

Le damos la
bienvenida a
Molina
Healthcare.



Nevada (programa Medicaid y Nevada Check-Up)





**Aviso de disponibilidad – Sección 1557
Molina Healthcare of Nevada - Medicaid**

English	For free language assistance services, and auxiliary aids and services, call 1-833-685-2102 (TTY: 711).
Spanish Español	Para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística, así como ayudas y servicios auxiliares, llame al 1-833-685-2102 (TTY: 711).
Tagalo	Para sa libreng serbisyo sa tulong sa wika, at mga auxiliary aid at serbisyo, tumawag sa 1-833-685-2102 (TTY: 711).
Chino 中文 (简体)	如需免费的语言协助服务以及辅助工具和服务，请致电1-833-685-2102 (TTY 用户请拨打 711)。
Coreano 한국인	무료 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 원하시면 1-833-685-2102 (TTY: 711)로 연락 주시기 바랍니다.
Vietnamita Tiếng Việt	Để sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cũng như các dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm, hãy gọi 1-833-685-2102 (TTY: 711).
Amharic አማርኛ	አዲስ የኢትዮጵያ አገልግሎቶች፣ እና ሂደት አርሱታዎች እና አገልግሎቶች፣ ወደ 1-833-685-2102 (TTY: 711) የደረሰ እና፡፡
Tailandés ไทย	สำหรับบริการช่วยเหลือฟรีด้านภาษาและบริการเสริม โปรดโทร 1-833-685-2102 (TTY: 711)
Japonés 日本語	無料の言語サポートや補助器具・サービスをご希望の方は、1-833-685-2102 (TTY: 711) までお電話ください。

Árabe العربية	اتصل على الرقم 1-833-685-2102 (الهاتف النصي (TTY): 711) لتنقى خدمات المساعدة اللغوية المجانية والخدمات والمساعدات الإضافية.
Ruso Русский	Для получения бесплатных услуг языковой помощи, а также вспомогательных средств и услуг, позвоните: 1-833-685-2102 (телефон: 711).
Francés Français	Pour bénéficier de services d'assistance linguistique gratuits, ainsi que de services et aides complémentaires,appelez le 1-833-685-2102 (ATS : 711).
Persa فارسی	برای دریافت خدمات کمک زبانی رایگان، و کمک‌ها و خدمات اضافی با این شماره تماس بگیرید: . (TTY: 711) 1-833-685-2102
Samoano Samoa	Mo auaunaga fesoasoani i gagana e leai se totogi, ma fesoasoaniga faaopoopo ma auaunaga, valaau mai i le 1-833-685-2102 (TTY: 711).
Alemán Deutsch	Kostenlose Sprachassistenzdienste, Hilfsmittel und Dienstleistungen erhalten Sie unter 1-833-685-2102 (TTY: 711).
Ilocano	Para kadagiti libre a serbisio iti tulong para iti pagsasao, ken dagiti alikamen ken serbisio para iti panagdengngeg, tawagan ti 1-833-685-2102 (TTY: 711).

¡Gracias por elegir Molina Healthcare!

Desde que nuestro fundador abrió su 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.

Molina Healthcare trabaja con la División de Servicios Sociales de Nevada (Nevada Division of Social Services, DSS) y la Autoridad de Salud de Nevada (Nevada Health Authority, NVHA). Proporcionamos servicios de salud para el programa Nevada Medicaid y Nevada Check-Up. Junto con su médico, le ayudamos a administrar su atención y salud. Nuestro trabajo es asegurarnos de que reciba la atención y los servicios que necesita. Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta.

ESTE MANUAL NO ES UN CERTIFICADO DE SEGURO Y NO DEBE INTERPRETARSE COMO EVIDENCIA DE COBERTURA DE SEGURO ENTRE EL CONTRATISTA Y EL MIEMBRO.

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

Su membresía (pág. 7)

- Tarjeta de identificación de Molina
- Cómo obtener acceso a la atención médica
- Números de teléfono

Su proveedor (pág. 13)

- Encontrar un proveedor
- Programar su primera cita
- Servicios de intérprete

Sus beneficios (pág. 19)

- Red Molina
- Servicios de idiomas
- Pautas para las citas
- Citas con el PCP
- Devoluciones de llamada fuera del horario laboral
- Atención durante el embarazo y para el recién nacido
- Servicios cubiertos
- Servicios no cubiertos
- Servicios cubiertos por Nevada Medicaid
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (EPSDT)
- Servicios de EPSDT cubiertos
- Programa de servicios de detección de salud periódicos
- Segundas opiniones
- Visión
- Medicamentos cubiertos

NOTA: Si tiene problemas para leer o comprender esta o cualquier otra información de Molina Healthcare, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711). Podemos explicarle en inglés o en su idioma principal. Es posible que contemos con la información impresa en otros idiomas. Puede pedirla en sistema Braille, letra grande o audio. Si tiene una discapacidad auditiva o visual, podemos darle ayuda especial.

Sus beneficios extra (pág. 35)

- Aplicación móvil Molina
- Programas de educación para la salud e incentivos
- Recompensas del embarazo
- Transporte
- Administración de casos
- Recursos comunitarios

Su póliza (pág. 51)

- Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)
- Cómo obtener atención especializada y remisiones
- Proveedor fuera de la red
- ¿Qué es una emergencia?
- Posestabilización
- Medicamentos cubiertos
- Acceso a la salud conductual
- Servicios de salud mental y/o abuso de sustancias
- Servicios de hospital
- Pagos y facturas
- Primas de Nevada Check-Up
- Elegibilidad e inscripción/ Cancelación de inscripción
- Renovación de beneficios
- No discriminación
- Quejas y apelaciones
- Derechos y responsabilidades del miembro
- Directivas anticipadas
- Objeción individual e institucional
- Fraude y abuso
- Privacidad de los miembros
- Terminología y definiciones de los materiales de los miembros

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



1. Revise su kit de bienvenida

Su kit de bienvenida contiene información sobre los servicios y beneficios que tiene a su disposición. Para obtener más información, comuníquese con nosotros.



2. Revise su tarjeta de identificación de miembro.

Debería haber recibido su tarjeta de identificación de Molina Healthcare por correo postal. Confirme que su información sea la correcta. Hay una para usted y una para cada miembro de su familia inscrito en Molina. Llévela con usted en todo momento. Si aún no ha recibido la tarjeta de identificación, visite MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102



3. Regístrate en MiMolina

Registrarse es sencillo. Visite MiMolina.com para cambiar de proveedor de atención primaria (PCP), ver el historial de servicios, solicitar una nueva tarjeta de identificación, registrarse para recibir mensajes de texto, reclamar recompensas, ver y descargar sus cartas de autorización previa. ¡Conéctese desde cualquier dispositivo, en cualquier momento!



4. Hable sobre su salud

Adjunto encontrará un Formulario de salud para que para cada miembro de su familia que tenga cobertura de Medicaid o Nevada Check Up lo complete. Esto nos ayudará a identificar cómo brindarle la mejor atención posible. Avísenos si su información de contacto cambió. Utilice el sobre prepago adjunto para enviarnos los formularios por correo postal.



5. Conozca a su PCP

PCP significa proveedor de atención primaria. Será su proveedor de atención médica personal. Para elegir o cambiar su PCP, visite MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102.



6. Conozca sus beneficios

Con Molina, usted tiene cobertura de salud y servicios adicionales gratis. Ofrecemos educación gratuita sobre la salud. Y personas dedicadas a su atención.

Su membresía

Su membresía

Su membresía

Tarjeta de identificación de Molina

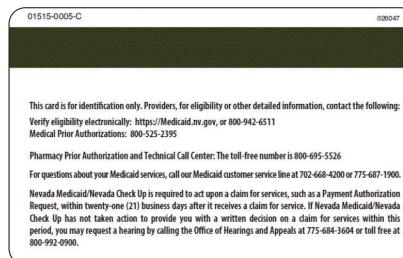
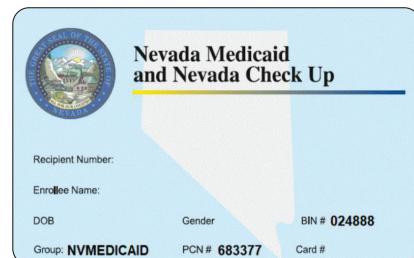
Hay una tarjeta de identificación para cada miembro.



Tarjeta de identificación de Nevada Medicaid

El estado le expedirá y enviará por correo su tarjeta de identificación de Medicaid.

Llévela a sus citas junto con su tarjeta de identificación de Molina.



Puede solicitar una tarjeta de identificación digital visitando el portal para miembros MiMolina.com.

Usted necesita su tarjeta de identificación de Molina para realizar lo siguiente:



Ver a su proveedor, especialista u otro proveedor



Ir a un hospital



Ir a una sala de emergencias



Obtener suministros médicos y/o recetas médicas



Recibir atención de urgencia



Hacerse exámenes médicos

Cómo obtener acceso a la atención médica

Necesidad	Acceso en línea	Cómo obtener atención
<p>Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una emergencia se debe atender con la mayor celeridad. - No necesita aprobación en caso de emergencia - Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana <p>Llame al 911</p> <p>Si considera que tiene una afección de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Una emergencia incluye las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fracturas graves - Dolor en el pecho - Dificultad para respirar - Sangrado excesivo - Crisis epilépticas o convulsiones 	<p>Acceso en línea</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encontrar o cambiar de proveedor - Actualizar su información de contacto - Pedir una tarjeta de identificación - Recibir recordatorios de atención médica - Registrar las visitas al consultorio - Buscar beneficios y servicios <p>Visite MiMolina.com y regístrese.</p> <p>Encuentre un proveedor en el siguiente enlace:</p> <p>MolinaProviderDirectory.com/NV</p>	<p>Atención de urgencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades leves - Lesiones menores - Exámenes físicos y cheques médicos - Atención médica de prevención - Inmunizaciones (inyecciones) - Síntomas de catarro o gripe - Heridas que pueden requerir suturas - Esguinces, distensiones musculares o hematomas profundos - Dolor de garganta - Dolor de oído - Gastroenteritis

Los detalles de su plan

- Preguntas sobre su plan
- Preguntas sobre programas o servicios
- Problemas con la tarjeta de identificación
- Servicios de idiomas

- Transporte de emergencia
- Ayuda con sus consultas
- Atención prenatal
- Consultas preventivas con el PCP u obstetra/ginecólogo

Cambios o eventos de la vida

- Mudanza
- Cambio de nombre/dirección
- Embarazo
- Casamiento/divorcio
- Nacimiento de un bebé
- Cambio en su cobertura médica

Llame a su doctor:

Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día

(833) 685-2104
(TTY/TDD: 711)

Un miembro del personal de enfermería estará disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Centros de cuidado urgente

Busque un proveedor o un centro de cuidado urgente

MolinaProviderDirectory.com/NV

Departamento de Servicios para Miembros

(833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

De lunes a viernes,
de 8 a. m. a 6 p. m.

Servicios de transporte
que no son de emergencia
proporcionados por MTM:

(844) 879-7341

División de Medicaid de Nevada

(877) 638-3472

(Las personas con discapacidad visual y auditiva deben marcar el **711**).

Su proveedor de atención primaria

**Su proveedor
de atención
primaria**

Su proveedor de atención primaria

Encontrar su proveedor de atención primaria

Su proveedor de atención primarios (PCP) se ocupa de todas sus necesidades médicas. El consultorio de su PCP es su centro de salud principal. Es importante contar con un PCP que le haga sentir cómodo(a). Elegir uno es fácil con nuestro Directorio de Proveedores, una lista de proveedores. Puede escoger uno para usted y otro para los demás miembros de su familia, o bien uno que los atienda a todos. Programe su primera cita. Llame a su PCP de inmediato si quiere cancelar o volver a programar su cita. También puede llamar a Molina Healthcare al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711) si necesita ayuda para programar una cita, encontrar un proveedor o encontrar información sobre su PCP.

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

Si desea cambiar su PCP, puede hacerlo en su aplicación móvil Mi Molina o visite MiMolina.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Programe su primera cita

Visite a su proveedor de atención primaria (PCP) dentro de los 90 días posteriores a la inscripción. Obtenga más información sobre su salud y proporcione más datos sobre usted a su PCP.

Su proveedor de atención primaria:

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

Servicios de intérprete

Si necesita hablar en su propio idioma, podemos ayudarle. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y podremos ayudarle en su idioma preferido a través de un intérprete. Un intérprete puede ayudarle a hablar con su proveedor, o farmacéutico, u otros proveedores de servicios médicos. Ofrecemos este servicio sin costo alguno para usted. Un intérprete podrá ayudarle con lo siguiente:

- Sacar turno
- Hablar con su proveedor
- Presentar una queja, reclamación o apelación
- Conocer los beneficios de su plan de salud

Si necesita un intérprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102. 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 proveedor que sea parte de Molina.

Si, por algún motivo, quiere cambiar de proveedor principal, visite MiMolina.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.



Recuerde: puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería cuando quiera. Los profesionales de enfermería están disponibles para ayudarle con cualquier pregunta relacionada con la atención. Llame al (833) 685-2104 (TTY/TDD: 711).

Beneficios

Red Molina

Tenemos una creciente familia de proveedores de atención médica y hospitales, y están listos para servirle. Visite a proveedores que son parte de Molina. Puede encontrar una lista de estos proveedores en MolinaHealthcare.com/NV (en Miembros-->Materiales y formularios para miembros). Llame al Departamento de Servicios para Miembros si quiere una copia impresa de esta lista. Puede visitar MolinaProviderDirectory.com/NV o descargar la aplicación móvil Mi Molina, o acceder al portal web de Mi Molina. Estos recursos también le indicarán si el proveedor tiene horarios especiales, accesibilidad para discapacitados y si puede hablar en su idioma.

El directorio en línea incluye información de proveedores para todo tipo de proveedores, incluidos los PCP, especialistas, proveedores de servicios auxiliares, así como hospitales, centros de salud conductual/trastornos por consumo de sustancias y farmacias de la red de Molina Nevada. La información incluirá nombres de proveedores y afiliaciones grupales, números de teléfono, direcciones, especialidades y calificaciones profesionales tales como:

1. Nombre del proveedor, así como de cualquier grupo
2. Direcciones postales
3. Números de teléfono
4. URL del sitio web, según corresponda
5. Si el proveedor aceptará nuevos miembros
6. Grupo de edad atendido por cada proveedor
7. Las capacidades culturales y lingüísticas del proveedor, incluidos los idiomas (incluido el lenguaje de señas estadounidense) ofrecidos por el proveedor o un intérprete médico experto en el consultorio del proveedor, y si el proveedor ha completado la capacitación en competencia cultural
8. Si el consultorio/centro del proveedor tiene adaptaciones para personas con discapacidades físicas, incluidos consultorios, salas de examen y equipos

Sus beneficios

9. Identificación del PCP y grupos de PCP, especialistas, hospitales, instalaciones y centros de salud federales calificados (federal qualified health centers, FQHC) y clínicas de salud rurales (rural health clinics, RHC) por área del estado
10. Identificación de las horas de funcionamiento, incluida la identificación de los proveedores con horas no tradicionales (antes de las 8 a. m. o después de las 5 p. m. cualquier fin de semana/día festivo)

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener información más detallada sobre su proveedor, como la siguiente:

- Nombre, dirección, números de teléfono.
- Calificaciones profesionales.
- Especialidad.
- Facultad de medicina a la que asistió.
- Estado de certificación de la junta.

Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, consulte la página 25. También puede solicitar una copia del Directorio de Proveedores.

Servicios de idiomas

Si tiene problemas para leer o comprender esta o cualquier otra información de Molina Healthcare, llame al el Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711) para obtener ayuda sin costo alguno para usted. Podemos explicarle esta información en inglés o en su idioma principal. Es posible que tengamos esta información impresa en otros idiomas. Si tiene una discapacidad visual o auditiva, podemos darle ayuda especial.

Servicios de traducción

Si necesita hablar en su propio idioma, podemos ayudarle. Un traductor estará listo para hablar con usted. También puede ayudarle a hablar con su proveedor. Un traductor puede ayudarle a:

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

Este es un servicio gratuito. Si necesita un traductor, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (833) 685-2102 o (TTY/TDD: 711). Si tiene una discapacidad auditiva o visual, Molina puede ayudarle. Puede pedir los materiales para los miembros en sistema Braille, letra grande o audio. Todos estos servicios son gratuitos.

Pautas para las citas

El consultorio de su PCP debe darle una cita para las consultas que se indican para los siguientes períodos:

Citas con el PCP

Atención de urgencia	En el mismo día
Cita con el PCP médicamente necesaria que es atención no urgente o de rutina	2 días
Atención médica de prevención de control infantil	Dentro de los 14 días
Atención médica de prevención para adultos	Dentro de los 21 días
Especialista	Dentro de los 30 días posteriores a la remisión o, si es urgente, dentro de los 3 días calendario

Citas de atención prenatal*:

Primer trimestre	Dentro de los siete (7) días calendario
Segundo trimestre	Dentro de los siete (7) días calendario
Tercer trimestre	Dentro de los tres (3) días calendario
Embarazo de alto riesgo	Dentro de los tres (3) días calendario o antes si es necesario

* En el mismo día. También hay citas médicas disponibles.

Sus beneficios

El consultorio de salud conductual debe darle una cita para las consultas que se indican para los siguientes períodos:

Tipo de cita	Cuándo debe obtener la cita
Proveedores de salud conductual/trastornos por consumo de sustancias (cita de rutina)	No debe exceder los treinta (30) días calendario
Proveedores de salud conductual/trastornos por consumo de sustancias (cita urgente)	No debe exceder los 3 días calendarios
Emergencia de salud conductual que pone en peligro la vida	Inmediatamente
Cita de seguimiento de atención de rutina	14 días

Devoluciones de llamada fuera del horario laboral

Queremos que pueda recibir atención en cualquier momento. Cuando la oficina de su PCP esté cerrada, un servicio de respuesta atenderá su llamada.

Guías de Salud Preventiva y Guías de Práctica Clínica

Miembro: puede encontrar más información sobre las pautas de salud preventiva y práctica clínica actuales en Pautas en [Pautas de Salud Preventiva](#) y [Pautas de Práctica Clínica](#). Para obtener una copia impresa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Atención durante el embarazo y para el recién nacido

¿Qué ocurre si tengo un bebé?

Molina Healthcare 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. Si quiere ayuda para encontrar un obstetra/ginecólogo, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY/ TTY: 711); podemos ayudarle a organizar su atención prenatal.

Si tiene un cambio de vida importante, como matrimonio, muerte de un miembro de la familia o divorcio, llame a la División de Servicios Sociales al (702) 486-1646 (sur) o al (775) 684-7200 (norte) o visite AccessNevada.NV.gov.

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 comunicarse con su plan de atención médica e indicar la atención que quiere que usted reciba. Molina revisará el pedido en función de si es médica mente necesario e informaremos a su proveedor si el pedido se aprueba antes de que pueda darle el servicio. De esta manera, puede comprobarse de que sea adecuado para su afección específica.

Para obtener una lista de los servicios cubiertos que requieren y no requieren autorización previa, consulte el cuadro de Servicios cubiertos.

También puede visitar MolinaHealthcare.com/NV/benefitsandrewards o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Si Molina no cubre los servicios que desea o busca, debido a objeciones morales o religiosas, puede llamar a Nevada Medicaid o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos

Servicios de centro quirúrgico ambulatorio

Limitación

Cirugías médica mente necesarias: se aplican todas las restricciones de la política de Medicaid.

Servicios cubiertos

Limitación

Proveedores de servicios de salud conductual/ trastornos por abuso de sustancias (después del alta de un hospital psiquiátrico de agudos, cuando el contratista tenga conocimiento del alta del miembro, sin exceder los siete [7] días calendario).

Se aplican todas las restricciones de la política de Medicaid.

Servicios cubiertos

Limitación y descripción

Servicios quiroprácticos

Limitados a personas menores de 21 años remitidas a través del Programa de Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (EPSDT) y evaluadas por su PCP

Ensayos clínicos

Costos rutinarios para el paciente asociados con ensayos clínicos calificados

Centros comunitarios certificados de salud conductual (CCBHC)

Proporcionar atención, remisiones y coordinación de la atención

Se aplican todas las restricciones de la política de Medicaid.

Sus beneficios

Servicios cubiertos	Limitación y descripción	Servicios cubiertos	Limitación y descripción
Servicios dentales	Para miembros menores de 21 años de edad, proporcionados por Nevada Medicaid a través de Liberty Dental Plan. Para adultos mayores de 21 años de edad, Medicaid solo cubre exámenes y extracciones dentales de emergencia y, en algunos casos, dientes postizos (dentaduras postizas completas y parciales para reemplazar los dientes faltantes). Además, es posible que se cubra la limpieza de un adulto (por año). Comuníquese con Liberty Dental Plan al: (888) 700-0643	Servicios de ambulancia de emergencia	El servicio de ambulancia médica necesaria está cubierto. No se incluye: Transporte médico que no sea de emergencia
Análisis de laboratorio y examen ocular de la retina para diabéticos	Anual	Servicios de detección diagnóstico y tratamiento oportuno y periódicos (EPSDT)	Limitado a beneficiarios menores de 21 años
Diálisis	Servicios de centros independientes o basados en hospitales	Citas con el ER	Sin límite
Equipo médico duradero	<i>Se aplican todas las restricciones de la política de Medicaid.</i>	Cuidado ocular: servicios oftalmológicos	Un examen cada 12 meses. Todos los miembros: cristales y armazones cada 12 meses
		Servicios de planificación familiar	Ilimitados, no se necesita remisión. Los miembros pueden recibir servicios de planificación familiar sin costo de proveedores dentro o fuera del plan.
		Servicios de reasignación de género	Tratamiento de la disforia de género y la incongruencia de género, según necesidad médica. Se aplican todas las restricciones de la política de Medicaid.

Servicios cubiertos	Limitación y descripción	Servicios cubiertos	Limitación y descripción
Servicios médicos domiciliarios	<ul style="list-style-type: none"> • En el mismo día para los miembros con necesidades urgentes. • Se requiere autorización previa. • Se aplican limitaciones. • Atención no urgente dentro de los catorce (14) días calendario. 	Servicios en consultorios médicos, citas a consultorios de asistentes médicos y citas a consultorios de profesionales de enfermería.	Sin límite
Servicios de hospital	Pacientes internados y ambulatorios	Servicios de podología	Los servicios de podología para adultos están cubiertos con una autorización previa; se aplican limitaciones. El cuidado de los pies está cubierto para miembros menores de 21 años.
Histerectomía	Se requiere consentimiento para la esterilización (formulario HHS-687).		Las citas para el cuidado de los pies pueden ser limitadas. Los aparatos ortopédicos están cubiertos para algunas afecciones.
Servicios de laboratorio.	<p><i>Se aplican todas las restricciones de la política de Medicaid.</i></p> <p><i>No se requiere autorización previa para emergencias.</i></p>	Servicios de atención prenatal y maternidad	Incluida la atención posparto
Mamografía/ Papanicolaou	No se requiere autorización previa.	Atención médica de prevención	Mamografías, atención médica de control para infantes y niños, controles periódicos, servicios de EPSDT.
Suministros médicos	<p><i>Se aplican todas las restricciones de la política de Medicaid.</i></p>	Radiología/ Radiografías	<p><i>Médicamente necesario y solicitado por un médico.</i></p> <p><i>Se aplican todas las restricciones de la política de Medicaid.</i></p>
Servicios de obstetricia/ ginecología y enfermería obstétrica.	Incluidas las consultas prenatales y de posparto.		

Servicios cubiertos	Limitación y descripción
Inyección/infusión especializada	Las inyecciones están cubiertas para ciertas afecciones espásticas, como parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, traumatismo craneal, lesiones de la médula espinal y esclerosis múltiple.
Procedimientos de esterilización	Se requieren formularios de consentimiento.
Servicios contra el abuso de sustancias	Atención hospitalaria/ambulatoria
Trasplantes	<p>Para miembros menores de 21 años: estará cubierto todo trasplante médica mente necesario que no sea experimental.</p> <p>Para adultos, los trasplantes de córnea, riñón, hígado y médula ósea estarán cubiertos si es médica mente necesario, con limitaciones.</p>
Vacunas	<p>Vacunas de EPSDT, vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19 y vacunas contra la neumonía. Vacunas recomendadas por el ACIP para adultos. Para obtener una lista de recomendaciones y pautas de vacunas, visite:</p> <p>cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recoms/index.html</p>

Servicios alternativos (ILOS)

Las ILO (In Lieu of Services) son servicios o entornos que los planes de Medicaid pueden ofrecer en lugar de los servicios o entornos cubiertos por el plan estatal de Nevada Medicaid y que son una alternativa médica mente adecuada y rentable a un servicio cubierto por el plan estatal. El uso de ILOS es opcional para los miembros. Los ILO están diseñados para sustituir y potencialmente disminuir la utilización de otros beneficios cubiertos de Medicaid, como la atención hospitalaria, la atención en centros de enfermería y el uso del Departamento de Emergencias (ED), al tiempo que mejoran la calidad de vida.

Nevada Medicaid ha agregado nuevos beneficios como los ILO para su programa de atención administrada que son fundamentales para abordar la falta de vivienda, mejorar los resultados y reducir los costos. Molina ofrecerá lo siguiente:

- Administración especializada de casos
- Apoyo para la transición de vivienda
- Servicios para mantener la vivienda

Elegibilidad para Servicios alternativos

Para considerarse elegible para el nuevo beneficio de apoyo para la vivienda como los ILO en el programa de atención administrada de Medicaid de Nevada, el beneficiario de Medicaid debe cumplir con lo siguiente: (1) experimentar falta de vivienda; o (2) estar en riesgo de experimentar falta de vivienda como se define en la Sección 91.5 del Título 24 del CFR y presentar al menos una o más de las siguientes afecciones o circunstancias descritas a continuación:

1. tener un diagnóstico de enfermedad mental grave (SMI);

2. tener un diagnóstico de salud emocional grave;
3. tener un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias;
4. estar en riesgo de institucionalización o sufrir sobredosis o necesitar servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud emocional grave u otra afección de salud conductual;
5. estar en riesgo de experimentar una crisis de salud conductual o de necesitar utilizar el departamento de emergencias;
6. estar embarazada o haber dado a luz un bebé vivo en los últimos 60 días;
7. haber sido dado de alta de un centro correccional o médico en los últimos 90 días;
8. hacer la transición, o estar haciendo la transición dentro de los próximos treinta (30) días, de un entorno institucional o de hospitalización al hogar o entorno comunitario; o
9. ser víctima de trata de personas o violencia doméstica.

Molina puede: (1) utilizar sus equipos de administración de la atención; o (2) utilizar otros proveedores calificados bajo contrato con la MCO para examinar y evaluar a los miembros para determinar la elegibilidad para los nuevos apoyos para la vivienda de los ILO. Cuando se utiliza el equipo de administración de casos de Molina, una remisión para apoyos para la vivienda de los ILO a un proveedor de apoyos para la vivienda

calificado debe estar firmada por un administrador de casos con licencia y se debe determinar que es médicaamente necesaria y rentable según lo definido por la MCO y aprobado bajo las pautas de los ILO. Para las remisiones de otros proveedores contratados, se debe enviar una solicitud de autorización previa a la MCO para su revisión y aprobación por parte de un administrador de casos con licencia y se debe determinar que es médicaamente necesario y rentable según lo definido por la MCO y bajo las pautas de los ILO.

Se le informará de los cambios en los programas y beneficios dentro de los 30 días calendario anteriores a la implementación.

Servicios no cubiertos

Molina Healthcare no pagará por los servicios recibidos fuera de los EE. UU. Molina Healthcare no pagará por los servicios o suministros recibidos sin seguir las instrucciones de este manual. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos incluyen los siguientes:

- Acupuntura
- Cirugía plástica o estética que no sea médicaamente necesaria
- Gestación subrogada

Esta no es una lista completa de los servicios que no están cubiertos por Medicaid o Molina Healthcare. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio está cubierto, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por Nevada Medicaid

Algunos servicios están cubiertos por Nevada Check-Up o Medicaid en lugar de Molina. No necesita una remisión para recibir estos servicios. Estos se denominan servicios exclusivos e incluyen lo siguiente:

- Atención médica diurna para adultos
- Niños en colocación fuera del hogar
- Servicios de exención en el hogar y la comunidad*
- Hospicio*
- Centros del servicio de salud indígena y clínicas tribales
- Centros de atención intermedia para miembros con discapacidad intelectual*
- Transporte que no sea de emergencia**
- Internaciones e centros de enfermería de más de ciento ochenta (180) días calendario
- Evaluaciones/exámenes para el nivel adecuado de atención antes de la admisión en un centro de tratamiento residencial para miembros de Medicaid*
- Servicios de salud escolar (Molina brinda cobertura cuando los servicios son proporcionados por centros de salud calificados de manera federal o clínicas de salud rurales).
- Tratamiento para trastornos de la salud emocional graves/enfermedades mentales graves

Si tiene preguntas sobre cómo obtener estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (833) 685-2102 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Podemos ayudarle.

* Los miembros que reciban estos servicios serán cancelados de la inscripción en Molina y recibirán los beneficios de atención médica directamente de Medicaid con pago por cada servicio.

** El transporte que no sea de emergencia está disponible para los beneficiarios de Medicaid y Nevada Check Up a través del proveedor de transporte del estado, MTM.

Molina Healthcare debe proporcionar todos los servicios médicamente necesarios para sus miembros menores de 21 años. Así lo establece la ley. Esto es así incluso si Molina Healthcare no cubre un servicio o el servicio tiene un límite. Siempre que los servicios de su hijo(a) sean médicamente necesarios, los servicios:

- No tienen límite de dinero.
- No tienen límite de tiempo, como límites por hora o por día.

Es posible que su proveedor deba solicitar la aprobación de Molina Healthcare antes de darle el servicio a su hijo(a). Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea saber cómo solicitar estos servicios.

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (EPSDT)

Todos los niños y adolescentes menores de veintiún (21) años que son miembros de Molina son elegibles para recibir Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (EPSDT). Estos servicios se proporcionan sin limitación y sin costo si se considera médica mente necesario.

Servicios de EPSDT cubiertos

Los servicios incluyen servicios de detección de salud periódicos y vacunas actualizadas apropiadas utilizando el calendario de vacunación recomendado y proporcionado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los servicios de EPSDT también incluye exámenes de la vista, dentales, auditivos y todos los servicios médicamente necesarios.

Servicios de detección de salud periódicos:

- Un examen físico completo y sin ropa.
- Antecedentes médicos completos del beneficiario y de la familia
- Historial de desarrollo
- Mediciones, que incluyen, entre otras, longitud/altura, peso, circunferencia de la cabeza, índice de masa corporal (IMC) y presión arterial
- Exámenes de la vista y la audición
- Evaluación de la conducta/del desarrollo
- Detección de autismo
- Vigilancia del desarrollo
- Evaluación psicosocial/conductual
- Evaluación del consumo de tabaco, alcohol y drogas
- Detección de depresión
- Detección de depresión materna
- Detección metabólico/de hemoglobina del recién nacido
- Administración de vacuna, si está indicada
- Detección de anemia
- Detección y pruebas de plomo

- Prueba de tuberculina, si está indicada
- Detección de dislipidemia
- Infecciones de transmisión sexual
- Pruebas de VIH
- Detección de displasia cervical
- Evaluación y asesoramiento odontológico
- Orientación anticipatoria
- Evaluación nutricional
- Estado en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) y en el Programa de Nutrición para Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children, WIC)

Programa de periodicidad:

La frecuencia es la siguiente:

- 3-5 días
- Por un mes
- Dos meses
- Cuatro meses
- Seis meses
- Nueve meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- Una vez al año para menores de 3 a 21 años de edad

Si necesita ayuda para acceder a los servicios de EPSDT para su hijo(a)m llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711).

Sus beneficios

Los servicios ampliados de EPSDT para los miembros elegibles que se encuentran durante un examen de EPSDT y se consideran médicaamente necesarios incluyen:

- Servicios de orientación para adolescentes
- Servicios de terapia (física, ocupacional, del habla, auditiva y del lenguaje)
- Tratamientos y servicios adicionales que puedan ser necesarios (como recetas y servicios de terapia)
- Medicamentos recetados
- Hospitalización
- Servicios de hospital ambulatorios
- Servicios médicos domiciliarios
- Enfermería de guardia privada
- Equipo médico duradero/prótesis
- Servicios dentales
- Servicios de optometría
- Anteojos/lentes de contacto
- Servicios auditivos
- Servicios de salud mental
- Servicios de podiatría
- Servicios quiroprácticos

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. Llame al el Departamento de Servicios para Miembros para saber cómo obtener una segunda opinión.

Pautas de Práctica Clínica

Los proveedores están sujetos a las pautas de práctica clínica. Las pautas de práctica clínica son documentos que tienen por objeto guiar las decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de determinadas afecciones de salud. Puede encontrar información sobre las pautas de práctica clínica en sus boletines informativos para miembros. Para solicitar una copia de las pautas de práctica clínica en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102.



Visión

Estamos aquí para cuidarle en todos los aspectos, incluidos sus ojos. Molina, a través de VSP Vision, cubre los exámenes de la vista cada año para todos los miembros.

- Anteojos (armazones y cristales) cada año, cuando se cumplen los requisitos
- Servicios de atención oftalmológica médica mente necesarios, incluido el tratamiento de afecciones oculares
- Reparación de armazones o reemplazo de anteojos una vez al año para miembros de todas las edades (pueden aplicarse restricciones)
- Otros servicios como se describe en el Manual de Servicios de Nevada Medicaid: dhcfp.nv.gov/Resources/AdminSupport/Manuals/MSM/MSMHome/
- \$100 adicionales además del beneficio estándar para servicios médica mente necesarios y adecuados (como anteojos correctivos o lentes de contacto) cada 24 meses para miembros de 21 años o más

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios oftalmológicos, al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711).

Consulte su Directorio de Proveedores de atención médica de Molina en MolinaProviderDirectory.com/NV y MiMolina.com, o llame al (844) 344-8675 para encontrar optometristas que puedan brindarle estos servicios.

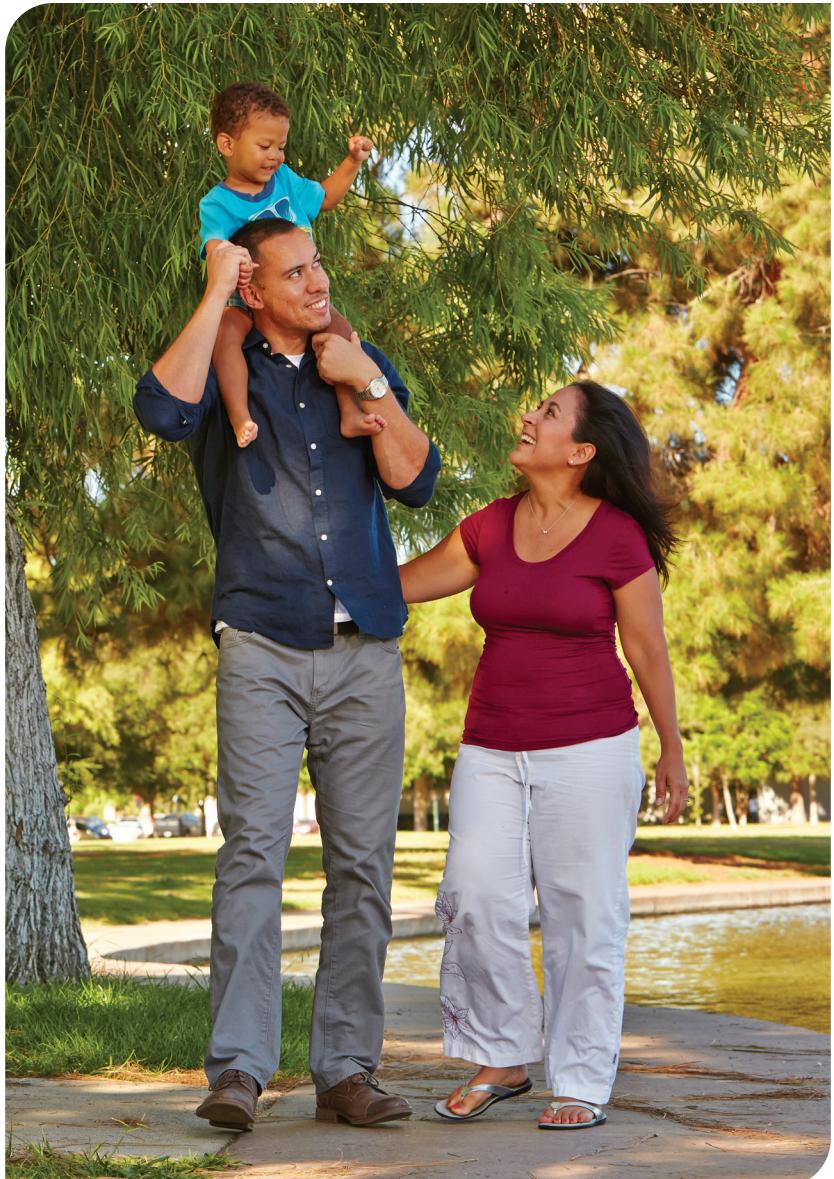
Medicamentos cubiertos

Molina Healthcare cubre todos los medicamentos que se enumeran en la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) de la División de Medicaid de Nevada. Estos son los medicamentos que preferimos que le recete su proveedor de atención primaria.

La mayoría de los medicamentos genéricos están incluidos en esta lista. Puede encontrar una lista de medicamentos preferidos en nuestra [Lista de medicamentos preferidos](#)

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 proveedor para decidir qué medicamentos son los mejores para usted.



Sus beneficios extra

MiMolina.com: Gestione su plan de salud en línea

Conéctese a nuestro portal seguro desde cualquier dispositivo, sin importar dónde esté. Cambie de proveedor, actualice su información de contacto, pida una nueva tarjeta de identificación y mucho más. Para registrarse, visite MiMolina.com.

Aplicación móvil 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 MiMolina para acceder a funciones seguras, como las que se indican a continuación:

- Ver su tarjeta de identificación del miembro.
- Encontrar un proveedor o centro cerca de su domicilio con la herramienta “Provider Finder” (Buscar un proveedor).
- Usar la Línea de Consejos de Enfermería para recibir la atención que necesita.
- Acceder a su historia clínica

Puede descargar la aplicación de manera gratuita en su teléfono inteligente desde la tienda de la App Store para Apple y Google Play para Android.

Programas de educación para la salud e incentivos

¡Viva bien y manténgase saludable! Nuestros programas gratuitos le ayudan a controlar el peso, dejar de fumar u obtener ayuda con afecciones crónicas. Recibirá materiales de aprendizaje, consejos para el cuidado y más información. También tenemos programas para futuras madres. Si tiene asma, diabetes, problemas cardíacos o cualquier otra afección crónica, el personal de enfermería o un administrador de casos se comunicará con usted. También puede registrarse en MiMolina.com, nuestro portal seguro para miembros, o llamar a los departamentos de Administración de la Salud a:

Programas de control de peso, para dejar de fumar y otros: (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711).

Afecciones crónicas: (866) 891-2320 (TTY/TDD: 711).



Healthy Rewards para embarazadas

¿Va a tener un bebé? Molina Healthcare quiere que tenga un embarazo y un bebé sanos. ¡Puede ganar regalos con nuestro programa de recompensas del embarazo! Es fácil. Regístrate en MiMolina.com, nuestro portal seguro.

Transporte

El servicio de transporte médico que no sea de emergencia está disponible a través de MTM. Esto incluye viajes de ida y vuelta a citas médicas y de salud conductual y a la farmacia para recoger sus recetas. Para organizar el transporte médico que no sea de emergencia, comuníquese con MTM al (844) 879-7341 (TTY/TDD: 711).

Llame para programar su viaje. Debe avisar con al menos tres días hábiles de antelación al programar el transporte.





Administración de casos

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 adicional si tiene:

- Asma
- Trastornos de la salud conductual
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)
- Diabetes
- Presión arterial alta
- Embarazo de alto riesgo
- Obesidad
- Insuficiencia cardíaca
- Trasplante de órgano
- Miembros dados de alta del hospital
- Otras afecciones crónicas de salud

Cualquier miembro de Molina puede solicitar un administrador de casos para que le ayude con sus necesidades de atención médica.

Los Servicios de Administración de la Atención le ayudan a mantenerse saludable y obtener la atención que necesita. Nuestro equipo trabaja con usted, sus médicos y su comunidad para asegurarse de que tenga apoyo en el hogar, la escuela y durante las visitas al hospital. Ayudamos con temas como la planificación de su atención, la búsqueda de recursos y la resolución de problemas que afectan su salud. Los miembros del equipo especial también se centran en ayudar a los estudiantes, las comunidades tribales y las personas que son dadas de alta del hospital.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 para solicitar un administrador de la atención.

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.

Sus beneficios extra

- **MolinaHelpFinder.com** desarrollado por Aunt Bertha. Este es un servicio confidencial y gratuito que le ayudará a encontrar recursos locales. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Programa de Nutrición para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
(800) 863-8942

Para solicitar beneficios de valor agregado, visite el portal para miembros, **MiMolina.com** o comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros al **(833) 685-2102**.

Las Healthy Rewards son incentivos para que las personas se realicen determinados controles y exámenes de salud. Las Healthy Rewards para miembros ahora están disponibles en una tarjeta recargable. Eso significa una tarjeta para todas sus Healthy Rewards. ¡Puede usar su tarjeta en tiendas, en línea, en la gasolinera y más!

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Cantidad/Límites de servicio
Alternativas a los opioides	Llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Miembros mayores de 21 años con dolor crónico	Los miembros adultos pueden recibir hasta \$150 para terapia de masajes.
Fiesta anual de bienvenida del bebé para futuras madres	Asista a una fiesta de bienvenida del bebé para futuras madres de Molina. Para obtener más información o reservar su lugar, llame al (833) 685-2102 o envíe un correo electrónico a NV_GCE_Team@MolinaHealthcare.com .	Miembros que actualmente están embarazadas.	\$100 en una tarjeta de débito recargable (solo para miembros). Puede traer dos invitados.
Asma: reciba una funda de almohada y un cubrecolchón hipoalergénicos. Para los menores de 18 años a los que se les haya recetado un inhalador, Molina proporcionará un segundo inhalador sin costo adicional.	Los miembros que participan en una llamada educativa sobre el asma y la completan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Todos los miembros en el programa de Manejo de la enfermedad asmática, Segundo inhalador: Entre 2 y 18 años de edad	Cubrecolchón: \$60. Segundo inhalador: sin costo para el miembro. Fundas de almohada: \$20

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Cantidad/Límites de servicio
Boys and Girls Club: membresía gratuita en el Boys and Girls Club para el programa extracurricular para miembros de 6 a 18 años	Póngase en contacto con el Boys and Girls Club de su zona.	Edades comprendidas entre 5 y 18 años	\$20-\$35 por niño(a) (según el club individual)
Pases de autobús a determinados servicios sociales, incluidos bancos de alimentos, oficinas de WIC, oficinas de Medicaid, DMV, agencias de violencia doméstica, la autoridad de vivienda y entrevistas de trabajo. Puede traer hasta dos miembros de la familia.	Llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Todos los miembros	Se proporciona para citas no médicas. Solo dos miembros adicionales de la familia. Limitado a un viaje de ida y vuelta al mes.
Teléfono celular de TruConnect con llamadas, mensajes de texto y llamadas internacionales a México, Canadá, China, Vietnam y Corea	Visite TruConnect.com/Molina/NV	Uno por hogar	Cada 12 meses
Completar un formulario de Notificación de embarazo	Solicitarlo en MiMolina.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para elegir uno de los tres paquetes: artículos esenciales para el embarazo, kit de confort para después del parto o kit para aliviar los resfriados.	Miembros que actualmente están embarazadas.	Uno por embarazo

Sus beneficios extra

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Cantidad/Límites de servicio
Completar una evaluación anual de las necesidades de salud	Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Todos los miembros	\$25 en una tarjeta de débito recargable
GED	Debe aprobar los exámenes del GED (Desarrollo Educativo General) y recibir el certificado. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.	18 años o más	Cupones para realizar exámenes del GED de forma gratuita en centros de exámenes autorizados. Tarjeta de regalo de \$50 después de aprobar los exámenes
Programa de pruebas genéticas: cubrimos algunas pruebas genéticas que son necesarias para determinar el curso de atención más efectivo para el tratamiento oncológico.	Solicite una prueba genética a su proveedor.	Miembros que requieren tratamiento oncológico.	Una por miembro
Membresía de gimnasio o equipo de entrenamiento en el hogar	Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	18 años o más	\$100 por año para gimnasios dentro de la red

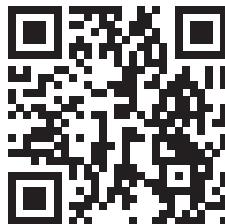
Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Cantidad/Límites de servicio
Evaluación de Healthmap: Healthmap ofrece un programa personalizado de Gestión de la Salud Renal (Kidney Health Management, KHM) diseñado para mantener y mejorar su salud. Nuestro equipo de Navegación de la Atención trabaja con usted y su médico para ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud.	<p>Complete la evaluación de Healthmap. Llame al (800) 819-5175 para comenzar en el programa KHM. Obtenga más información en patients.healthmapsolutions.com.</p>	Miembros mayores de 21 años en el programa de Gestión de la Salud Renal	\$15 en una tarjeta de débito recargable
Healthy Rewards	<p>Complete una cita anual de control infantil. Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	Entre 3 y 20 años de edad	\$100 al año en una tarjeta de débito recargable
	<p>Complete una cita anual de detección preventiva para adultos (limitada a una por año). Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	Mayores de 21 años	\$75 en una tarjeta de débito recargable
	<p>Complete una cita dental preventiva anual.</p>	Miembros de 21 años o más	\$25 en una tarjeta de débito recargable (una por año)
	<p>Complete una cita posparto entre 7 y 84 días después del nacimiento del bebé. Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	Mamás recientes	\$75 por cita en una tarjeta de débito recargable

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Cantidad/Límites de servicio
Healthy Rewards (continuación)	Asistir a una consulta prenatal durante su primer trimestre o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción. Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Mujeres embarazadas	Asiento elevado gratis
	Asistir a un examen ocular de retina para personas diabéticas anual y someterse a una prueba de laboratorio de HbA1c. Solicítelo en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Entre 18 y 75 años, con diagnóstico de diabetes	\$50 en una tarjeta de débito recargable cada una (máximo anual de \$100)
	Asistir a un examen preventivo anual de mamografía. Solicítelo en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Entre 40 y 74 años (mujeres)	\$25 en una tarjeta de débito recargable - Límite de una por miembro al año
	Asistir a hasta seis consultas preventivas para niños en un período de 15 meses. Solicítelas en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Entre 0 y 15 meses de edad	\$10/consulta en una tarjeta de débito recargable (máximo de \$60 de incentivo).
	Asistir a dos consultas preventivas para niños cuando el niño tenga entre 15 y 30 meses de edad. Solicítelas en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Entre 15 y 30 meses de edad	\$75 en una tarjeta de débito recargable
	Asistir a una cita al consultorio para realizarse un examen preventivo de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicoláu). Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Entre 21 y 64 años (mujeres)	\$25 en una tarjeta de débito recargable

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Cantidad/Límites de servicio
Healthy Rewards (continuación)	<p>Realizarse un examen anual preventivo de la clamidía.</p> <p>Requiere la certificación del miembro, la certificación del proveedor o un reclamo.</p> <p>Solicítelo en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	Entre 16 y 24 años (mujeres)	\$25 en una tarjeta de débito recargable.
	<p>Realizarse un examen preventivo anual y tratamiento para la sífilis antes del parto.</p> <p>Requiere la certificación del miembro, la certificación del proveedor o un reclamo.</p> <p>Solicítelo en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	Entre 16 y 24 años (mujeres)	\$25 en una tarjeta de débito recargable
	<p>Asistir a una consulta de seguimiento con un proveedor de salud conductual dentro de los siete días posteriores a la alta médica de un paciente internado por enfermedad mental. Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	Todos los miembros	\$50 en una tarjeta de débito recargable (una por mes con un máximo de \$600)
	<p>Asistir a una consulta de seguimiento dentro de los 7 días posteriores a una visita al servicio de emergencias por una crisis o afección de salud conductual. Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	Miembros de 6 años o más	\$50 en una tarjeta de débito recargable (una por mes con un máximo anual de \$600)
	<p>Asistir a una consulta de seguimiento dentro de los 7 días posteriores a una visita al servicio de emergencias por trastorno por consumo de sustancias o sobredosis accidental. Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	Miembros de 13 años o más	\$50 en una tarjeta de débito recargable (una por mes con un máximo anual de \$600)

Sus beneficios extra

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Cantidad/Límites de servicio
Aplicación Mirza Childcare	Visite HeyMirza.com/Molina	Miembros que tengan hijos menores de 12 años	
Molina Help Finder, que cuenta con el directorio de servicios comunitarios y el sistema de remisiones de Aunt Bertha: ofrece a los miembros, siempre que lo necesiten, acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, desde nuestro sitio web y aplicación móvil, a miles de recursos comunitarios en todo el estado en las áreas de salud, apoyo económico, educación, recursos de emergencia, apoyo legal, vivienda, oportunidades de empleo, transporte y seguridad alimentaria.	Visite MolinaHelpFinder.com Escanee para obtener más información sobre lo siguiente: MolinaHealthcare.com/NV/BenefitsandRewards	Todos los miembros	Gratis: sin costo para el miembro



Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Cantidad/Límites de servicio
Mom's Meals: los miembros pueden solicitar comidas a domicilio para apoyar las necesidades nutricionales durante el embarazo o el posparto.	Llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Miembros que están embarazadas o durante el primer año después del parto.	\$7 por comida, 3 veces al día durante una semana (\$147)
Obesidad/Weight Watchers: los miembros recibirán hasta 13 semanas de servicios digitales de Weight Watchers (WW). Kurbo by WW dirigido a niños y jóvenes de 8 a 18 años	Visite MiMolina.com para solicitar un código o llame al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar un código. Para obtener más información, visite WeightWatchers.com .	Todos los miembros	Valor de \$45 (\$3.30 por semana/digital)
Medicamentos de venta libre, incluidas las pruebas de embarazo	Para obtener más información, visite NationsOTC.com/MolinaNV .	Todos los miembros	\$30 por hogar miembro, por trimestre, para artículos OTC (de venta libre) de uso común a través de nuestro programa de pedidos por correo
Reemplace la tarjeta de identificación o el certificado de nacimiento perdidos.	Llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Miembros de Medicaid	Varía según el hogar.

Sus beneficios extra

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Cantidad/Límites de servicio
Membresía de Sam's Club	Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	18 años o más	Una membresía gratuita de Sam's Club por familia
Examen físico deportivo/escolar	Programe una cita con su proveedor.	Entre 6 y 18 años de edad	Examen físico anual gratuito por año
Productos para dejar de fumar	Visite NationsOTC.com/MolinaNV .	21 años o más	\$100 por año
Visión: \$100 adicionales además del beneficio estándar para servicios médicamente necesarios y adecuados (como anteojos correctivos o lentes de contacto) cada 24 meses.	Para obtener más información, visite VSP.com/medicaid para encontrar un proveedor dentro de la red.	21 años o más	\$100 cada 2 años

Todas las recompensas y servicios mejorados pueden tener exclusiones o límites. Los miembros deben tener Molina Healthcare of Nevada Medicaid o Nevada Check-Up como su seguro principal en el momento de solicitar el servicio para calificar para recompensas y servicios mejorados. Las recompensas y los servicios mejorados deben reclamarse dentro de los 90 días posteriores a la recepción de los servicios.

Usted es importante para Molina, y también lo son sus opiniones. ¡Comparta sus opiniones y gane recompensas! También puede recomendar cambios en las políticas y servicios de Molina.

Conviértase en asesor y gane \$15 en una tarjeta de débito recargable.

Comuníquese con NV_GCE_Team@MolinaHealthcare.com para obtener información sobre cómo participar.

También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 para contarnos sus ideas.

Su póliza

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 proveedores. Se recomienda elegir un proveedor que atienda a toda su familia. Como alternativa, quizás quiera elegir un proveedor 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 lo antes posible. Es importante que se sienta a gusto con el PCP que elija.

Además de su PCP, los miembros mujeres pueden obtener servicios de salud preventiva para mujeres de un proveedor de salud para mujeres sin autorización previa. No se necesita una remisión del PCP. Los miembros con discapacidades tienen 30 días calendario adicionales para seleccionar un PCP.

Llame y programe su primera cita para conocer a su PCP. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Molina Healthcare sin cargo al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711). Molina Healthcare también puede ayudarle a encontrar un PCP. Díganos qué considera que es importante al momento de elegir a un PCP. Será un placer ayudarle. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para más información.

Se le informará de los cambios en la red de proveedores dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la notificación por parte de Molina.

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 Healthcare. A esto se lo denomina “autorización previa”. Su PCP podrá decirle qué servicios requieren de esta aprobación.

Para los miembros con necesidades especiales de atención médica identificadas a través de una evaluación, Molina proporciona acceso a especialistas cuando es necesario. Esto puede incluir una remisión permanente para un número aprobado de citas, lo que permite a los miembros acceder directamente a los especialistas en función de su condición y requisitos de atención específicos.

Si no contamos con un especialista en Molina Healthcare que pueda darle la atención que necesita, nosotros se la daremos a través de un especialista que no pertenezca a Molina Healthcare. 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 Healthcare la autorización previa para cuidados o servicios especializados. Podrá pedir dicha autorización a través del portal Availity. Este pedido de autorización previa debe hacerse antes de que se lleve a cabo cualquier tratamiento o prueba. Si Molina Healthcare deniega una solicitud de atención especializada, le enviaremos una carta a usted y al proveedor solicitante. Usted o su PCP pueden apelar la decisión. Si su PCP o Molina Healthcare le remiten a un proveedor fuera de nuestra red, usted no será responsable del pago de ningún costo. Molina Healthcare pagará por estos servicios.

Si necesita consultar a un proveedor que no es parte de Molina

Si un proveedor de Molina Healthcare no está disponible para darle los servicios cubiertos y necesarios, Molina Healthcare deberá cubrir los servicios necesarios a través de un proveedor que se encuentre fuera de la red. Esto se debe hacer de forma oportuna, siempre que la red de proveedores de Molina no esté disponible para ofrecer ese servicio.

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia se debe atender con la mayor celeridad. No necesita aprobación en caso de emergencia. Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Puede ir a una sala de emergencias o a otro centro que no sea parte de la red de Molina. Puede recibir atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si

tiene una afección médica de emergencia, no es responsable del pago de la detección y el tratamiento necesarios para diagnosticar su afección o estabilizarla. El médico de la sala de emergencias que le atienda decidirá cuándo se le puede transferir o dar de alta. Si el proveedor 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 necesita ayuda para ver a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si no tiene una emergencia, no vaya a la ER.

Llame a su PCP.

Molina Healthcare cuenta con una Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas al día que también puede ayudarlo(a) a comprender y recibir la atención médica que necesita. Si necesita atención médica que no es de emergencia después del horario de atención habitual, también puede visitar un centro de cuidado urgente. Puede encontrar los centros de cuidado urgente en el Directorio de Proveedores MolinaProviderDirectory.com/NV. Si necesita ayuda para encontrar uno, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711).

¿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 visita a la

Su póliza

ER, debe comunicarse con su proveedor lo antes posible. Su proveedor lo(a) ayudará a recibir el cuidado de seguimiento que necesita. Se requiere autorización previa si los servicios son prestados por un proveedor fuera de la red. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda.

¿Cuándo finaliza el pago por servicios de posestabilización no autorizados?

Cuándo

- Un médico del plan con privilegios en el hospital que le atiende asume la responsabilidad de la atención médica del miembro
- Un médico del plan asume la responsabilidad de la atención médica del miembro mediante transferencia
- Un representante de la organización y el médico tratante llegan a un acuerdo sobre la atención médica del miembro
- El miembro es dado de alta

Medicamentos cubiertos

Para asegurarnos de que recibe la atención médica que necesita, quizás solicitemos que su proveedor nos envíe una solicitud (una autorización previa). Su proveedor deberá explicar por qué necesita cierto medicamento o una cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar la solicitud de autorización previa antes de que pueda recibir el medicamento. A continuación, se detallan algunos motivos por los cuales podríamos requerir autorización previa de un medicamento:

- Hay un medicamento genérico disponible
- Es posible que haya otro medicamento preferido disponible

- El medicamento se puede usar mal o se puede abusar de su uso
- El medicamento está enumerado en el formulario, pero no se encuentra en la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL)
- Se deben probar otros medicamentos primero

Algunos medicamentos también pueden tener límites de cantidad y algunos medicamentos no tienen cobertura en ningún caso. 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 una solicitud de autorización previa para un medicamento, les enviaremos una carta a usted y a su proveedor. En la carta, se explicará cómo puede apelar nuestra decisión. También se detallarán sus derechos a una audiencia imparcial estatal.

Recuerde surtir sus medicamentos antes de salir del estado.

Una lista de medicamentos preferidos (PDL) es una lista de medicamentos que Molina prefiere que su doctor le recete.

La PDL puede cambiar. Es importante que usted y su proveedor revisen la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) Universal de la División de Nevada Medicaid cuando tenga que surtir o renovar un medicamento. Puede encontrar un enlace a la PDL Universal de la División de Nevada Medicaid en MolinaHealthcare.com/NV. Puede encontrar una farmacia de Medicaid en nuestro sitio web MolinaProviderDirectory.com/NV o llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Acceso a la salud conductual

Si le remiten para una evaluación de salud mental grave (SMI) o es el parent/madre/tutor de un miembro menor de edad que es remitido para una evaluación de trastorno emocional grave (SED), su proveedor le informará claramente la razón por la cual es necesaria la evaluación. Si el miembro es menor de edad, la autorización para realizar las evaluaciones debe obtenerse del parent/madre/tutor del miembro.

Molina puede ayudarle a recibir los servicios de salud conductual que usted y su familia necesitan. Debe acudir a un proveedor que sea parte de nuestra red de salud conductual, a menos que sea una emergencia. Sus beneficios cubren servicios para pacientes internados, ambulatorios y visitas a proveedores. No necesita una derivación para ver a un proveedor. Puede elegir o cambiar de proveedor de salud conductual o administrador de cuidados en cualquier momento.

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

¿Qué hacer si tiene algún problema?

Puede estar sintiendo los siguientes síntomas:

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

Si es así, llame a Molina al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711).

Servicios de emergencia de salud conductual

Una emergencia de salud conductual es una afección de salud mental que puede causar un daño extremo al cuerpo o provocar la muerte. Algunos ejemplos de estas emergencias son: intento de suicidio, representar un peligro para uno(a) mismo(a) o para los demás, causarse tanto daño funcional que la persona no puede llevar a cabo las tareas de la vida diaria o causarse daño funcional que probablemente provoque la muerte o un daño grave al cuerpo.

Si tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano. Puede acudir a cualquier otra sala de emergencias de inmediato. Puede llamar al 911. Si va a una sala de emergencias, notifique a su proveedor lo más pronto posible.

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

- Acuda al hospital o al centro médico más cercano.
- Llame al número que se encuentra en su tarjeta de identificación.
- Llame a su proveedor y realice un seguimiento en un plazo de 24 a 48 horas.

Para recibir atención de emergencia fuera del área, el plan lo(a) transferirá a un proveedor que forme parte de un grupo o red de proveedores de salud conductual aprobados. Haremos esto únicamente cuando se encuentre bien.

Su póliza

Si le remiten para una evaluación de salud mental grave (SMI) o es el parent/madre/tutor de un miembro menor de edad que es remitido para una evaluación de trastorno emocional grave (SED), su proveedor le informará claramente la razón por la cual es necesaria la evaluación. Si el miembro es menor de edad, el parent/la madre/el tutor del miembro debe otorgar la autorización para llevar a cabo las pruebas.

Servicios de salud mental y/o abuso de sustancias

Si necesita servicios de salud mental o contra el abuso de sustancias, llame a la Línea de Consejos de Enfermería al (833) 685-2104 (TTY/TDD: 711 las personas con discapacidad auditiva) para recibir información. O puede autoderivarse directamente a un centro comunitario de salud mental o centro de tratamiento certificado por el estado. También puede consultar el Directorio de Proveedores en línea en MolinaProviderDirectory.com/NV, visitar el portal para miembros en MiMolina.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para encontrar los nombres y números de teléfono de los centros cercanos.

Cómo acceder a los servicios de hospital

Servicios hospitalarios para pacientes internados
Debe tener una autorización previa para acceder a los servicios hospitalarios, excepto en caso de servicios de atención médica urgente o de emergencia. Utilice el Directorio de Proveedores

para conocer las direcciones de todas las salas de emergencia y los centros de cuidado urgente. Puede hacerlo con la aplicación móvil MiMolina o en su computadora de escritorio. También puede solicitar una versión impresa del directorio llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Sin embargo, si usted obtiene servicios en un hospital o si es admitido(a) en el hospital para recibir servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente fuera del área, se cubrirá su hospitalización. Esto ocurre incluso si no tiene una autorización previa.

Servicios médicos/quirúrgicos

Cuando los servicios se prestan de manera 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 comidas, incluso una habitación privada si es médicalemente 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 universales de medicamentos preferidos (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 a los proveedores por su atención?

Molina Healthcare contrata con los proveedores de muchas maneras. Algunos de los proveedores de Molina Healthcare reciben su pago por cada servicio. Esto significa que se les paga cada vez que le atienden y por cada procedimiento que realizan. A otros proveedores se les paga una cantidad fija por cada mes que un miembro es asignado a su cuidado, ya sea que vean o no al miembro.

A algunos proveedores se les pueden ofrecer recompensas por ofrecer una excelente atención de prevención y monitorear el uso de los servicios de hospital. Molina Healthcare no recompensa a proveedores ni empleados por denegar servicios o

coberturas médicas. Molina Healthcare tampoco otorga bonificaciones a los proveedores para que le brinden menos atención. Para obtener más información sobre cómo se les paga a los proveedores, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Pagos y facturas

Los miembros de Molina Healthcare no son responsables del pago de copagos u otros cargos por servicios médicos cubiertos. Si recibe una factura de un proveedor del plan por servicios aprobados y cubiertos, llame al Departamento de Servicios para Miembros. No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros. Le ayudaremos con este asunto.

Es posible que tenga que pagar por servicios que no están cubiertos. También es posible que tenga que pagar por los servicios de proveedores que no forman parte de nuestra red. Si los servicios fueron una emergencia, no tiene que pagar. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Primas de Nevada Check-Up

Una prima es un pago trimestral que usted paga por la cobertura de atención médica para su hijo(a). Solo los miembros de Nevada Check-Up tienen primas. Los nativos americanos y los nativos de Alaska no pagan primas.

Recuerde, si tiene una prima trimestral y no la paga, se cancelará la inscripción de su hijo(a).

Su póliza

Esta prima se destinará a su costo compartido familiar. Su costo compartido familiar se basa en el ingreso familiar total. Para obtener más información sobre las primas, llame al programa Nevada Check-Up al (775) 684-3777 o al número gratuito (800) 992-0900. También puede comunicarse con la División de Servicios Sociales en dss.nv.gov/Medical/NCUMAIN/.

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 Healthcare revisa los siguientes tipos de servicios, al menos, una vez al año:

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

Elegibilidad e inscripción

Llame a la División de Servicios Sociales de Nevada para consultar sobre la elegibilidad. Atiende de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Su número es (800) 992-0900 (TTY: 711).

Período de inscripción

Si usted es un miembro obligatorio que necesita inscribirse en un plan, una vez que se haya inscrito en Molina Healthcare o que el estado lo(a) inscriba en un plan, puede cambiar de plan dentro de los primeros 90 días desde la fecha de inscripción en el plan. Después de esos 90 días, si sigue siendo elegible para Medicaid, puede inscribirse en el plan durante los siguientes nueve meses. Esto se llama “bloqueo”.

Inscripción abierta

Cada año, el estado tendrá un período de inscripción abierta. Durante el período de inscripción abierta, se les permite a los miembros la opción de cambiar de plan.

Si cambia de plan durante el período de inscripción abierta, el cambio entrará en vigor el 1 de enero del año siguiente. Cualquier miembro que haya cambiado de plan durante el período de inscripción abierta tendrá la opción de elegir otro plan en los primeros 90 días si no está conforme.

No tiene que cambiar de plan de salud. Una vez que haya realizado su selección definitiva, quedará vinculado(a) a ese plan de salud hasta el siguiente período de inscripción abierta.

Cancelación de inscripción

Los miembros pueden cambiar su selección de plan:

- Por lo menos una vez cada 12 meses a partir de entonces.
- Despues de la renovación de inscripción automática de un miembro que canceló la inscripción únicamente porque él o ella pierde la elegibilidad de Medicaid por un período igual o inferior a dos meses, si la pérdida temporal de la elegibilidad de Medicaid provocó que el miembro perdiera la oportunidad de realizar la cancelación de inscripción anual.
- Cuando el estado impone la sanción intermedia que se solicitó en la Sección 438.702(a)(4), que corresponde a la suspensión de toda nueva inscripción, incluida la inscripción por defecto en un plan tras la violación de cualquier requisito de la ley.

- Dentro de los primeros noventa (90) días de la inscripción y, posteriormente, durante los períodos de inscripción abierta: la cancelación voluntaria de la inscripción no prohíbe a los miembros presentar una queja ante Molina Healthcare por incidentes durante el tiempo en que contaban con cobertura de Molina.

Cancelación de inscripción con causa

Puede solicitar cancelar su inscripción en el plan si:

- Se muda fuera del área de servicio de la MCO.
- La MCO no cubre, debido a objeciones morales o religiosas, el servicio que usted busca.
- Necesita que se le presten servicios relacionados (por ejemplo, una cesárea y una ligadura de trompas) al mismo tiempo; no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red, y su proveedor de atención primaria u otro proveedor determina que recibir los servicios por separado le expondría a un riesgo innecesario.
- Otras motivos, incluida la mala calidad de la atención, la falta de acceso a los servicios cubiertos por el contrato o la falta de acceso a proveedores con experiencia en atender sus necesidades de atención.

Para solicitar la cancelación de su inscripción, usted (o su representante) debe presentar una solicitud oral o por escrito a la NVHA o a la MCO. Si Molina recibe una solicitud de cancelación de inscripción de un miembro, Molina enviará la solicitud a la NVHA utilizando el Formulario de cancelación de inscripción que se encuentra en el Anexo L del contrato: Formulario de cancelación de inscripción.

Cancelación de inscripción involuntaria

Debe cancelar su inscripción en Molina Healthcare si:

- Ya no reside en el estado de Nevada o en los condados de Clark o Washoe.
- Falleció,
- Ya no reúne los requisitos para recibir asistencia médica bajo una de las categorías de elegibilidad de Medicaid en la población elegible.
- Residió en un hogar de ancianos durante más de 180 días. A fin de determinar los requisitos de elegibilidad para Nevada Medicaid, los centros residenciales para tratamientos psiquiátricos (Psychiatric Residential Treatment Facilities, PRTF) y el centro de atención intermedia para individuos con discapacidad intelectual (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities, ICF/IID) no se considerarán un centro de cuidados a largo plazo.
- Se inscribe en un programa de exención.
- Se convierte en una persona elegible para recibir la cobertura de Medicare.

Si tiene un cambio de vida importante, llame a la División de Servicios Sociales de Nevada al: (800) 992-0900 o visite su sitio web

AccessNevada.NV.gov.

Molina puede solicitar la cancelación de la inscripción de un miembro en las siguientes circunstancias:

- Si la continuidad de la inscripción de un miembro perjudica gravemente la capacidad de la MCO para prestar servicios a ese miembro en particular o a otros miembros;

Su póliza

- El miembro trasladó su residencia fuera del área de servicio de la MCO;

La MCO debe confirmar que el miembro ha sido remitido al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO y que ha rechazado cumplir con la remisión o se ha negado a actuar de buena fe para intentar resolver el problema.

Molina puede solicitar la cancelación de la inscripción en las siguientes situaciones:

- Un cambio adverso en el estado de salud del miembro;
- Una afección médica preexistente;
- La utilización de servicios médicos por parte del miembro;
- Diminución de la capacidad mental;
- Comportamiento poco cooperativo o perturbador como resultado de sus necesidades especiales (excepto cuando su permanencia en la MCO perjudique gravemente la capacidad de la entidad para prestar servicios a este miembro en particular o a otros miembros);
- El intento de un miembro de ejercer sus derechos de queja o apelación; o
- por motivos de origen nacional, credo, color de piel, sexo, religión y edad del miembro.

Transición de la atención médica

Molina está comprometida con obtener los mejores resultados de salud para nuestros miembros y proporcionará servicios de transición de atención. Si es un miembro nuevo en Molina Healthcare, es posible que pueda conservar sus médicos y

servicios durante un período de tiempo a partir de su fecha de inscripción.

- Puede seguir recibiendo atención de su proveedor fuera de la red durante 90 días.
- Si está embarazada, puede recibir atención de su proveedor fuera de la red hasta que nazca su bebé y haya completado su primera cita posparto.

Molina Healthcare le ayudará a elegir nuevos médicos y a obtener servicios en nuestra red. Su médico puede llamar a Servicios para Proveedores si desea ser parte de nuestra red.

Si se transfiere de Molina a otra MCO o FFS estatal, Molina compartirá información con su nuevo plan para proporcionar continuidad de la atención. Comuníquese con nosotros al (833) 685-2102 para solicitar servicios de transición de la atención o si tiene preguntas sobre su atención.

Renovación de los beneficios

Debe renovar sus beneficios cada año. Si no lo hace, corre el riesgo de perder sus beneficios. Si se ha mudado desde que se inscribió originalmente en Medicaid, debe llamar a su oficina regional local de Medicaid y decirles su nueva dirección o no recibirá una carta que le indique cuándo es el momento de renovar sus beneficios. Para obtener más información, visite MolinaHealthcare.com/NV_RenewMyMedicaid.

Restablecimiento (Renovación de la Membresía de Molina)

Si pierde su elegibilidad para Medicaid pero la recupera en un plazo de (60) días, Molina permanecerá como su plan de salud. Molina elegirá a su PCP anterior siempre y cuando su PCP anterior todavía esté en la red de Molina. Si desea un nuevo PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711).

Si desea cambiar su plan de salud, debe comunicarse con la oficina del distrito de Medicaid en el sur de Nevada al (702) 668-4200, en el norte de Nevada al (775) 687-1900, llame gratis al (800) 992-0900, o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102. Puede llamar al (800) 992-0900, (TTY: 711). Queremos que esté conforme con su plan de salud. Cuéntenos por qué no está conforme con nosotros. Esto nos ayudará a mejorar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711) y hágales saber el motivo.

Si necesita ver a un médico que no forma parte de Molina o continuar viendo a un médico después de inscribirse en Molina

Molina Healthcare protege su derecho a la continuidad de la atención (continuity of care, COC) y al acceso a la atención para todos sus miembros. Molina Healthcare garantiza que muchos proveedores y servicios de tratamiento actuales, así como el acceso a la atención para los miembros, se mantendrán con los proveedores

existentes, para los miembros que reciben tratamientos en la actualidad y los servicios autorizados previos aprobados en el momento de la inscripción que se encuentren dentro de las pautas de continuidad de la atención. Es su responsabilidad informar cualquier atención continua correspondiente a su plan de atención en el momento de la inscripción. Tiene derecho a continuar el tratamiento durante una transición.

Molina también proporciona cobertura para proveedores fuera de la red cuando los servicios necesarios no están disponibles dentro de la red. Si un proveedor de Molina Healthcare no está disponible para darle los servicios cubiertos y necesarios, Molina Healthcare deberá cubrir los servicios necesarios a través de un proveedor que se encuentre fuera de la red. No tiene costo alguno para el miembro.

Otros seguros

Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos si tiene:

- Seguro médico a través de su lugar de trabajo
- Lesión en el trabajo
- Reclamo por lesión en el trabajo
- Accidente automovilístico
- Demanda por negligencia médica
- Reclamo por lesiones personales
- Otra cobertura o seguro

Es importante que tengamos esta información. Nos ayudará a administrar sus servicios correctamente.

No discriminación

Molina Healthcare 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 en la recepción de servicios de salud. Si cree que se le trató injustamente, llame al Coordinador de Derechos Civiles.

Reclamaciones y apelaciones

Presentar una reclamación o una apelación

Si no está conforme con algún aspecto de Molina Healthcare o sus proveedores, debe comunicarse con nosotros lo antes posible. Esto incluye si no está de acuerdo con una decisión que tomamos. Usted, o alguien que hable por usted, puede comunicarse con nosotros. Deberá informarnos si desea que alguien hable por usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare para que le ayuden con este proceso. Estos servicios son gratuitos. Puede llamarnos al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Hay un traductor disponible si necesita hablar en su propio idioma y puede ayudarle a presentar su queja, reclamación o solicitud de apelación. Este servicio es gratuito para todos los miembros. Podemos aceptar la presentación de su queja, reclamación o apelación por otra persona con su permiso. Por ejemplo:

- Amigo
- Familiar
- Proveedor que es parte de Molina

- Proveedor que no es parte de Molina
- Abogado

Puede presentar documentos sobre su caso en persona o por escrito. Si necesita llevar sus evidencias en persona, dispone de transporte no urgente a través del proveedor de transporte del Estado, MTM. Puede comunicarse con MTM al 1-844-879-7341.

Para ser justos, los casos no serán revisados por la misma persona que tomó la primera decisión. Todos los casos relacionados con servicios médicos son revisados por nuestro personal médico. Mantenemos archivos de todos sus casos y las copias están disponibles de forma gratuita. Su archivo puede incluir lo siguiente:

- Toda su historia clínica
- Documentos relacionados con su caso
- La información obtenida antes y durante el proceso de apelación
- Beneficios, reglas y criterios utilizados para tomar la decisión

No tomaremos ninguna mala acción si su proveedor presenta una reclamación o apelación por usted.

Para contactarnos puede hacer lo siguiente:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros
- Visite MolinaHealthcare.com/NV.
- Escríbanos una carta diciéndonos por qué no está conforme. Asegúrese de poner su nombre y apellido, el número que aparece al frente de

Para obtener instrucciones sobre cómo presentar una reclamación, consulte la página 63.

su tarjeta de identificación de miembro de Molina Healthcare, y su dirección y número de teléfono en la carta para que podamos comunicarnos con usted, si es necesario. También debe enviar cualquier información que ayude a explicar su problema.

Envíe su carta a:

Molina Healthcare of Nevada, Inc.
Attention: Grievance & Appeals
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422
Número de fax: (833) 412-3145

Correo electrónico:

Reclamaciones de los miembros: NV_Member_Grievance@MolinaHealthcare.com

Apelaciones de los miembros: NV_Member_Appeals@MolinaHealthCare.com

Si necesita una copia del Formulario de Reclamación/Apelación de Molina, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o visitar nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/NV/MaterialsandForms en la sección Materiales y formularios para miembros.

Si nos envía su solicitud de reclamación/apelación por escrito, incluya la siguiente información:

- Su nombre y apellido
- Su firma
- La fecha
- Su número de identificación de miembro que está en el anverso de su tarjeta de identificación de miembro de Molina

Para obtener instrucciones sobre cómo presentar una reclamación, consulte la página 64.

- Su dirección y número de teléfono
- Nombre y número de teléfono de su PCP
- La descripción del problema
- Cualquier registro relacionado con su solicitud

Presentar una reclamación o apelación no afectará la forma en que Molina Healthcare of Nevada o sus proveedores le traten.

Reclamaciones

Usted o un proveedor que actúe en su nombre, o un representante autorizado, pueden presentar una reclamación por teléfono o por escrito en cualquier momento. En el caso de que un proveedor presente una queja en su nombre, el proveedor primero debe obtener su permiso por escrito. Una queja es una expresión de insatisfacción, independientemente de si se denomina “queja” recibida por Molina verbalmente o por escrito sobre cualquier asunto o aspecto de Molina o su funcionamiento, que no sea una determinación adversa de beneficios.

Entre los ejemplos de quejas y reclamaciones se incluyen los siguientes:

- Problema con la calidad de su atención.
- Tiempos de espera demasiado largos.
- Su PCP o el personal del PCP es irrespetuoso.
- No puede comunicarse con alguien por teléfono.
- No puede obtener información.
- El consultorio del PCP no está limpio.
- Su inscripción en Molina finaliza y no la solicitó.
- No puede encontrar un proveedor en su área.
- Tiene problemas para obtener su receta

Su póliza

- Molina extendió el plazo para resolver una reclamación o apelación.

Le enviaremos una carta para informarle de que hemos recibido su reclamación en un plazo de cinco (5) días calendario a partir de la recepción de la misma. Podemos llamar a su proveedor u obtener ayuda de otros departamentos de Molina para investigar su reclamación. Recibirá una carta con la determinación de su reclamación tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero a más tardar 45 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su reclamación.

Puede solicitar hasta catorce (14) días calendario adicionales para resolver su reclamación. Además, Molina puede tardar hasta catorce (14) días calendario adicionales si necesitamos más información para resolver su reclamación. Le llamaremos y le enviaremos una carta dentro de los dos (2) días calendario posteriores a la extensión del plazo. La carta incluirá el motivo por el que necesitamos más tiempo y la manera en que la demora le beneficia.

En cualquier momento puede solicitar una copia de su archivo, historia clínica o cualquier material de forma gratuita. Tiene derecho a presentar una reclamación si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo.

Usted tiene la oportunidad de presentar ante Molina pruebas de los hechos o la legislación que se relacionen con su caso, ya sea en persona o por escrito.

Si necesita llevar sus documentos en persona, el servicio de transporte que no es de emergencia está disponible a través del proveedor de transporte del Estado, MTM. Puede llamar a MTM al (844) 879-7341, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Apelaciones

Si usted o un proveedor que actúa en su nombre, o un representante autorizado recibió un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (carta de denegación) y no está conforme con la decisión de Molina, puede solicitar una apelación. En el caso de que un proveedor presente una apelación en su nombre, el proveedor primero debe obtener su permiso por escrito. Una apelación es una solicitud para examinar una determinación adversa de beneficios hecha por Molina. Una determinación adversa de beneficios (una decisión que no se tomó a su favor) puede incluir lo siguiente:

- Para un residente del área rural con un solo proveedor, la denegación de la solicitud de un miembro para ejercer su derecho a obtener servicios fuera de la red (el área geográfica de servicio para este programa no incluye las áreas rurales).
- Limitación o denegación de prestar servicios.
- Reducción de servicios.
- Suspensión de servicios.
- Terminación de servicios.
- Denegación de pagos de servicios.
- No dar servicios de forma oportuna.
- No resolver apelaciones y quejas dentro de los plazos establecidos.

- Denegación de un pedido para disputar una responsabilidad financiera, incluidos costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coseguros y otras responsabilidades financieras del miembro.
- Si corresponde, las decisiones de los centros de enfermería especializada y los centros de enfermería para transferir o dar de alta a los residentes y las determinaciones adversas tomadas por el estado con respecto a los requisitos de evaluación previa a la admisión y revisión anual de residentes.

Todas las apelaciones deben presentarse dentro de los sesenta (60) días calendario a partir de la fecha en el Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (carta de denegación). Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito.

Le enviaremos una carta para informarle de que hemos recibido su apelación en un plazo de cinco (5) días calendario a partir de la recepción de la misma. Podemos llamar a su proveedor u obtener ayuda de otros departamentos de Molina para investigar su apelación. Recibirá una carta con la determinación de su apelación tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero a más tardar treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación.

Puede solicitar hasta catorce (14) días calendario adicionales para resolver la apelación. Además, Molina puede tardar hasta catorce (14) días calendario adicionales si necesitamos más información para resolver la apelación. Le

llamaremos y le enviaremos una carta dentro de los dos (2) días calendario posteriores a la extensión del plazo. La carta incluirá el motivo por el que necesitamos más tiempo y la manera en que la demora le beneficia. Tiene derecho a presentar una reclamación si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo.

Usted tiene la oportunidad de presentar ante Molina pruebas de los hechos o la legislación que se relacionen con su caso, ya sea en persona o por escrito.

Si necesita llevar sus documentos en persona, el servicio de transporte que no es de emergencia está disponible a través del proveedor de transporte del Estado, MTM. Puede llamar a MTM al (844) 879-7341, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Su apelación será examinada por una persona con el conocimiento clínico adecuado para su afección. Para ser justos, su apelación será examinada por alguien que no estuvo involucrado y no es un empleado de la persona que tomó la primera decisión.

Usted, o alguien legalmente autorizado para hacerlo, puede solicitarnos una copia completa de su expediente en cualquier momento, incluida la historia clínica (sujetos a los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]), una copia de las pautas (criterios), beneficios, otros documentos y registros, y

Su póliza

cualquier otra información relacionada con su apelación. Estos se pueden proporcionar de forma gratuita.

El Plan incluirá, como partes en la apelación, a usted y a su representante, o al representante legal de la sucesión de un miembro fallecido.

Apelaciones aceleradas

Usted, su proveedor o su representante autorizado (debe designar por escrito a la persona u organización que desea que sea su representante autorizado) puede solicitar una apelación acelerada (rápida) si cree que esperar treinta (30) días calendario para una decisión de apelación podría poner su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima en peligro. Molina también puede acelerar (apresurar) su solicitud de apelación según la información que obtengamos.

Molina decidirá si su solicitud cumple con las pautas para una resolución de apelación acelerada dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción de su solicitud de apelación acelerada. Si su solicitud de apelación no cumple con las pautas para una apelación acelerada (rápida), procesaremos su apelación del plan dentro del plazo habitual de treinta (30) días calendario. Le llamaremos y le enviaremos una carta con esta información dentro de los dos (2) días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación acelerada.

Si aceleramos (apresuramos) su apelación del plan, le llamaremos y le enviaremos una carta con la

resolución de la apelación dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a la recepción de su solicitud de apelación acelerada. Las apelaciones aceleradas (rápidas) se resolverán tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero no más de setenta y dos (72) horas después de que recibamos la solicitud de apelación acelerada. Tenga en cuenta el tiempo limitado disponible para presentar pruebas si aceleramos su apelación.

Puede solicitar hasta catorce (14) días calendario adicionales para resolver la apelación acelerada. Además, Molina puede tardar hasta catorce (14) días calendario adicionales si necesitamos más información para acelerada resolver la apelación acelerada. Le llamaremos y le enviaremos una carta dentro de los dos (2) días calendario posteriores a la extensión del plazo. La carta incluirá el motivo por el que necesitamos más tiempo y la manera en que la demora le beneficia.

En cualquier momento puede solicitar una copia de su archivo, historia clínica o cualquier material de forma gratuita.

El Plan incluirá, como partes en la apelación, a usted y a su representante, o al representante legal de la sucesión de un miembro fallecido.

Continuación de sus beneficios durante el proceso de apelación

Molina continuará con sus beneficios mientras el proceso de apelación interna del plan de salud esté pendiente y mientras la audiencia imparcial estatal

esté pendiente si existen todas las siguientes condiciones:

- Su solicitud de continuación de beneficios se envía al plan de salud en o antes de la fecha que sea posterior entre las siguientes:
 - dentro de los diez (10) días calendario posteriores a que el plan de salud envíe por correo el Aviso de Beneficios Adversos.
 - determinación; o, la fecha de vigencia prevista de la Determinación de Beneficios Adversos propuesta por el plan de salud.
- Usted presenta la solicitud de apelación dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha en el Aviso de Determinación de Beneficios Adversos.
- La apelación implica la terminación, suspensión o reducción de un curso de tratamiento previamente autorizado.
- Los servicios fueron solicitados por un proveedor autorizado.
- Los períodos originales cubiertos por la autorización original no han expirado.
- Usted solicita una extensión de los beneficios. Es posible que tenga que pagar por esos servicios si se mantiene la denegación.

Si desea continuar con sus beneficios mientras apela, debe presentar una apelación y cumplir con todas las siguientes pautas:

- Usted solicitó que sus beneficios continúen dentro de los diez (10) días calendario a partir

de la fecha en la carta de denegación, o la carta de Aviso de Determinación Adversa de Beneficios, o hasta la fecha en que comiencen los cambios en su beneficio, según cuál de estas fechas sea posterior.

- La apelación involucra servicios que Molina ya había autorizado.
- El servicio debe haber sido solicitado por un proveedor aprobado.
- La autorización aprobada no ha expirado.
- Usted solicitó una extensión de los beneficios.

Molina proporcionará beneficios hasta que ocurra uno (1) de los siguientes eventos:

- Usted retira la apelación.
- Han pasado diez (10) días calendario desde la fecha del aviso de la resolución de la apelación y no ha solicitado una audiencia imparcial estatal de Medicaid.
- La División de Medicaid toma una decisión de audiencia imparcial estatal que no está a su favor.
- El período de tiempo o los límites de servicio de un servicio previamente autorizado han expirado.

Para solicitar que sus beneficios continúen mientras se examina su apelación, puede llamarnos o enviar su solicitud por escrito a:

Molina Healthcare of Nevada, Inc.
Attention: Grievance & Appeals
Molina Healthcare Inc.
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422
Número de fax: (833) 412-3145

Su póliza

Correo electrónico de reclamaciones de los miembros:

NV_Member_Grievance@MolinaHealthcare.com

Apelaciones de los miembros:

NV_Member_Appeals@MolinaHealthcare.com

Si la decisión final de la apelación no le es favorable, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

Si la decisión final lo(a) favorece y no se le brindaron los servicios mientras se revisaba la apelación, Molina le autorizará los servicios con la celeridad que su salud lo requiera, pero no después de las setenta y dos (72) horas desde la fecha de aprobación.

Audiencia imparcial estatal

Si no está satisfecho(a) con la decisión de apelación que se tomó y que no lo(a) favorece, usted o su representante autorizado pueden solicitar una Audiencia imparcial estatal. Puede solicitar una Audiencia imparcial estatal en un plazo de noventa (90) días naturales a partir del aviso de resolución de apelación de Molina.

Debe completar su apelación de nivel de plan antes de solicitar una Audiencia imparcial estatal ante la División de Audiencias de Nevada Medicaid. Puede solicitar una Audiencia imparcial estatal enviando su solicitud por escrito a:

Nevada Medicaid Central Office

Preguntas sobre la política estatal y solicitudes de Audiencia imparcial

Dirección postal:

9850 Double R Blvd., Suite 200

Reno, NV 89521.

Teléfono: (775) 684-3604

Fax: (775) 684-3610

Correo electrónico: **nvhahearings@nvha.nv.gov**

También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Molina y solicitar ayuda con una solicitud de Audiencia imparcial estatal. La Unidad de Audiencias de Nevada Medicaid le informará por escrito cuando haya recibido su solicitud de Audiencia imparcial estatal. También le informarán por escrito sobre la decisión de la Audiencia imparcial estatal.

Cuando su apelación se refiera a servicios que estaba recibiendo, pero que han finalizado o se han reducido, podrá seguir recibiendo los servicios durante la Audiencia imparcial estatal. Si continúa recibiendo los servicios, no habrá ningún cambio en la prestación de servicios hasta que se tome una decisión definitiva en la Audiencia imparcial estatal. Asegúrese de informarnos si desea que continuemos brindándole nuestros servicios.

Si continúa recibiendo los servicios y estos siguen siendo denegados después de una Audiencia imparcial estatal, es posible que le pidamos que pague el costo de dichos servicios. No le retiraremos sus beneficios de Medicaid. No podemos pedirle a su familia ni a su representante legal que paguen los servicios.

Molina cumplirá con los términos de la decisión de la Audiencia imparcial estatal emitida por la Unidad de Audiencias de Nevada Medicaid. La decisión de la Unidad de Audiencias de Nevada Medicaid en estos asuntos será definitiva. Si la decisión de la Audiencia imparcial estatal revoca una Determinación adversa de beneficios emitida por Molina, Molina pagará todos los costos asociados con la audiencia.

El Plan incluirá, como partes en la apelación, a usted y a su representante, o al representante legal de la sucesión de un miembro fallecido.

Derechos y responsabilidades del miembro

¿Sabía usted que, como miembro de Molina Healthcare, tiene ciertos derechos y responsabilidades? Conocer sus derechos y responsabilidades le ayudará a usted, a su familia, a su proveedor y a Molina Healthcare a garantizar que reciba los servicios y la atención cubiertos que necesita. Estos derechos y responsabilidades están publicados en los consultorios de los proveedores. También están publicados en MolinaHealthcare.com/NV. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado(a) con respeto y reconocimiento de su dignidad y su necesidad de privacidad;
- Recibir información sobre el Contratista, sus servicios, los profesionales que prestan atención y los derechos y responsabilidades de los miembros, de conformidad con el Título 42,

Sección 438.10 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR);

- Poder elegir a los proveedores médicos de atención primaria, incluidos especialistas como su PCP si el miembro padece una afección crónica, dentro de los límites de la red, incluido el derecho a rechazar la atención de proveedores médicos específicos;
- Participar en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar tratamiento;
- Buscar la resolución de quejas y apelaciones sobre el contratista o la atención prestada;
- Formular directivas anticipadas;
- Tener acceso a sus registros médicos de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables y solicitar que se modifiquen o corrijan según se especifica en la Parte 164 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR);
- Garantizar el derecho del miembro a no ser sometido(a) a ninguna forma de restricción o aislamiento utilizados como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia;
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de manera adecuada a la condición y capacidad de comprensión del miembro; y
- Garantizar que el Miembro sea libre de ejercer sus derechos sin que el Contratista o el Proveedor de la Red le traten negativamente.

Su póliza

Para obtener una copia gratuita del manual por correo postal, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. También puede solicitar una copia en otros formatos e idiomas.

Se le enviará por correo en un plazo de 5 días laborables.

Sus responsabilidades

- Proporcionar al proveedor de servicios médicos, según su leal saber y entender, información precisa y completa sobre sus dolencias actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Pagar el costo de los servicios no autorizados obtenidos de proveedores no participantes.
- Informar al proveedor de atención médica sobre cualquier cambio inesperado en su estado de salud.
- Informar al proveedor de atención médica si comprende el curso de acción previsto y lo que se espera de usted.
- Seguir el plan de atención que ha acordado con su proveedor.
- Llegar a tiempo a las citas.
- Acudir a las citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, notificarlo al proveedor de atención médica o al centro de salud.
- Asegurarse de que las obligaciones financieras de su atención médica, si las hubiera, se cumplan lo antes posible.

- Seguir las normas y reglamentos del centro de salud que afectan a la atención y la conducta de los pacientes.
- Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados en la medida de lo posible.
- Proporcionar información veraz y precisa al solicitar Medicaid (será responsable de reembolsar los pagos de la prima de capitación si su inscripción se cancela por no proporcionar información veraz o precisa).
- Formular instrucciones anticipadas y esperar que dichas instrucciones se lleven a cabo.
- Denunciar el fraude y el abuso cuando tenga conocimiento.

Directivas anticipadas o testamento vital

Los menores emancipados y los miembros mayores de 18 años tienen derecho a tomar decisiones sobre su salud. Usted tiene derecho a recibir o no recibir atención médica. Puede hacerlo en cualquier momento. Este formulario se denomina directiva anticipada o testamento vital. Este formulario permite a su familia y a su proveedor saber qué tipo de atención desea o no desea recibir. También indica cuándo se debe suspender la atención que prolongaría su vida en caso de una enfermedad grave.

Una directiva anticipada es una declaración escrita por usted en la que indica cómo desea que se tomen las decisiones médicas si no es capaz

de decidir por sí mismo(a). Existen varios tipos de directivas anticipadas:

Testamento vital o declaración: un testamento vital le informa a sus proveedores de atención médica y a su familia sobre el tipo de acciones que usted desea y no desea para el mantenimiento de la vida en caso de que sufra una enfermedad terminal o una afección irreversible. Un testamento vital solo se aplica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo(a); hasta entonces, podrá decidir qué tratamientos desea recibir y cuáles no.

Poder notarial duradero para atención médica: un poder notarial duradero para atención médica le permitirá elegir a una persona para que tome decisiones por usted cuando no pueda tomarlas usted mismo(a). También puede incluir información sobre cualquier tratamiento que desee o no desee recibir. Pregunte a su PCP o a su especialista sobre estos formularios.

Puede tener un testamento vital o un poder notarial duradero para atención médica, o puede tener ambos documentos. Un testamento vital es su declaración personal sobre los tipos de tratamiento para mantener la vida que desea recibir si no puede comunicar sus deseos. Un poder notarial duradero para atención médica cubre más que un testamento vital. Aborda cualquier decisión médica, no solo las relacionadas con tratamientos para prolongar la vida.

- Pida a su PCP un formulario de testamento vital o llame al Departamento de Servicios para Miembros para recibir uno.

- Complete el formulario.
- Lleve o envíe por correo el formulario completado a su PCP o especialista; así, su PCP o especialista sabrá qué tipo de atención desea recibir.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento después de haber firmado un testamento vital:

- Llame a su PCP o especialista para eliminar el testamento vital de su historia clínica.
- Complete y firme un nuevo formulario si desea hacer cambios en su testamento vital.

Su PCP le pedirá que firme el Reconocimiento de la información del paciente sobre directivas anticipadas. Su formulario firmado, junto con su directiva anticipada, se conservará en su historia clínica.

Derechos de los miembros con una directiva anticipada

Usted tiene:

- El derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico y a formular directivas anticipadas; y
- El derecho a ejecutar una directiva anticipada, incluido el requisito de que el proveedor de la red presente una declaración de cualquier limitación en caso de que el proveedor de la red no pueda aplicar una directiva anticipada por motivos de conciencia. (Como mínimo, la declaración de limitación del proveedor de la

Su póliza

red, si la hay, debe aclarar cualquier diferencia entre las objeciones de toda la institución y las que puedan plantear los proveedores de la red de la persona; identificar la autoridad legal del estado de conformidad con la Sección 449.628 de las Leyes Revisadas de Nevada (NRS) que permite cada objetivo; y describir la gama de afecciones médicas o procedimientos afectados por la objeción de conciencia).

Debe informar a su proveedor de red que documente en su expediente médico si ha firmado una directiva anticipada. El proveedor no debe basar su atención ni discriminarle de otra manera en función de si ejecutó o no una Directiva Anticipada.

Si tiene una queja sobre los requisitos de directivas anticipadas, puede presentarla ante la agencia estatal correspondiente, que regula a Molina. Molina Healthcare mostrará el cambio en la ley estatal en esta información lo antes posible, pero a más tardar noventa (90) días calendario después de la fecha de vigencia del cambio. Los ejemplos de políticas, procedimientos y formularios de directivas anticipadas, así como la información del paciente con respecto a la legislación de Nevada, están disponibles en el sitio web del estado:

dhcfp.nv.gov/Resources/PI/AdvanceDirectives/.

Molina Healthcare le notificará una vez al año que esta información está disponible en el manual para miembros.

Derecho de objetar

La ley de Nevada establece que su PCP y otros proveedores, individual o institucionalmente, tienen derecho a objetar la solicitud que usted haga en sus directivas anticipadas. Puede encontrar la ley en la Sección 449.628 anotada de los Estatutos Revisados de Nevada.

Objeción individual e institucional

Una objeción individual es cuando su PCP individual u otros proveedores que le tratan no cumplirán con su directiva anticipada por razones de conciencia (creencias).

Una objeción institucional es cuando toda una institución, como un hospital o un sistema de salud, no cumple con su directiva anticipada por razones de conciencia (creencias). La gama de afecciones médicas a las que pueden objetar los proveedores individuales e institucionales podría ser diferente de un proveedor a otro. Asegúrese de preguntarle a su PCP y a otros proveedores si tienen objeciones a las solicitudes que ha incluido en su directiva anticipada. Si su PCP u otro proveedor se opone a la solicitud de atención que usted hace en su directiva anticipada, tiene derecho a seleccionar otro PCP o proveedor que cumpla con su solicitud. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., para obtener ayuda.

Fraude y abuso

El Plan de fraude y abuso de Molina beneficia a Molina Healthcare, 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 Healthcare se toma en serio la prevención, la detección y la investigación del fraude y el abuso, y cumple con las leyes estatales y federales. Molina Healthcare investiga todos los casos de sospecha de fraude y abuso y los informa con la mayor brevedad a los organismos gubernamentales, cuando corresponda. Molina Healthcare adopta las medidas disciplinarias correspondientes, como el cese del empleo, el cese de la condición de proveedor y/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 Healthcare:

Número gratuito: (866) 606-3889

O bien,

Complete el formulario de notificación en línea en:

MolinaHealthcare.alertline.com

Envíelo por correo postal a:

Molina Healthcare, Inc.

Attention: Special Investigations Unit

P.O. Box 22625, Beach, CA 90802

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)

A continuación, encontrará algunos medios para detener un fraude:

- No entregue su tarjeta de identificación de Molina Healthcare, 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 Healthcare.
- Jamás firme un formulario de seguro en blanco.

Su póliza

- 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/NV.

Terminología y definiciones estándar de los materiales de los miembros

Apelar: una forma de impugnar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación.

Copago: un pago pagado por usted para recibir atención médica.

Equipo médico duradero: determinados artículos que su médico solicita para que usted los use en el hogar. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Afección médica de emergencia: una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) que una persona prudente, con conocimientos promedio de salud y medicina, podría esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata resulte en lo siguiente:

- Poner en grave peligro la salud del individuo (o, para una mujer embarazada, la salud de la mujer o su hijo por nacer).
- Deterioro grave de las funciones del organismo.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Transporte médico de emergencia: su estado es tal que no puede acudir al hospital por ningún otro medio que no sea llamando al 911 para pedir una ambulancia.

Atención en la sala de emergencias: una sala de hospital dotada de personal y equipada para el tratamiento de personas que requieren atención médica o servicios inmediatos.

Servicios de emergencia: servicios cubiertos para pacientes internados y ambulatorios que cumplen con lo siguiente:

- Son proporcionados por un proveedor que está calificado para brindar estos servicios según el Título 42.
- Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por el beneficio de Medicaid.

Reclamación: una queja que usted presenta sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios y dispositivos que le ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Seguro de salud: tipo de cobertura de seguro que paga los gastos de salud, médicos y quirúrgicos incurridos por usted.

Atención médica a domicilio: servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar, incluida la atención de enfermería, los servicios de auxiliares de atención médica a domicilio y otros servicios.

Servicios de hospicio: un programa de atención y apoyo para ayudar a que las personas que tienen un pronóstico terminal vivan cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio. Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda atención integral a la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Hospitalización: el acto de ingresar a una persona en un hospital como paciente.

Atención hospitalaria ambulatoria: atención o tratamiento que no requiere pasar la noche en un hospital.

Médicamente necesario: esto describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o centro de cuidado de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica o son necesarios según las reglas actuales de cobertura de Nevada Medicaid.

Red: una red es un directorio de médicos, profesionales de la salud, hospitales y centros de atención médica que un plan ha contratado para proporcionar atención médica a sus miembros.

Proveedor no participante: un proveedor o centro que no es empleado, propiedad u operado por nuestro plan y no está bajo contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

Servicios médicos: atención que le brinda una persona con licencia según la ley estatal para ejercer la medicina, la cirugía y la salud conductual.

Plan: se refiere a una organización de atención administrada que ofrece servicios médicos a sus miembros.

Autorización previa: una decisión de su plan o de la NVHA de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es médicaamente necesario. A veces se llama preautorización, aprobación previa o precertificación.

Proveedor participante: proveedores, hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo contratados con su plan de salud. Los proveedores participantes también son “proveedores dentro de la red” o “proveedores de servicios del plan”.

Servicios cubiertos de posestabilización: servicios cubiertos, relacionados con una afección médica de emergencia que se brindan después de que un miembro se estabiliza para mantener la condición estabilizada o, bajo las circunstancias descritas en la Sección 438.114 (e) del Título 42 del CFR, para

mejorar o resolver la afección del miembro.

Prima: un pago mensual que recibe un plan de salud para brindarle cobertura de atención médica.

Cobertura de medicamentos recetados: medicamentos con receta o medicamentos cubiertos (pagados) por su plan de salud. Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos.

Medicamentos recetados: medicamento o fármaco que, por ley, solo se puede obtener mediante receta médica.

Médico de atención primaria: su médico de atención primaria es el médico u otro proveedor que ve primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerle saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y remitirle a ellos.

Proveedor de atención primaria (PCP)

Médicos que practican medicina general, medicina familiar, medicina interna general, pediatría general o medicina osteopática. Son responsables de proporcionar, organizar y coordinar todos los aspectos de su atención médica. A menudo, son la primera persona con la que debe comunicarse si necesita atención médica. Los médicos que practican obstetricia y ginecología pueden funcionar como PCP durante el embarazo del miembro del plan de salud.

Proveedor: una persona que está autorizada para brindar atención o servicios de salud. Los ejemplos de proveedores incluyen médicos, enfermeras, proveedores de salud conductual, centros de cuidado de enfermería y especialistas.

Servicios y dispositivos de rehabilitación:

tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante para restaurarle al mejor nivel funcional posible.

Atención de enfermería especializada: significa evaluaciones, juicios, intervenciones y exámenes de intervención, que requieren la capacitación y experiencia de personal de enfermería con licencia. La atención de enfermería especializada incluye, entre otros:

- Realización de evaluaciones para determinar la base de la acción o la necesidad de acción.
- Control del equilibrio de líquidos y electrolitos.
- Aspiración de la vía aérea.
- Cuidado del catéter venoso central.
- Ventilación mecánica.
- Cuidados de la traqueotomía.

Especialista: un médico que brinda atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo determinada.

Atención de urgencia: atención cuando necesita ver a un médico y su médico no puede verle o el consultorio está cerrado. Se necesita atención para una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que debe tratarse de inmediato.



Molina Healthcare of Nevada
8329 W. Sunset Road Suite 100
Las Vegas, NV 89113

Enero de 2026

34444HBMDNVES
260109