la debida consideración por su dignidad y privacidad.
4. Participar en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar tratamiento.
5. Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento usado como forma de coerción, medida disciplinaria, conveniencia o represalia, según se especifica en otras regulaciones federales sobre el uso de la restricción y el aislamiento.
6. Ser capaz de pedir y recibir una copia de su historia clínica, y pedir que esta sea modificada o corregida.
7. Recibir servicios de atención médica que sean accesibles y comparables en cantidad, duración y alcance a los otorgados bajo Medicaid FFS, y sean suficientes en cantidad, duración y alcance para que se espere razonablemente que alcancen el propósito para el cual se dan los servicios.
8. Tener el derecho a una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento apropiado o esencial para la salud para su condición, sin importar del costo o beneficio de la cobertura.
9. Recibir servicios que sean apropiados y que no se denieguen o reduzcan solamente debido al diagnóstico, tipo de enfermedad o condición médica.
10. Recibir toda la información impresa sin cargo, como avisos de inscripción, materiales informativos, materiales educativos, opciones de tratamiento disponibles y alternativas, entre otros. La información debe estar redactada de una forma y en un formato que sea fácil de comprender.

11. Recibir asistencia tanto del SCDHHS como de Molina para comprender los requisitos y beneficios del plan de Molina.
12. Recibir servicios de interpretación orales de forma gratuita para todos los idiomas que no sean inglés, y no solo aquellos identificados como de uso frecuente.
13. Ser notificado(a) de que se dispone de interpretación oral y sobre cómo acceder a esos servicios.
14. Como miembro potencial, recibir información sobre las características básicas de la atención médica administrada, qué poblaciones pueden o no inscribirse en el programa y las responsabilidades de la MCO para la coordinación de la atención de forma oportuna con el fin de tomar una decisión fundamentada.
15. Recibir información sobre los servicios de Molina, que incluya, entre otros, los siguientes:
 - a. Beneficios cubiertos.
 - b. Requisitos para los costos compartidos.
 - c. Procedimientos para obtener beneficios, incluido cualquier requisito de autorización.
 - d. Área de servicio.
 - e. Nombres, ubicaciones, números de teléfono de idiomas distintos del inglés hablados por los proveedores contratados actualmente, incluidos, como mínimo, doctores de atención primaria, especialistas y hospitales.
- f. Cualquier restricción a la libertad del miembro de optar entre los proveedores de la red.
- g. Proveedores que no acepten nuevos pacientes.
- h. Beneficios no ofrecidos por Molina pero disponibles para los miembros y cómo obtener esos beneficios, entre ellos cómo se proporciona el transporte.
16. Recibir una descripción completa de los derechos de cancelación de inscripción al menos una vez al año.
17. Recibir un aviso sobre cualquier cambio significativo en el Paquete de Beneficios, al menos, 30 días antes de la fecha de vigencia prevista del cambio.
18. Recibir información sobre los procedimientos de Apelación, Queja y Audiencias Imparciales Estatales, incluido el derecho de presentación de estos.
19. Poder presentar una apelación, una queja (reclamo) o pedir una Audiencia Imparcial Estatal.
20. Recibir información detallada sobre la cobertura de emergencia y después de las horas de consulta, que incluya, entre otros:
 - a. Lo que constituye una afección médica de emergencia, servicios de emergencia y servicios de atención posterior a la estabilización.
 - b. Los servicios de emergencia no requieren autorización previa.

- c. El proceso y los procedimientos para obtener servicios de emergencia.
 - d. La ubicación de cualquier entorno de emergencia y otros lugares en los que los proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia y servicios de atención posterior a la estabilización cubiertos por el contrato.
 - e. Su derecho de usar cualquier hospital u otro centro para recibir atención de emergencia.
 - f. Servicios de atención posterior a la estabilización.
21. Recibir la política de Molina sobre remisiones para cuidado especializado y otros beneficios no otorgados por su proveedor de cuidados primarios.
 22. Proteger su privacidad de acuerdo con los requisitos de privacidad del Código de Regulaciones Federales (45 CFR, 160, 164 (A) (E)), en la medida en que sean aplicables.
 23. Ejercer estos derechos sin afectar adversamente la forma en que Molina, sus proveedores, o el SCDHHS tratan a los miembros.

Sus responsabilidades como miembro

Como miembro de Molina, tiene las siguientes responsabilidades:

1. Dar información a su doctor que sea necesaria para tomar decisiones sobre su atención médica.

2. Ser activo(a) en la toma de decisiones con respecto a su atención médica.
3. Cumplir con el plan de atención y las instrucciones que ha acordado con sus doctores.
4. Construir y mantener una relación fuerte entre el paciente y el doctor. Usted tiene la responsabilidad de cooperar con su doctor y el personal. Esto incluye ser puntual para sus consultas o llamar a su doctor si quiere cancelar o volver a programar una cita.
5. Presentar su tarjeta de identificación de Molina y de Medicaid cuando reciba atención médica.
6. Denunciar cualquier fraude o delito ante Molina o ante las autoridades pertinentes.
7. Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas.
8. Hablar con South Carolina Healthy Connections llamando al (888) 549-0820, (TTY: (888) 842-3620) para comunicar cualquier cambio de domicilio, número de miembros de la familia, condiciones de vida o condado de residencia.
9. Informar a Molina de la pérdida o robo de sus tarjetas de identificación del miembro.
10. Estar familiarizado(a) con los procedimientos de Molina lo mejor posible.
11. Llamar Molina si quiere información o si tiene alguna pregunta sobre su atención.

12. Acceder y utilizar los servicios de atención médica de prevención.
13. No discriminación de cuidadores: usted no debe discriminar a sus cuidadores debido a su raza, color, origen nacional, religión, sexo, ascendencia, estado civil, discapacidad física o mental, baja militar desfavorable o edad. Hacerlo es un delito federal.
14. Para mantener su plan de salud, algunos deben renovar su cobertura de SC Healthy Connections cada año. Usted recibirá un paquete de redeterminación del SCDHHS por lo menos 60 días antes de que su cobertura termine. Si no recibe su paquete, llame al SCDHHS al (888) 549-0820, (TTY: (888) 842-3620). Miembros de Molina, si tienen preguntas, llamen a Molina al (855) 882-3901 o llame a Healthy Connections al (888) 549-0820, (TTY: (888) 842-3620) para que le ayuden a renovar sus beneficios.

Directivas anticipadas

Una Directiva anticipada es un documento legal que dispone sus deseos y le permite elegir quién puede tomar decisiones cuando usted no pueda tomarlas por sí mismo. Estas son instrucciones escritas sobre el manejo de la atención médica cuando un adulto está incapacitado.

Estos incluyen documentos tales como un Testamento Vital, un Poder Notarial Duradero para la Atención Médica, una Declaración para Tratamiento de Salud Mental, donación de órganos y tejidos, o una Orden

de No Resucitar. Si usted tiene 18 años o más, su proveedor debe informarle sobre su derecho para tomar decisiones de atención médica y ejecutar las Directivas Anticipadas. Es importante que esté informado sobre las Directivas Anticipadas.

Su proveedor debe respetar sus Directivas Anticipadas en la mayor medida permitida por la ley. Usted puede elegir un nuevo proveedor de cuidados primarios (PCP) si el proveedor asignado se opone a su decisión deseada. Molina le ayudará a encontrar un nuevo PCP o especialista según sea necesario.

Los PCP deben discutir con usted las Directivas Anticipadas y dar asesoramiento médico apropiado si usted quiere orientación o asistencia. Se espera que los proveedores médicos y los centros contratados por Molina comuniquen cualquier objeción que puedan tener a su directiva antes del servicio, siempre que sea posible. En ningún caso un proveedor puede negarse a tratarle o discriminarlo(a) porque usted completó una Directiva Anticipada. La ley federal le da el derecho de presentar una queja a Molina o a la Agencia Estatal de Encuesta y Certificación si no está satisfecho(a) con el manejo de las Directivas Anticipadas por parte de Molina o si un proveedor no cumple con las instrucciones de las Directivas Anticipadas.

Las Directivas Anticipadas incluyen sus elecciones escritas para la atención médica. Existen varios tipos de Directivas Anticipadas:

- Poder Notarial Duradero para Atención Médica: permite que un agente sea designado para llevar a cabo decisiones de atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo. Puede elegir a cualquier pariente o amigo adulto de su confianza para que le represente cuando usted no pueda hacerlo por su cuenta. Asegúrese de hablar con la persona sobre qué es lo que quiere. Luego escriba lo que usted quiere o no en su formulario. También debe hablar sobre lo que usted quiere con su proveedor. La persona que usted elija debe respetar sus deseos.
- Testamento vital: permite elegir entre suspender o retirar el soporte vital y aceptar o rechazar nutrición o hidratación. Un Testamento Vital asegura que sus deseos con respecto al soporte vital serán respetados en el caso de que usted no sea capaz de expresar sus deseos.
- Cita con tutor: le permite elegir a alguien para ser nombrado como su tutor si un tribunal determina que un tutor es necesario.
- Declaración para tratamiento de salud mental: presta una atención más específica a la atención de la salud mental. Le permite nombrar, mientras aún esté facultado, a un agente para que tome decisiones en su nombre cuando usted no pueda hacerlo. Además, la declaración puede darle el derecho de hacer ciertos deseos con respecto al tratamiento. La Declaración para el tratamiento de salud mental reemplaza a un Poder Notarial Duradero para Atención de Salud Mental, pero no reemplaza a un Testamento Vital.

Las Directivas Anticipadas completadas antes del establecimiento del formulario combinado actual siguen siendo válidas. Las Directivas Anticipadas que se ejecutaron en otro estado usando el formulario de otro estado también son válidas.

Cuando no hay una Directiva Anticipada: su familia y proveedor trabajarán juntos para decidir cuál es la mejor atención para usted basado en la información que ellos puedan saber sobre sus planes para el final de la vida.

Preguntas más frecuentes sobre las Directivas Anticipadas

Si tengo un Poder Notarial Duradero para la Atención Médica, ¿necesito un Testamento Vital también?

Quizás quiera ambos. Cada uno trata distintas partes de su atención médica. Un Testamento Vital dará a conocer sus deseos directamente a sus proveedores, pero solo establece sus deseos sobre el uso de métodos de soporte vital. Un Poder Notarial Duradero para la Atención Médica le permite a una persona que usted elija cumplir sus deseos con respecto a toda su atención médica cuando usted no pueda actuar por sí mismo. Un Poder Notarial Duradero para la Atención Médica no reemplaza a un Testamento Vital.

¿Puedo cambiar mi Directiva Anticipada?

Sí, puede cambiar su Directiva Anticipada cuando lo quiera. Es una buena idea revisar periódicamente su Directiva Anticipada. Asegúrese de que sigan transmitiendo lo que usted quiere y que cubran todas las áreas.

¿Dónde consigo los formularios de Directiva Anticipada?

Muchos de los lugares y las personas que le dan atención médica tienen formularios de Directiva Anticipada. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener este formulario. Un abogado también puede ayudarle.

¿Qué debo hacer con los formularios después de completarlos?

Debe entregar copias a su proveedor y al centro de atención médica para incluirlas en su historia clínica. Proporcione una copia a un familiar o amigo de confianza. Si usted ha elegido a alguien como su Poder Notarial Duradero para Atención Médica, dé una copia a esa persona. Guarde una copia junto con sus documentos personales. Se recomienda entregar una copia a su abogado o clérigo. Asegúrese de informar a su familia o amigos sobre lo que ha hecho. No solo guarde estos formularios; procure no olvidarse de ellos.

Fraude, despilfarro y abuso

El Plan de fraude, despilfarro y abuso de Molina beneficia a Molina, sus empleados, miembros, proveedores, pagadores y reguladores mediante el aumento de la eficacia, la reducción del despilfarro y la mejora de la calidad de los servicios. Molina 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 investiga todos los casos de sospecha de fraude, despilfarro y abuso y los informa con la mayor brevedad a los organismos gubernamentales, cuando corresponda. Molina adopta las medidas disciplinarias correspondientes, como el

cese del empleo, el cese de la condición de proveedor o la terminación de la membresía, entre otras.

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

Para informar una sospecha de fraude a Medicaid, llame a la línea AlertLine de Molina: Número gratuito: (866) 606-3889

O bien,

Complete el formulario de notificación en línea en:

MolinaHealthcare.AlertLine.com

Los presuntos casos de fraude y abuso también se pueden informar directamente al Estado en:

Línea de Alerta de Fraude y Abuso de Medicaid del SCDHHS

Teléfono gratis: (888) 364-3224

Por fax: (803) 255-8224

Por correo electrónico: fraudres@scdhhs.gov

Unidad de Control de Fraude a Medicaid del Procurador General de South Carolina

Por teléfono: al (803) 734-3660 o

al número gratuito (888) 662-4328

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 esenciales para la salud o que no cumplen con los estándares reconocidos de profesionalismo para la atención médica. También se incluyen prácticas del paciente que generan costos que no son necesarios para el programa de Medicaid. (Sección 455.2 del Título 42 del 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 entregue su tarjeta de identificación de Molina, su tarjeta de identificación de Medicaid o el número de identificación a ninguna persona que no sea un proveedor de atención médica, una clínica u hospital. Solo debe hacer esto cuando recibe atención médica.
- Nunca le preste a nadie su tarjeta de identificación de Molina.
- Jamás firme un formulario de seguro en blanco.
- Tenga cuidado al entregar su número del Seguro Social.

Privacidad de los miembros

La privacidad de cada miembro es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Molina usa y comparte su información para darle a usted beneficios de salud. Molina quiere mantenerle informado(a) sobre cómo se usa y se comparte su información.

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

- Para proveerle tratamiento
- Para pagar la atención médica que usted recibe
- Para revisar la calidad de la atención médica que usted recibe
- Para informarle sobre sus opciones de atención médica
- Para administrar nuestro plan de salud
- Para compartir la PHI conforme a lo requerido o permitido por la ley

Lo que precede es solo un resumen. Nuestra Notificación de las Normas de Privacidad tiene más información acerca de cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Podrá encontrar nuestra Notificación de las Normas de Privacidad en nuestro sitio web: molinahealthcare.com/sc.

Definiciones

Apelación: pedido formal para que Molina revise su decisión o determinación adversa de beneficios.

Área de servicio: zona geográfica en la que Molina da servicios.

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

Autorización: la aprobación de un servicio.

Autorización previa: proceso que le corresponde a cualquier servicio que necesita aprobación de Molina antes de que se preste.

Condición médica de emergencia: un problema médico que usted cree que es de extrema gravedad y que debe ser tratado de inmediato por un proveedor.

Directorio de proveedores: un listado de todos los proveedores que contrata Molina.

Especialista: proveedor que se concentra en una atención médica en particular.

Medicamentos de especialidad: medicamentos de alto costo usados para tratar condiciones complejas o raras. Estas pueden incluir esclerosis múltiple, artritis reumatoide, hepatitis C y hemofilia. Los medicamentos a menudo deben ser inyectados por el paciente, se administran en el consultorio de un doctor o a través de servicios médicos domiciliarios. Por lo general, están disponibles a través de farmacias “especializadas”. Estas farmacias enviarán los medicamentos al consultorio de su doctor o a su casa.

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

Proveedor de atención primaria (PCP): proveedor contratado por Molina que usted ha elegido para que sea su proveedor personal. Su PCP le ayudará con la mayoría de sus necesidades médicas.

Queja: un reclamo sobre Molina o un proveedor de atención médica.

Remisión: pedido de un PCP para que su paciente vea a otro proveedor de atención.

Servicios cubiertos: servicios y suministros que cubre Molina.

Servicios de emergencia: servicios que un proveedor aprobado da para evaluar, tratar o estabilizar una condición médica de emergencia.



Healthy Connections 

The text "Healthy Connections" is in a blue, sans-serif font. To its right is a stylized icon consisting of four overlapping shapes: a blue arrow pointing right, a light blue circle, an orange diamond, and a green diamond.

PO Box 40309
North Charleston, SC 29423-0309



320944HBMDSCES
231129