



Molina Healthcare

Manual para miembros

Los servicios cubiertos se financian en virtud del contrato con AHCCCS.

MolinaHealthcare.com

AZ-MEM-072023-Manual para miembrosCY24
En vigencia para el año contractual 2024
(1 de octubre de 2023-30 de septiembre de 2024)



Índice

Números telefónicos importantes	3
Línea de consejos de enfermería.....	7
Administración de la atención.....	7
Cómo obtener cuidado urgente y atención médica de emergencia o después de las horas de consulta.....	8
Crisis de salud conductual.....	9
Servicios para el trastorno por abuso de sustancias	11
Obtener materiales y servicios adecuados a la cultura.....	12
Cómo encontrar un médico o proveedor.....	13
Acerca de Molina y la atención médica gestionada.....	15
Su tarjeta de identificación del miembro.....	17
Si se muda o cambia su información personal.....	18
Elección o cambio de su plan de salud.....	18
Permitir que otros lo ayuden a tomar decisiones de atención médica.....	20
Cómo recibir atención médica después de cambiar de plan de salud.....	21
Cómo obtener atención de emergencia y cuidado urgente.....	23
Beneficios y servicios cubiertos	25
Comunicación aumentativa y alternativa	27
Servicios no cubiertos.....	30
Cómo acceder a los servicios fuera de los títulos XIX/XXI.....	31
Servicios de vivienda.....	32
Servicios para veteranos	35
Oficina de Asuntos Individuales y Familiares (OIFA).....	36
Atención al final de la vida.....	37
Cómo recibir servicios de atención médica.....	40

Atención médica para mujeres.....	44
Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT).....	46
Servicios de consejería y pruebas de VIH, para hombres y mujeres.....	52
Servicios y suministros de planificación familiar para hombres y mujeres.....	52
Interrupción del embarazo médicamente necesaria.....	54
Beneficios dentales.....	55
Cómo obtener sus medicamentos.....	57
Evaluación y determinación de enfermedades mentales graves (SMI) y trastornos emocionales graves (SED).....	59
Solicitud de aprobación de la atención.....	70
Copagos.....	73
Si recibe servicios no cubiertos.....	77
Responsabilidad frente a terceros.....	79
Medicare y otros seguros.....	80
Plazos para la autorización de servicios.....	82
Quejas, apelaciones y audiencias imparciales estatales.....	84
Qué esperar como miembro de Molina.....	91
Fraudes, despilfarros y abusos.....	96
Ayuda para dejar de fumar.....	98
Recursos locales y en línea.....	99
Servicios de empleo.....	109
Información médica protegida.....	112
Servicios de salud escolar.....	113
Coordinación de la asistencia con otros organismos estatales.....	114
Glosario de términos.....	114
La discriminación va en contra de la ley.....	119
Ayuda en otros idiomas.....	121
Preocupaciones por la calidad de la atención.....	122



Números telefónicos importantes

Números telefónicos importantes

Servicios para miembros (800) 424-5891
(TTY/TDD: 711)

Atendemos de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST), si tiene preguntas sobre sus beneficios, necesita ayuda para encontrar un médico o conectarse con servicios de atención médica y recursos comunitarios.

Línea de consejos de enfermería, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (800) 424-5891
(TTY/TDD: 711)

Nuestra Línea de consejos de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año. La Línea de consejos de enfermería cuenta con personal que puede ayudarlo a obtener la información y los servicios que necesita. Nuestros profesionales de la Línea de consejos de enfermería pueden ayudar en situaciones como:

- Decidir cuándo hacer una consulta con su médico o recurrir al cuidado urgente o a una sala de emergencias (ER).
- Entender mejor sus medicamentos y cómo tomarlos con seguridad. Responder preguntas de salud sobre la fiebre de su hijo, ayudar a controlar una afección como la diabetes o ayudar con cualquier otro problema de salud.
- Información sobre los chequeos médicos o la atención médica preventiva.

Línea Estatal Directa de Crisis de Salud Conductual (844) 534-4673
(HOPE)

Puede recurrir a estos teléfonos si usted o alguien que usted conoce está atravesando una crisis de salud conductual.

Puede llamar a la Línea de Crisis de Salud Conductual las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año.

Si está teniendo pensamientos sobre hacerse daño a sí mismo o a alguien más, debe buscar ayuda de inmediato llamando al 911.

Números telefónicos importantes

Línea Nacional Directa Contra el Suicidio y las Crisis

988 (llame o envíe un mensaje de texto) 988lifeline.org/chat/

La Línea de Ayuda 988 Contra el Suicidio y las Crisis ofrece acceso confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de llamadas, mensajes de texto y chat, con asesores capacitados en materia de crisis, que pueden ayudar a las personas que sufren una crisis suicida, de consumo de sustancias o de salud mental, o cualquier otro tipo de angustia emocional.

También puede marcar el 988 si está preocupado por un ser querido que pueda necesitar apoyo en caso de crisis.

Transporte que no sea de emergencia

(833) 474-5060
(TTY/TDD: 711)

Podemos ayudarlo a conseguir transporte para sus citas médicas cubiertas. [Veyo] Horario regular de transporte: De 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.

- Se requiere un preaviso de 72 horas/3 días laborales
- Se pueden hacer reservas para viajes que tengan lugar en el mes actual o el siguiente
- El miembro está obligado a proporcionar todos los asientos de seguridad infantil/elevadores necesarios

Números telefónicos importantes

Cuando llame para programar el transporte, tenga a mano la siguiente información:

- Su nombre y apellido
- Su número de identificación de Medicaid
- Modo de transporte que necesita (estándar/ambulatorio, silla de ruedas, camilla, etc.)
- Dirección de su domicilio donde le recogeremos
- Su número de teléfono para ponernos en contacto con usted en relación con su cita
- Hora de la cita
- La dirección de su proveedor médico donde le dejaremos
- Tipo de proveedor médico al que acude (médico, laboratorio, etc.)
- Si se trata de una cita periódica
- Si viajarán con usted pasajeros adicionales (se permite un pasajero adicional)

"Llamada" para el viaje de regreso (cuando los miembros no están seguros de cuánto tiempo durará la consulta):

- El miembro debe ponerse en contacto con el centro de llamadas [Veyo] en el (833) 474-5060.
- El proveedor tiene hasta 60 minutos desde el momento de la llamada para ir a buscar al miembro.

Farmacia (800) 424-5891
(TTY/TDD: 711)

Llámenos si necesita ayuda para obtener sus medicamentos.

Administración de la atención (800) 424-5891
(TTY/TDD: 711)

Nuestro equipo de administración de atención trabaja con usted para coordinar su atención médica y conectarlo con los recursos locales cuando sea necesario.

Números telefónicos importantes

**Administración
de utilización** (800) 424-5891
(TTY/TDD: 711)

Nuestro equipo de administración de utilización analiza los estándares para decidir si ciertos tratamientos y servicios solicitados son médicamente necesarios. Las decisiones se basan en lo que es correcto para cada miembro y en el tipo de cuidado y servicios que se necesitan. Analizamos los estándares de cuidado según los siguientes factores:

- Políticas médicas.
- Pautas clínicas nacionales.
- Pautas de Medicaid.
- Sus beneficios de salud.



Línea de consejos de enfermería

Nuestra Línea de consejos de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, todos los días del año. La Línea de consejos de enfermería cuenta con personal de enfermería que puede ayudarlo a obtener la información y los servicios que necesita.

Número de teléfono: (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711)



Administración de la atención

Le situamos en el centro de lo que hacemos. Ofrecemos a nuestros miembros un apoyo centrado en la comunidad. Esto es parte de nuestro modelo Integrated Health Neighborhood SM. Nuestro equipo trabaja con usted para coordinar su atención médica y sus necesidades de salud mental y conectarlo con los recursos locales.

Si puede recibir los beneficios del programa, le proporcionaremos un administrador de atención, quien puede ayudarlo a crear un plan personal de servicios, que se basará en sus metas y deseos de salud.

Su administrador de atención puede hacer lo siguiente:

- Trabajar con usted para crear su plan personal de servicios.
- Responder a preguntas sobre sus necesidades de atención médica.
- Ayudarlo a decidir si debe acudir a su Proveedor de Atención Primaria (primary care provider, PCP), a un centro de cuidado urgente o a una sala de emergencias.
- Ayudarlo a encontrar servicios y recursos en su área.
- Organizar viajes gratuitos de traslado hacia las consultas con el médico.

Si tiene alguna pregunta acerca del Programa de administración de atención, llámenos al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).



Cómo obtener cuidado urgente, atención médica de emergencia y después de las horas de consulta

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia es una enfermedad o una lesión que podría provocar lesiones graves o la muerte si no se trata de manera inmediata.

¿Qué debe hacer en caso de una emergencia?

Llame al 911 o acuda de inmediato a la sala de emergencias más cercana. No es necesario que llame antes a Molina. No se necesita una autorización previa para recibir los servicios de emergencia. Puede acudir a cualquier hospital para recibir atención de emergencia, incluso si se encuentra en otro estado o ciudad.

Informe al hospital que usted es miembro de Molina. Muestre su tarjeta de identificación del miembro.

¿Qué es el cuidado urgente?

Debe recibir cuidado urgente si tiene una enfermedad, una lesión o una afección repentina que no pone en riesgo su vida y que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato.

Algunos ejemplos de cuidado urgente son las erupciones cutáneas, las infecciones, la gripe, los esguinces y los cortes menores.

¿A dónde va cuando necesita cuidado urgente?

Si es durante la jornada laboral, llame a su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP). Si no puede conseguir una cita con su PCP o si ya terminó el horario de atención, puede acudir a uno de los centros de cuidado urgente con los que trabajamos.

Si desea obtener una lista de centros de cuidado urgente, consulte [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com) o llame a Servicios para miembros al (800)-424-5891 (TTY/TDD: 711).



Crisis de salud conductual

En cualquier momento puede llamar a la Línea de Crisis de Salud Conductual de su condado, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener ayuda con una crisis de salud conductual.

La línea de crisis es confidencial y está abierta a cualquier persona que necesite ayuda, no solo a los miembros de Medicaid. Hay especialistas capacitados en intervención en caso de crisis disponibles para ayudarlo por teléfono.

A continuación, le indicamos algunos signos de una crisis de salud conductual:

- Pensar en lastimarse a sí mismo o tener miedo de que pueda hacerlo.
- Pensar en lastimar a otra persona o tener miedo de que pueda hacerlo.
- Sentir desesperanza.
- No querer hacer las cosas que le gustan.
- No querer estar alrededor de sus amigos y familia.
- Experimentar cambios de estado de ánimo, ansiedad o enojarse fácilmente.

Para emergencias de riesgo de vida, llame al 911.

Línea Directa de Crisis de Salud Conductual a nivel estatal

Llamar al: (844) 534-4673 (HOPE)

Mensaje de texto: 44673 (HOPE)

Chat: crisis.solaris-inc.org/chat-now/

Para los jóvenes:

- **Línea juvenil de vida:**
(602) 248-TEEN (8336) (llamada o mensaje de texto)

Para veteranos:

- **Línea de crisis de veteranos:**
988 (pulse 1)
- **BeConéctese:**
(866) 4AZ-VETS (429-8387)

Líneas de Crisis Adicionales en Arizona:

- **Comunidad india Ak-Chin:**
(800) 259-3449
- **Comunidad india del río Gila:**
(800) 259-3449
- **Comunidad india Pima-Maricopa de Salt River:**
(855) 331-6432
- **Línea de crisis de la Nación Tohono O'odham:** (844) 423-8759

Línea Nacional de Prevención del Suicidio

La Línea de Ayuda Contra el Suicidio y las Crisis ofrece acceso confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de llamadas, mensajes de texto y chat, a asesores capacitados en materia de crisis, que pueden ayudar a las personas que sufren una crisis suicida, de consumo de sustancias o de salud mental, o cualquier otro tipo de angustia emocional.

También puede marcar el 988 si está preocupado por un ser querido que pueda necesitar apoyo en caso de crisis.

Llame (o envíe un mensaje de texto) al: 988

Chat: 988lifeline.org/chat/

Línea de mensajes de texto en caso de crisis

– Envíe la palabra "HOME" al 741741 - La Línea de mensajes de texto en caso de crisis está aquí para cualquier crisis. Un asesor capacitado en materia de crisis recibe el mensaje de texto y responde en directo, todo ello en nuestra plataforma en línea segura.

Línea de Apoyo de Crisis y Servicios Humanos de Solari (las 24 horas del día):

esta línea es un servicio telefónico privado y sin costo. El personal que recibe las llamadas está compuesto por personas que también han enfrentado problemas de salud conductual. Pueden brindarle apoyo si necesita alguien con quien hablar. Llame al (602) 347-1100 para hablar con alguien de inmediato.

Línea de Apoyo Tribal: (855) 728-8630

Puede llamar de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Línea Directa Nacional para la Remisión y el Tratamiento por Consumo de Sustancias o Problemas de Trastornos:

(800) 662-HELP (4357).

Equipos móviles: el proveedor de la línea de crisis trabaja para ayudarlo donde esté. Según sea necesario, los especialistas en crisis pueden enviarle a usted o a su ser querido un equipo móvil de especialistas en intervención de crisis capacitado para realizar una evaluación y una intervención en persona. Un equipo móvil puede reunirse con usted en la comunidad y llevarlo a un lugar seguro.

Evaluaciones basadas en la sala de emergencias:

las líneas de crisis pueden organizar la realización de evaluaciones durante la consulta en la sala de emergencias. Este servicio puede ayudar a identificar servicios clínicamente apropiados para personas que experimentan una crisis grave de salud conductual.



Servicios para el trastorno por uso de sustancias

Línea de Remisión y Asistencia en Materia de Opioides (OAR) de Arizona

La línea OAR de Arizona es una línea directa disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que ayuda a cualquier persona con dolor y trastornos por consumo de opioides. Esta línea directa es atendida por médicos expertos de los Centros de Información sobre Venenos y Drogas de Arizona. Para obtener ayuda, llame al (888) 688-4222.

Puede acceder a servicios de tratamiento contra el consumo de sustancias en nuestra red de proveedores. Ellos pueden ayudar a tratar los trastornos por consumo de sustancias. Puede encontrar un proveedor de las siguientes maneras:

- En línea en MolinaHealthcare.com > Find a Doctor or Pharmacy (Localice un médico o una farmacia).
-
- Llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711). Puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST).

Molina también cuenta con profesionales de salud conductual, que pueden proporcionar ayuda para encontrar un proveedor en su área

Localizador de servicios relacionados con opioides de AHCCCS:

Opioidservicelocator.azahcccs.gov/





Obtención de materiales y servicios adecuados a la cultura

Si necesita ayuda para comprender la información

Brindamos servicios y ayuda sin costo, como recursos auxiliares, a las personas con discapacidades. Queremos que pueda hablar con nosotros de manera sencilla.

Ofrecemos estos servicios sin costo alguno:

- Intérpretes calificados en lenguaje de señas
- Información escrita en diversos formatos, como:
 - Letra grande
 - Audio
 - Formatos electrónicos accesibles.
 - Otros formatos

Contáctenos en el (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) si necesita alguno de estos servicios.

En caso de que no hable inglés

Ofrecemos servicios de idiomas sin costo para las personas cuyo idioma principal no es el inglés. Ofrecemos los siguientes beneficios:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Indicamos qué proveedores hablan otros idiomas en nuestro directorio de proveedores. Para localizar un proveedor que hable otro idioma, visite [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com) y elija “Find a Doctor or Pharmacy” (Buscar un médico o una farmacia). Los directorios de proveedores de Molina indican si un consultorio dispone de servicios de interpretación. Si tiene alguna otra necesidad cultural o de ayuda para encontrar un proveedor que hable un idioma que no sea inglés, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711). Puede llamar de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST).

Adaptación a la discapacidades físicas

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o para ver si un proveedor de la red puede satisfacer sus necesidades, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711). También puede encontrar información en nuestro directorio de proveedores en MolinaHealthcare.com con nuestra herramienta Find a Doctor o Pharmacy (Buscar un médico o una farmacia).



Cómo localizar un médico o proveedor.

Trabajamos con diferentes médicos y proveedores. Como miembro de Molina, puede elegir a los proveedores a los que acude de la lista de proveedores con los que trabajamos. Esto se denomina “dentro de la red”.

Nuestra lista de proveedores se denomina “Directorio de proveedores”. En esta lista se incluyen todos los proveedores, hospitales, centros de cuidado urgente y farmacias que trabajan con Molina.

Tiene que consultar a los proveedores que trabajan con Molina, si no lo hace, es posible que no se cubra su consulta. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red

Molina Healthcare es un plan de atención administrada. Debería atenderse con los proveedores de nuestra red. Si desea consultar si un proveedor está en nuestra red, puede llamar a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) Puede llamar de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST).

No pagamos por la atención fuera de la red, excepto en los siguientes casos:

- Atención médica de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Cuando usted viene de otro plan de salud.
- Cuando no hay proveedores cerca de usted.

Si no puede recibir la atención que necesita de un especialista de nuestra red, puede consultar a un especialista fuera de ella. Puede pedirle a su PCP que envíe una autorización para consultar a un proveedor fuera de la red.

Un proveedor fuera de la red también puede solicitar una autorización previa para atenderlo. Si se aprueba esta solicitud, puede consultar al proveedor fuera de la red.

Si consulta a un proveedor no contratado, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711). Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor de la red.

Cómo obtener ayuda para utilizar nuestra red de proveedores

Podemos ayudarlo a recibir la atención que necesita y a utilizar nuestra red de proveedores. Si tiene ciertas enfermedades o utiliza los servicios regularmente, es posible que lo llame un administrador de atención, quien lo ayudará a satisfacer sus necesidades. Puede ayudarlo a encontrar un proveedor en nuestra red, si es necesario. También puede obtener ayuda llamando a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711). Nuestro administrador de atención lo llamará de inmediato o periódicamente.

Cómo acceder al Directorio de proveedores

Para obtener un Directorio de proveedores (siempre disponible sin costo):

- Visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com
- Llámenos al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) y solicite que le enviemos por correo una copia impresa sin costo



Acerca de Molina y la atención médica gestionada

Áreas en las que prestamos servicios en Arizona

Estamos orgullosos de ofrecer beneficios de Medicaid y KidsCare a los miembros de la región central. Esto incluye los condados de Gila, Pinal y Maricopa. No atendemos a los miembros con los códigos postales 85542, 85192, 85550. Estos se incluyen en la región sur.

Molina Healthcare

Molina es un plan de salud, o una organización de atención médica administrada (managed care organization, MCO). Ofrecemos servicios de salud conductual y física.

Ayudamos a los miembros que son elegibles para los beneficios de Medicaid y KidsCare a obtener los servicios de salud conductual y física que necesitan.



Si usted es elegible para Medicaid o KidsCare, tendrá un plan de salud: ¡nosotros! Nosotros haremos lo siguiente:

- Trabajar con sus médicos y proveedores para pagar sus servicios médicos.
- Ayudarlo a llegar a sus citas.
- Ayudarlo a obtener los medicamentos recetados, el equipo médico que necesita y más.

Debe ver a su Proveedor de cuidados primarios (PCP) para su consulta anual y cuando se sienta enfermo (a menos que sea una emergencia y necesite atención inmediata). De esta manera, su PCP lo conocerá a usted y a sus necesidades de atención médica.

Su PCP es el médico particular que gestionará toda su atención médica. Su PCP cumple los siguientes roles:

- Es el “portero” de su salud. Esto significa que su PCP se encargará de la mayor parte de su atención médica.
- Es el médico principal que le brindará los servicios de atención médica que necesita.

Es importante que visite a su PCP, al menos, una vez al año, en especial cuando se sienta enfermo. Su PCP conoce sus necesidades de atención médica. Si necesita atención especializada, su PCP puede remitirlo a un especialista. Su PCP también puede tratar afecciones de salud conductual. Si tiene una afección de salud conductual, su PCP puede remitirlo a un especialista en salud conductual.

Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Es importante que le informe a su PCP si ha habido algún cambio en su salud. De esta manera, su PCP puede brindarle la atención que necesita.
- Su PCP debe saber acerca de cualquier otro proveedor que esté consultando y si le han administrado algún medicamento.
- Su PCP desempeña un papel importante a la hora de asegurarse de que se coordine toda la atención médica con todos los proveedores.
- Consultar a su PCP lo ayuda a desarrollar una relación para que lo conozca a usted y a sus antecedentes de salud.

Su PCP también puede ayudarlo con las siguientes afecciones:

- Trastornos por el consumo de sustancias
- Ansiedad
- Depresión
- Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD).

Para obtener estos servicios, programe una cita con su PCP o llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

También puede llamarnos si desea cambiar de PCP.



Su tarjeta de identificación del miembro

Si tiene una licencia de conducir de Arizona o una identificación emitida por el estado, el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS) utilizará su foto de la División de Vehículos Automóviles del Departamento de Transporte de Arizona para verificarla.

Cuando visite a un proveedor, su fotografía aparecerá junto con su información de cobertura. Esto ayuda a protegerlo y evitar que otra persona use su tarjeta de identificación.


Debe proteger su tarjeta de identificación del miembro. El uso indebido de la tarjeta puede ocasionar la pérdida de sus beneficios o llevar a acciones legales. El uso indebido de la tarjeta puede incluir las siguientes acciones:

- Prestársela a otra persona.
- Venderla.
- Dársela a otra persona.


Es importante que conserve la tarjeta en todo momento. ¡No la deseche!

Cuando se convierte en miembro de Molina, le enviamos por correo su tarjeta de identificación del miembro. Asegúrese de mantenerla segura. Lleve la tarjeta de identificación del miembro con usted para:

- Obtener servicios de salud conductual.
- Obtener servicios de salud física.
- Surtir una receta médica en la farmacia.



MOLINA
HEALTHCARE



AHCCCS
Arizona Health Care Cost Containment System

**Arizona Health Care
Cost Containment System**

Member Name: [Member First and Last Name]
 AHCCCS Member ID #: [Member ID]
 Plan Name: Molina Healthcare of Arizona
 RXBIN: 004336 RXPCN: MCAIDADV
 RXGRP: RX21EJ (Medicaid) RX51BE (CHP-KidsCare)
 Member Services: (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711)
 Behavioral Health Services: (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711)

In case of emergency, go to the nearest emergency room or call 911. Notify Molina tan pronto como dentro de las 48 horas de haber sido admitted.

Nurse Advice Line: (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711)
 Transportation: (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711)
 Claims/Billing/Authorization/Eligibility: (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711)
 Pharmacy: (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711)
 Website: MolinaHealthcare.com

Mail claims to: Payer ID #: MCC01
 Molina Healthcare, Claims Service Center
 2371 Grand Ave, P.O. Box 93152 Long Beach, CA 90809-9994

Carry this card with you at all times. Present it when you get service. You may be asked for a picture ID. Using the card inappropriately is a violation of law. This card is not a guarantee for services. To verify benefits visit MolinaHealthcare.com



Si se muda o cambia su información personal

Es importante mantener su información personal actualizada para que podamos comunicarnos con usted.

Si necesita informar un cambio en su hogar, su nombre, su dirección postal, el tamaño de su familia o su número de teléfono, comuníquese con el lugar en el que solicitó AHCCCS:

- Departamento de Seguridad Económica (Department of Economic Security, DES) healtharizonaplus.gov o (855) HEA-PLUS (855) 432-7587
- KidsCare healtharizonaplus.gov o (855) HEA-PLUS (855) 432-7587

Si se muda fuera de nuestra Área Geográfica de Servicio (Geographical Service Area, GSA), pero permanece en Arizona, deberá elegir un plan nuevo. Si esto sucede, recibirá una carta del AHCCCS en la que se le pedirá que elija un plan nuevo.

Si se muda fuera del estado o del país, ya no será elegible para recibir los servicios del AHCCCS. Puede averiguar en su estado o país nuevo qué es lo que ofrecen.

Puede llamar a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) si tiene dudas con respecto a su plan de salud.



Elección o cambio de su plan de salud

Como miembro de Medicaid o KidsCare, puede elegir su plan de salud. Hay ciertos momentos en los que puede elegir un plan de salud. La primera vez es cuando completa la solicitud de beneficios del AHCCCS. La segunda vez es un año más tarde, durante la Elección de Inscripción Anual (Annual Enrollment Choice, AEC).

Solicitud de inscripción

Si no elige un plan de salud cuando se inscribe en los beneficios, el AHCCCS le asignará uno. Usted tiene 90 días para hacer un cambio en su plan de salud.

El AHCCCS le asigna el plan de acuerdo con varias cuestiones:

- Si uno de sus familiares ya tiene un plan de salud del AHCCCS.
- Si recuperó su elegibilidad dentro de los 90 días posteriores a haberla perdido.

Elección de Inscripción Anual (AEC)

Cada año tiene la oportunidad de cambiar de plan durante un periodo determinado. Esto se denomina Elección de Inscripción Anual (AEC). Si se inscribió en el AHCCCS en marzo, su fecha de AEC será en marzo cada año.

El AHCCCS le enviará una carta dos meses antes de su fecha de AEC. Si desea realizar un cambio, comuníquese con el AHCCCS para completar el proceso de inscripción antes de la fecha de AEC. Si no notifica al AHCCCS antes del último día de su mes de AEC, se mantendrá en el plan de salud actual.

Si tiene problemas para recibir atención médica, llámenos y lo ayudaremos.

Cómo cambiar de plan de salud

Puede cambiar su plan de salud fuera de la fecha de AEC en los siguientes casos:

- Desea cambiar al plan de salud que tiene su familiar.
- No pudo elegir un plan de salud.
- No recibió una carta del AHCCCS sobre el AEC.
- No pudo participar en el AEC.

También puede cambiar de plan de salud para la continuidad de la atención. Esto significa que puede consultar al mismo médico por una afección médica específica.

Solo podemos considerar una solicitud para cambiar de plan de salud en una de las siguientes situaciones:

- Está embarazada y ya estaba recibiendo cuidados prenatales cuando estaba inscrita en el plan de salud.

- Necesita continuar el tratamiento con un proveedor que veía cuando estaba inscrito en un plan de salud diferente. Este no es un proceso automático. Su proveedor debe demostrar al plan de salud que usted desea dejar su plan y que necesita el plan de salud al que desea inscribirse.

Si necesita ayuda, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).



Cómo permitir que otras personas lo ayuden a tomar decisiones de atención médica

Puede haber ocasiones en las que desee permitir que alguien vea su información de salud. Esta persona pudiera ser un familiar o un amigo cercano. Los comentarios de la familia o de una persona designada responsable de la toma de decisiones sobre la atención médica son importantes. Le brindan apoyo para alcanzar sus metas de atención médica. Durante las visitas al proveedor, infórmele a quién quiere incluir en su planificación de tratamiento. Llévelo con usted a sus citas si es posible.

Debido a las leyes de privacidad, sus proveedores necesitan su autorización antes de que otra persona pueda realizar lo siguiente:

- Participar en la planificación de su tratamiento.
- Ver su información médica.
- Tomar decisiones por usted.

Si desea que alguien participe en la planificación de su tratamiento o acceda a su información médica, deberá llenar un formulario de consentimiento para divulgar información médica protegida (Protected Health Information, PHI). Puede obtener una copia de su proveedor. Mediante este formulario puede informar a sus proveedores qué tipo de información desea compartir y quién quiere que participe.



Cómo recibir atención médica después de cambiar de plan de salud

Queremos ayudarlo a facilitar su traslado cuando cambie de plan de salud. Esto incluye cuando cambia de plan de salud en las siguientes circunstancias:

- Cambio del programa “Pago por servicio” (Fee-for-Service, FFS) a Molina.
- Cambio de otro plan de salud a Molina.
- Cambio de Molina a otro plan de salud.
- Cambio de Molina al programa FFS.

Si su proveedor no está dentro de nuestro plan, puede seguir visitándolo durante un periodo determinado. Después de este tiempo, haremos lo siguiente:

- Trabajar para incorporar a su proveedor a nuestra red.
- Ayudarlo a trasladar sus servicios a proveedores de nuestra red.

Nuestro equipo trabajará con usted para asegurarse de que este traslado sea sencillo. Estaremos aquí para responder cualquier pregunta y ayudarlo a preparar todo con su proveedor nuevo, si es necesario.

El plazo depende del tipo de atención y de si actualmente recibe atención de ese proveedor. Si se encuentra en una situación especial, trabajaremos con usted para solucionar este caso de manera particular. Consulte la tabla para obtener más detalles:

Tipo de servicio	Plazo de la transición
Salud conductual	Puede consultar a su proveedor actual durante seis meses o hasta que finalice su tratamiento actual, lo que ocurra primero.
Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS)	Puede consultar a su proveedor actual durante seis meses o hasta que finalice su tratamiento actual, lo que ocurra primero.

Tipo de servicio	Plazo de la transición
Servicios de Rehabilitación para Niños (MSIC)	Puede continuar acudiendo a la misma Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (Multi-Specialty Interdisciplinary Clinic, MSIC) durante seis meses o hasta que finalice su tratamiento actual, lo que ocurra primero.
Atención de un especialista	Puede consultar a su proveedor actual durante seis meses o hasta que finalice su tratamiento actual, lo que ocurra primero.
Atención de un PCP	Puede ver a su PCP actual durante 90 días o hasta que finalice su tratamiento actual, lo que ocurra primero.
Atención de un gineco obstetra	Si está en el tercer trimestre (o tiene fecha probable de parto en menos de 30 días), puede permanecer con su gineco-obstetra actual.

Un coordinador trabajará con usted para asegurarse de que este traslado sea sencillo:

- Nos aseguraremos de que sus citas programadas no se retrasen debido a este traslado.
- Trabajaremos estrechamente con nuestro personal de farmacia durante su traslado para asegurarnos de que se surtan sus medicamentos.
- Nuestro coordinador informará a sus proveedores para que sepan que ahora es miembro de Molina.
- Estaremos aquí para responder a sus preguntas y lo ayudaremos a obtener la atención que necesita.

Si se cambia a otro plan de salud, un coordinador realizará lo siguiente:

- Asegurará la continuidad de la atención.
- Continuará con el acceso a los servicios.
- Se asegurará de que su nuevo plan de salud satisfaga todas sus necesidades.

Nuestro coordinador se asegurará de que su nuevo plan de salud cuente con la siguiente información:

- Citas pasadas y próximas.
- Medicamentos actuales.
- Equipo médico duradero.

- Viajes programados.
- Cualquier otra necesidad de atención especializada.

Si usted está internado en el momento del cambio, se lo informaremos a su nuevo plan de salud y al centro en el que esté para que puedan organizar su atención. Nuestro coordinador trabajará en conjunto con su nuevo plan de salud a fin de garantizar una transición sin problemas. Compartiremos todas sus registros médicos con su nuevo plan de salud para que reciba la atención que necesita.

Queremos ayudarlo a facilitar su transición, ya sea que comience como miembro nuevo con nosotros o que se cambie a otro plan de salud.



Cómo obtener atención de emergencia y cuidado urgente

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia es una enfermedad o una lesión que podría provocar lesiones graves o la muerte si no se trata de manera inmediata.

Qué hacer en caso de emergencia

Llame al 911 o acuda de inmediato a la sala de emergencias más cercana. No es necesario que llame a Molina antes. No se necesita una autorización previa para recibir los servicios de emergencia. Puede acudir a cualquier hospital para recibir atención de emergencia, incluso si se encuentra en otro estado o ciudad.

Informe al hospital que usted es miembro de Molina. Muestre su tarjeta de identificación del miembro.

Transporte de emergencia

Si tiene una emergencia médica y necesita el servicio de transporte, llame al 911. Nosotros pagaremos por el transporte de emergencia. Esto se llama viaje en ambulancia.

(tabla en la siguiente página)

Tipos de atención y dónde obtenerla

En la tabla a continuación, se ofrece un resumen rápido de qué tipo de atención es mejor para usted y dónde obtenerla:

Tipo de atención	Qué atención puede recibir
Sala de emergencias (Emergency room, ER)	Vaya a la ER cuando tenga un problema grave que requiera atención inmediata. Las emergencias incluyen problemas como: <ul style="list-style-type: none">• Síntomas de ataque al corazón o accidente cerebrovascular.• Sangrado intenso• Fuerte dificultad para respirar.• Dolor intenso.
Proveedor de atención primaria (PCP)	Su PCP lo conoce y conoce su historial médico. Visite a su PCP para sus chequeos médicos anuales y si no se siente bien, pero no es una emergencia.



Tipo de atención

Qué atención puede recibir

Clínicas de cuidado urgente

Las **clínicas de cuidado urgente** se utilizan para tratar esguinces, quemaduras y fracturas. También pueden hacer lo siguiente:

- Radiografías
- Cultivos de garganta
- Atención médica de rutina
- Exámenes físico-deportivos
- Vacunas

Las clínicas de cuidado urgente están abiertas fuera del horario de atención y en los fines de semana. Puede acudir o llamar para programar una cita.

Cómo obtener transporte para las consultas médicas

¿Necesita transporte para asistir a sus consultas médicas? Trate de comunicarse con un familiar, amigo o vecino para que lo ayude a llegar a su consulta. Si no consigue transporte, nosotros lo ayudaremos. Llámenos al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) para programar un viaje. Llame por lo menos 72 horas antes de la consulta.



Beneficios y servicios cubiertos

Usted puede acceder a los servicios médicamente necesarios con sus beneficios del AHCCCS. Utilice la siguiente lista para ver qué servicios puede recibir. También puede obtener más información en Azahcccs.gov > “Members/Applicants” (Miembros/solicitantes) > “Covered Services” (Servicios cubiertos).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

Algunos miembros tienen cobertura del AHCCCS y de Medicare. A estos miembros se les llama “doblemente elegibles”. Si tiene Medicare, Molina puede ayudarle a pagar cosas adicionales. Estos pueden ser su coseguro y deducibles de Medicare.

Si tiene Medicare y Medicaid, querrá ver a un PCP que trabaje con ambos. Si necesita ayuda para encontrar un PCP, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

Los servicios cubiertos para todos los miembros pueden ser los siguientes:

- Salud conductual (*consulte la sección de Servicios de salud conductual cubiertos para todos los miembros*).
- Reconstrucción de la mama después de una mastectomía.
- Quimioterapia y radioterapia.
- Circuncisión, cuando es médicamente necesaria (requiere autorización previa).
- Estudios y suministros para la diabetes.
- Rehabilitación cardíaca (del corazón) y pulmonar (respiratoria).
- Diálisis
- Suministros y equipo médico duradero (durable medical equipment, DME).
- Atención de emergencia (incluye atención de estabilización después de una emergencia).
- Atención dental de emergencia:
 - Limitada a \$1000 por año.
- Transporte de emergencia y que no sea de emergencia.
- Atención al final de la vida.
- Servicios de planificación familiar:
 - Control de la natalidad.
 - Anticonceptivos.
 - Asesoramiento de planificación familiar.
- Prueba de pérdida de audición.
- Radiología de alta tecnología, que incluye:
 - Resonancia magnética (RM).
 - Angiografía por resonancia magnética (ARM).
 - Pruebas de tomografía por emisión de positrones
 - (TEP).
- Servicios de terapia y asesoramiento sobre VIH/SIDA.
- Atención médica a domicilio.
- Servicios de cuidados paliativos:
 - Paciente internado.
 - Paciente ambulatorio.
- Vacunas.
- Ropa interior para la incontinencia (para miembros mayores de 21 años, cuando sea necesario).
- Las hospitalizaciones pueden incluir los siguientes servicios:
 - Fisioterapia.
 - Terapia ocupacional.
 - Terapia del habla.
- Laboratorio, radiografías, imagenología médica.
- Atención de maternidad.
- Equipos y suministros médicos.
- Alimentos médicos.
- Hospitalización en un centro de enfermería:
 - Limitado a 90 días calendario por año.
- Pruebas nutricionales y alimentos médicos.
- Terapia ocupacional.
 - Se aplican algunas limitaciones para las consultas.
- Ortesis y prótesis.
- Servicios fuera de la red.
- Servicios para pacientes ambulatorios.
- Servicios de gestión del dolor.
- Fisioterapia.
 - 15 visitas por año calendario.
- Podología (pie y tobillo).
- Atención del embarazo.
- Medicamentos e inyecciones con receta.

- Visitas al consultorio del Proveedor de atención primaria (PCP):
 - Exámenes de bienestar.
 - Atención médica preventiva.
- Pruebas y exámenes preventivos:
 - Prueba de Papanicoláu.
 - Mamografía.
 - Colonoscopia.
- Terapia de rehabilitación.
- Terapia respiratoria.
- Visitas al consultorio del especialista.
- Segundas opiniones.
- Cirugía.
- Dejar de fumar.
- Trasplantes aprobados por el AHCCCS (órganos y tejidos).
- Cuidado urgente.

Las visitas preventivas están cubiertas para todos los miembros. Como parte de su consulta de bienestar, usted obtiene:

- Exámenes preventivos para mujeres.
- Exámenes de mama o de próstata para miembros mayores de 21 años de edad.
- Historial clínico.
- Examen físico.
- Exámenes preventivos.
- Asesoramiento de salud.
- Todas las inyecciones médicamente necesarias.



Comunicación aumentativa y alternativa

Los sistemas de Comunicación aumentativa y alternativa (CAA) establecen una comunicación funcional cuando los métodos naturales del habla son insuficientes para alcanzar los objetivos comunicativos diarios y satisfacer las necesidades de comunicación. La CAA es aumentativa cuando se utiliza para complementar el habla existente y alternativa cuando se utiliza en lugar del habla ausente o no funcional.

Beneficio de CAA

Las CAA médicamente necesarias son prestaciones cubiertas y requieren autorización previa. Si se considera necesario un sistema de CAA, su médico puede remitirle a un logopeda titulado, para que le haga una evaluación. El médico o el logopeda presentará una solicitud de autorización previa. Para obtener información adicional sobre los terapeutas en su red o el proceso de autorización previa, visite el portal de miembros de Molina o llame a Servicio al Cliente.

Servicios adicionales cubiertos para miembros menores de 21 años.

Además de los servicios cubiertos, los miembros menores de 21 años también reciben lo siguiente:

- Atención quiropráctica (cuando sea médicamente necesaria).
- Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT), que incluye lo siguiente:
 - Exámenes de bienestar.
 - Exámenes auditivos y aparatos auditivos.
 - Atención de servicios dentales preventivos.
 - Ortopédicos cubiertos para miembros del AHCCCS menores de 21 años.
- Revisiones y tratamientos dentales (el límite dental no se aplica a los miembros indígenas estadounidenses/nativos de Alaska [AI/AN], cuando reciben servicios dentales en un centro IHS/638).
- Anteojos.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ambulatorias.
- Servicios de cuidado personal que se precisan para satisfacer una necesidad médica. Esto incluye ayuda con:
 - Actividades de la vida diaria.
 - Bañarse.
 - Uso del inodoro.
 - Caminar.
- Exámenes de la vista.

Algunos servicios tienen límites específicos:

Tipo de servicio	Cualquier limitación específica
Servicios de salud conductual.	Consulte la siguiente sección sobre los servicios de salud conductual cubiertos.
Servicios basados en el hogar o en la comunidad (home-and community-based services, HCBS) alternativos.	Los miembros deben usar los HCBS en lugar de una residencia para ancianos cuando sea médicamente posible.
Residencia para ancianos	Hasta 90 días por año de contrato (el año de contrato es desde el 1 de octubre al 30 de septiembre).
Elementos de cuidado personal	Solo están cubiertos cuando se utilizan para tratar una afección médica.

Tipo de servicio	Cualquier limitación específica
Cuidado para la vista	<ul style="list-style-type: none"> • Limitado a afecciones de la vista. • Los exámenes de la vista y los anteojos están cubiertos para niños menores de 21 años. • Los anteojos están cubiertos para los adultos después de una cirugía de cataratas.
Dispositivos ortopédicos.	<p>Molina solo cubre los dispositivos ortopédicos cuando se cumplen las siguientes tres condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las órtesis son médicamente necesarias. • Las órtesis cuestan menos que todos los demás tratamientos y cirugías para tratar las mismas afecciones. • Las órtesis son indicadas por un médico o proveedor de atención primaria (enfermero especializado o asistente médico).

Servicios de salud conductual cubiertos para todos los miembros

- Asesoramiento y terapia de salud conductual:
 - Individual.
 - Grupal y familiar.
- Examen preventivo, evaluación, examinación y pruebas.
- Servicios para tratar el abuso de sustancias:
 - Atención ambulatoria intensiva.
 - Residenciales.
 - Paciente internado.
- Terapia multisistémica (para miembros menores de 21 años).
- Acupuntura auricular (un tipo de acupuntura que implica insertar agujas en puntos específicos del oído)*.
- Destrezas, capacitación y desarrollo, y capacitación en destrezas de rehabilitación psicosocial (incluidos servicios de empleo con apoyo).
- Capacitación en prevención/ promoción de la salud conductual y capacitación sobre medicamentos.
- Ayuda y capacitación para mantenerse empleado.
- Laboratorio, radiología e imagenología médicas.
- Administración médica.
- Terapia electroconvulsiva.
- Administración de la atención
- Servicios de cuidado personal
- Capacitación de atención a domicilio y apoyo familiar.
- Servicios de pares y autoayuda.
- Capacitación de atención a domicilio para la persona que recibe beneficios de atención a domicilio.
- Servicios de respiro no especializados.
- Servicios integrales para mantener la vivienda con apoyo.

- Servicios de cuidado de respiro de la salud conductual:
- Limitado a 600 horas por año, del 1.º de octubre del 2021 al 30 de septiembre del 2022.
- Lenguaje de señas o servicios de interpretación oral brindados sin costo para el miembro.
- Transporte de emergencia y que no sea de emergencia.
- Intervención en crisis:
- Móvil, basada en la comunidad.
- Estabilización, basada en el centro.
- Por teléfono, a través de la línea de crisis.
- Hospital
- Centro de cuidados intermedios.
- Centros de tratamiento residencial.
- Centro residencial de salud conductual (sin habitación ni alimentos*).
- Tratamientos supervisados de salud conductual y programas diurnos.
- Servicios terapéuticos de salud conductual y programas diurnos.
- Tratamiento psiquiátrico comunitario de apoyo y hogares terapéuticos de salud conductual para adultos.
- * Los servicios no están disponibles con el financiamiento del Título XIX/XXI, pero se pueden proporcionar si hay otros fondos disponibles.



Servicios no cubiertos

Hay algunos servicios por los que Molina no paga. Estos incluyen:

- Interrupción del embarazo (a menos que el médico nos indique que la vida de la madre está en peligro o que el embarazo es producto de una violación o incesto, o si la interrupción es médicamente necesaria).
- Servicios de consejería por la interrupción del embarazo.
- Cirugía cosmética (esto incluye agrandamiento o reducción de mamas).
- Procedimientos o tratamientos que se consideren experimentales o para fines de investigación.
- Servicios de infertilidad (para ayudar a alguien a tener hijos).
- Reversión de cualquier método anticonceptivo permanente.
- Servicios que requieren autorización previa y que no se autorizaron, incluidos ciertos medicamentos:
 - Tiene derecho a apelar cualquier decisión sobre autorizaciones previas, pero debe pasar por el proceso de apelación. Consulte la sección “Apelaciones” para obtener más información.
- Operaciones de cambio de sexo.
- Trastornos de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ), excepto cuando se deban a un traumatismo reciente.
- Tratamiento para enderezar los dientes (órtesis dentales).
- Inmunoterapia para adultos.

- Implantes penianos y dispositivos de vacío.
- Cualquier servicio que no sea médicamente necesario.
- Servicios por los que usted acordó pagar.
- Servicios de un proveedor que no esté en nuestra red, a menos que sean aprobados por Molina o durante el periodo de transición de atención médica.



Cómo acceder a los servicios no incluidos en el título XIX/XXI

Los miembros que pueden recibir los beneficios de Medicaid (Título XIX/XXI) pueden obtener algunos de estos servicios:

- Alojamiento y comida.
- Servicios de salud mental (anteriormente conocidos como medicina tradicional).
- Acupuntura auricular.
- Cuidado de niños.
- Subsidio de renta y servicios públicos de vivienda con apoyo.
- Servicios de reubicación.

Los miembros deben cumplir con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios que no corresponden al Título XIX/ XXI son pagados por la Autoridad Regional de Salud Conductual (Regional Behavioral Health Authority, RBHA). Los miembros que puedan recibir los servicios deben hablar con su proveedor de salud conductual (si ya están recibiendo servicios) o llamar a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) y solicitar hablar con un administrador de atención.

A continuación, se muestra una lista de los centros de RBHA por condado de la región central:

Mercy Maricopa Integrated Care (condado de Maricopa): (800) 564-5465

Health Choice Arizona (condado de Gila): (855) 354-9006

Arizona Complete Health Complete Care (condado de Pinal): (866) 495-6735



Servicios de vivienda

Ayuda y apoyo con el alquiler

Si necesita ayuda para encontrar un lugar donde vivir o para pagar por la vivienda, Molina puede ayudar a conectarlo con recursos comunitarios y de vivienda en su área.

Si es necesario, Molina lo remite a la Autoridad Regional de Salud Conductual (RBHA) para los servicios que no correspondan al Título XIX/XXI ni a los proveedores locales de vivienda comunitaria. Llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST), para obtener ayuda. Contamos con un equipo de Administración de atención que puede ayudarlo a organizar estos servicios.

Cómo obtener ayuda de especialistas en vivienda

Nuestros especialistas en vivienda pueden ayudarlo si usted no tiene hogar o está en riesgo de perderlo. Podemos:

- Proporcionarle recursos dentro de su zona para abordar la prevención del desahucio, posibles recursos de ayuda con el alquiler, recursos de ayuda para pagar los servicios y oportunidades de alojamiento a corto plazo.
- Hacer cualquier remisión a los proveedores de vivienda contratados para la asistencia individual en la localización de oportunidades de vivienda, la navegación de desalojos, o la renovación de la documentación del programa de vivienda, incluido el Programa de Vivienda AHCCCS (si es elegible), en caso necesario.

- Ayudarle a encontrar opciones que acepten subsidios de alquiler o vales; si es necesario, esto también puede incluir una remisión a los servicios de navegación en materia de vivienda a través de un proveedor contratado de navegación en materia de vivienda.
- Ayudarlo a encontrar refugio a corto plazo, a través de proveedores de Acceso coordinado (Coordinated Entry), si es necesario.

Trabajamos con organismos locales para encontrar financiamiento y formas de ayudar a las personas sin hogar en sus comunidades. También capacitamos a nuestro personal y a las agencias comunitarias sobre las necesidades de vivienda, los recursos y su impacto.

El Programa de Vivienda del AHCCCS es un programa de subsidio de alquiler y prevención de desahucio, que ayuda a los miembros que reúnen los requisitos necesarios con asistencia para la vivienda. Aunque la vivienda no es un servicio cubierto, existen fondos limitados para ayudar a prevenir el desahucio, ayudar a pagar los servicios y ayuda para el alquiler a los miembros que reúnen los requisitos. Póngase en contacto con Servicios para miembros para ser conectado con el Especialista de vivienda de Molina o Conectores de la Comunidad, para obtener más información para ver si usted puede calificar para este programa.

Para obtener más información, comuníquese con:

Cinda Thorne

Administradora de vivienda (480) 440-6807

Cinda.Thorne@MolinaHealthcare.com

Información de contacto de los servicios de vivienda

SOLO JÓVENES (ENTRE 18 Y 24 AÑOS)

Native American Connections (NAC)

Ofrece servicios para jóvenes de entre 18 y 24 años, y adultos nativos solteros.

Home Base: (602) 263-5531

Equipo de NAC: (602) 648-9739

Housing@Nativeconnections.org

SOLO FAMILIAS (Con niños dependientes) Family Housing Hub

3307 E Van Buren St Phoenix AZ 85034

(602) 595-8700

Horario de servicio: comuníquese con el centro para conocer los horarios y las ubicaciones adicionales de los puntos de acceso para las familias.

Volante del Family Housing Hub

SOLO MILITARES VETERANOS DE EE. UU.

VA – Community Resource & Referral Center (CRRC)

1500 E Thomas Ave, Suite 106 Phoenix AZ 85014

(602) 248-6040

Horario de servicio:
de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.
Actividades de alcance juvenil de UMOM
(480) 868-7527

SOLO PARA ADULTOS SOLTEROS
(SIN hijos dependientes)
Brian Garcia Welcome Center
206 S 12th Ave, Phoenix, AZ 85007
(602) 229-5155

Horario de servicio:
de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 11:00 p.m.

Community Bridges

Ofrece acceso a varios programas especializados para satisfacer las necesidades de las personas. Ubicaciones en el condado de Maricopa.

Acceso al contacto de atención: (877) 931-9142

Equipo de actividades de alcance del programa Projects for Assistance in Transitioning from Homelessness (Proyectos de Asistencia en la Transición de la Situación de Indigencia [PATH]) de CBI

Servicios de alcance en las calles a personas que muestran señales y síntomas de enfermedad mental las 24 horas

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU.-Oficina Suroeste de Programas para Nativos Americanos
One North Central Avenue - Suite 600
Phoenix, AZ 85004
Teléfono: (602) 379-7200
FAX: (602) 379-3101

Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Local):

Phoenix Field Office

One North Central Avenue, Suite 600

Phoenix, AZ 85004

Teléfono: (602) 379-7100

Por correo electrónico: AZ_Webmanager@hud.gov

Fax: (602) 379-3985

TTY: (602) 379-7181 o marque 7-1-1 (No disponible en todas las zonas.)

Jurisdicción: Estado de Arizona

Hud.gov/Estados/Arizona/Oficinas

Autoridad de vivienda del condado de Maricopa

Dirección: 8910 N 78th Ave, Peoria, AZ 85345

Horarios: Abierto de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Teléfono: (602) 744-4500

Autoridad de vivienda del condado de Gila:
5515 S Apache Ave
Globe, Gila County, Arizona 85501
(928) 425-7631

Autoridad de vivienda del condado de Pinal:
Dirección: 970 11 Mile Corner, Casa Grande, AZ
85194 Horarios: Abierto de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Teléfono: (520) 866-7201

Programa de vales de elección de vivienda del condado de Gila:
Patricia Campos, Gerente de programas
5515 S Apache, Suite 200
Globe AZ 85501
(928) 425-7631

Administrador estatal del Programa de Vivienda del AHCCCS
501 E Thomas Rd. Phoenix, AZ 85012
Teléfono: (602) 712-9200
AHInfo@azabc.org

HOM, Inc
Dirección: 5326 E Washington St #5, Phoenix, AZ 85034
Horarios: Abierto de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. y de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.
Teléfono: (602) 265-4640

Servicios para veteranos

¿Sabía usted que Molina Healthcare of Arizona tiene un Defensor de Militares y Veteranos listo para ayudar a los militares veteranos y a sus familias a obtener la atención que necesitan?

Conocemos y valoramos los sacrificios que han hecho los veteranos de las Fuerzas Armadas estadounidenses, que han prestado servicio y sus familias. Por eso queremos ayudarles.

Con demasiada frecuencia los veteranos regresan a casa con problemas de salud física o mental. Trabajar con el sistema de salud es una batalla que no deberían tener que librar. El Defensor de Militares y Veteranos de Molina puede:

- Explicarle sus beneficios del AHCCCS y cómo utilizarlos
- Mostrarle cómo trabajar con la Administración de Veteranos (VA), el programa Be Connected y otros recursos

Para ponerse en contacto con nuestro Defensor de Militares y Veteranos, póngase en contacto con Patrick Ziegert al (602) 805-0890 o por correo electrónico en Patrick.Ziegert@MolinaHealthcare.com.



Oficina de Asuntos Individuales y Familiares (OIFA)

La Oficina de Asuntos Individuales y Familiares, llamada OIFA, es un equipo de personas de Molina que se unirá a usted en su recorrido de atención médica, cuando lo desee o lo necesite.

- Hemos estado en su lugar. Compartimos historias de nuestras propias experiencias médicas y de recuperación.
- Hablamos su idioma.
- Escucharemos sin casillas que marcar ni limitaciones de tiempo.
- Le ayudaremos a navegar por el sistema médico.
- Si lo desea, le visitaremos en el hospital o en la comunidad.
- Lo conectaremos con los recursos comunitarios.
- Elevaremos su voz.
- Le apoyaremos cuando exprese sus preocupaciones y quejas.
- Lo pondremos en contacto con otras personas que, como usted, quieren cambiar el funcionamiento de nuestro sistema.
- Creemos que la recuperación y el bienestar son posibles para todas las personas.

En el AHCCCS, la OIFA promueve la recuperación, la resiliencia y el bienestar. Aquí tenemos el mismo tipo de equipo. De hecho, ¡todos los planes de salud del AHCCCS tienen uno!

Somos expertos en salud mental y consumo de sustancias, y podemos participar en otras situaciones médicas. Hacemos énfasis en el poder de la experiencia vivida, las relaciones entre iguales y familiares, y la voz y la elección de los miembros.

Las Organizaciones Dirigidas por Pares (PRO) y las Organizaciones Dirigidas por Familias (FRO) están disponibles para los miembros de Molina que buscan apoyo adicional en torno a la salud mental y el consumo de sustancias. Todos estos servicios sin ningún costo para los miembros de Molina.

Estas organizaciones son propiedad de personas que han vivido la experiencia, las gestionan, las administran y ofrecen apoyo individual entre pares, salidas sociales y oportunidades de aprendizaje, el desarrollo personal y el bienestar. Puede encontrar una lista de PRO de Arizona [aquí](#).

Las FRO emplean a padres que tienen experiencia en navegar por los sistemas de salud y proporcionan apoyo a través de los sistemas conductual, médico o DCS. Los miembros pueden aprender a defender a sus familiares, elaborar planes de servicios y asistir a clases, cursos de capacitación y grupos de apoyo. Puede encontrar más información sobre las FRO de Arizona [aquí](#).

Si desea más información, póngase en contacto con:

Administrador de la OIFA de Molina:

Veronica De La O

Veronica.DeLaO@MolinaHealthcare.com



Atención al final de la vida

La atención al final de la vida es la que recibe para ayudarlo a sentirse cómodo cuando su salud está decayendo, o tiene una enfermedad crónica, compleja o terminal. Un equipo capacitado de cuidadores trabajará con usted y su familia para ayudarlo a decidir qué tratamiento desea y brindarle información sobre su enfermedad. La meta de los servicios de atención al final de la vida es brindarle tratamiento, comodidad y calidad de vida durante el resto de su vida. Entre estos servicios se incluyen los siguientes:

- Tratamiento de salud física o conductual.
- Derivaciones a agencias con base en la comunidad.
- Servicios de apoyo proporcionados por familiares, amigos o voluntarios.

La atención al final de la vida también le permite obtener información sobre la planificación anticipada de la atención, los cuidados paliativos y los centros de cuidado paliativo. Su médico trabajará con usted o su familia en los servicios disponibles.

La oficina del fiscal general de Arizona ofrece un paquete completo de planificación de cuidado de la vida y formularios sin costo para usted. Para solicitar un paquete, visite www.azag.gov/seniors/life-care-planning AZAG.GOV/seniors/life-care-planning o llame al (602) 542-2123 o al (800) 352-8431 para que se le envíe por correo.



Instrucciones anticipadas y testamentos vitales

Uno de sus derechos como miembro es ayudar a tomar decisiones sobre su atención y tratamiento médicos. Para asegurarse de que sus médicos conozcan sus deseos, debe escribirlos. Esto se llama “Instrucciones anticipadas”.

Esto le permite a su familia y médicos saber lo que desea hacer en caso de que se enferme y no pueda decir lo que desea.

Hay distintos tipos de instrucciones anticipadas. Algunos ejemplos son el poder de atención médica y el testamento vital.

La oficina del Secretario de Estado de Arizona cuenta con varios recursos gratuitos que lo ayudarán con sus instrucciones anticipadas. El Registro de Instrucciones Anticipadas de Arizona es un registro gratuito en el que puede almacenar y acceder de manera electrónica sus instrucciones sobre su atención médica. El programa es seguro y confidencial, y les aporta tranquilidad a los inscritos y a sus familias. Es de fácil acceso para todos los proveedores de atención médica. Puede obtener más información en [Azsos.gov/services/advance-directives](https://www.azsos.gov/services/advance-directives).

Poder de atención médica

Es una persona a la que usted autoriza para que tome decisiones acerca de su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo. Puede ser su cónyuge, un pariente o un amigo cercano. Se lo llama “agente”.

Testamento vital

Es un documento en el que usted escribe los tipos de tratamiento de atención médica que desea o que no desea que le realicen. Se usa en caso de que no pueda decirles a sus proveedores lo que desea.

También puede decir a su médico si debe o no hacer esfuerzos especiales para salvarle la vida si está gravemente enfermo. Por ejemplo, si le ponen un respirador artificial para ayudarlo a respirar. Debe entregarle a su médico una copia del poder y del testamento vital. Conserve también una copia para sus registros. Puede modificar los documentos en cualquier momento.

En caso de que los modifique, asegúrese de que su médico y sus proveedores tengan las copias más recientes.



Cómo recibir servicios de atención médica

Consultar a un especialista

A quien usted debe consultar en la mayoría de las situaciones de atención médica es a su Proveedor de atención primaria (PCP). En ocasiones, puede que necesite un cuidado especializado. De ser así, deberá hablar con su PCP para obtener una remisión a un especialista.

Hay situaciones en las que no necesita una remisión a un especialista. A esto se lo denomina “autoremisión”:

- Las mujeres pueden consultar a un gineco obstetra dentro de la red por servicios médicos preventivos y de rutina.
- Todos los miembros pueden autoremitirse a los servicios con un proveedor de salud conductual dentro de la red.
- Los miembros menores de 21 años pueden autoremitirse para someterse a exámenes preventivos dentales y visuales con dentistas y proveedores de servicios para la vista dentro de la red.
- Los miembros que tengan necesidades especiales de salud pueden acceder directamente a los servicios de atención médica con un especialista, según sea necesario, para tratar sus afecciones y necesidades.

Para utilizar el proceso de “autoremisión”, llame a los proveedores directamente para programar una cita. No es necesario que vaya primero a su PCP. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para miembros o busque en nuestro Directorio de proveedores en línea en [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com). Se necesita obtener una autorización previa para recibir servicios de proveedores fuera de la red.

También le brindamos cuidados fuera de la red cuando el tipo de proveedor necesario y disponible en la red de Molina Healthcare no cumpla con lo siguiente:

- Brindar el servicio que necesita (incluidos los servicios de consejería o remisión) debido a objeciones morales o religiosas.

Para obtener información acerca de cómo acceder a los servicios de consejería o remisión, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST).

Servicios de atención médica para miembros indígenas estadounidenses

Los miembros indígenas estadounidenses pueden recibir servicios de atención médica en cualquier momento de cualquier proveedor de Servicios de Salud para Indígenas Estadounidenses o de un centro de una tribu u operado por una tribu.

El equipo de Molina incluye un Enlace tribal que puede ayudarlo.

Para obtener más información, comuníquese con el Enlace tribal:

Correo electrónico: Cassandra.Pena@MolinaHealthcare.com

Teléfono: (480) 589-0680

Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Su Proveedor de atención primaria es el médico que le brinda los servicios de atención médica que necesita. Esto incluye las consultas preventivas y las circunstancias en las que se sienta mal. Acudir a su PCP para recibir atención médica lo ayuda a desarrollar una relación con el PCP a fin de que lo conozca a usted y a sus antecedentes médicos.

Cuando se unió a Molina, le asignamos un PCP. Si desea cambiar su PCP, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) y lo ayudaremos a encontrar uno.

Tiene derecho a elegir cualquier PCP que forme parte de Molina. Puede elegir a un gineco obstetra como su PCP si el gineco obstetra está de acuerdo.

Programación de una cita

Cuando desee acudir al PCP o al proveedor, llame al consultorio y solicite una consulta con el proveedor. Además, mencione la razón por la que realiza la consulta. Esto ayuda a quien programe la cita a saber cuán pronto usted necesita que se lo atienda.

Asegúrese de asistir a la cita con el proveedor. Anótela en un calendario, o escriba una nota para recordar la fecha y la hora. Si necesita cambiar o cancelar la cita, llame al consultorio del médico con anticipación para informarlo. Si desea cancelar o cambiar una cita, intente llamar con, al menos, un día antes.

¿Necesita ayuda para programar una cita? ¿Necesita transporte para asistir a la consulta? Llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

El AHCCCS, cuenta con normas vigentes para que pueda obtener los cuidados que necesite cuando los necesite. Una de las normas es que los proveedores deben asegurarse de que usted pueda obtener una cita dentro de un periodo específico.

En la siguiente tabla se indica cuándo puede obtener una cita con su proveedor:

Tipo de proveedor	Tipo de atención	Tiempo de espera
Proveedor de atención primaria (PCP)	Cuidado urgente.	Lo antes posible; no más de dos días laborales
	Atención médica rutinaria	Dentro de 21 días calendario
Proveedor especialista (incluidos los dentistas especializados)	Cuidado urgente.	Lo antes posible; no más de dos días laborales
	Atención médica rutinaria	Dentro de 45 días calendario
Proveedores dentales	Cuidado urgente.	Lo antes posible; no más de tres días laborales
	Atención médica rutinaria	Dentro de 45 días calendario
Atención de maternidad.	Atención en el primer trimestre	Dentro de 14 días calendario
	Atención en el segundo trimestre	Dentro de siete días calendario
	Atención en el tercer trimestre	Dentro de los tres días laborales

Tipo de proveedor	Tipo de atención	Tiempo de espera
	Atención por un embarazo de alto riesgo/emergencia de alto riesgo (en caso de emergencia, comuníquese con su proveedor de inmediato o vaya a la sala de emergencias)	Lo antes posible; no más de tres días laborales o de inmediato en caso de emergencia
Proveedor de salud conductual	Cuidado urgente.	Según lo requiera la afección de salud del miembro; pero no más de 24 horas
	Atención rápida para niños adoptados y situaciones de custodia legal de DCS	En el plazo indicado por la afección de salud conductual, pero no más tarde de 72 horas después de la notificación del DCS de que un niño ha sido o será retirado de su hogar.
	Atención médica rutinaria: evaluación inicial	Dentro de siete días calendario
	Atención médica rutinaria: primera consulta después de la evaluación	<p>Tan pronto como sea necesario según la afección del miembro; tener en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miembros mayores de 18 años, a más tardar 23 días calendario después de la fecha de la evaluación inicial. • Para miembros menores de 18 años, a más tardar 21 días después de la evaluación inicial.

Tipo de proveedor	Tipo de atención	Tiempo de espera
	Atención de rutina: servicios después de la primera visita.	Dentro de 45 días calendario
	Cuidados posteriores en situaciones de adopción y custodia legal del DCS.	En los plazos acordes a las necesidades de la persona, pero a más tardar 21 días calendario después de la identificación de la necesidad.
	Para medicamentos psicotrópicos	Sométase a una evaluación de inmediato para que no se quede sin un medicamento y que su salud no se vea afectada. Si es necesario, tendrá una cita lo antes posible; pero a más tardar 30 días calendario

Las consultas preventivas (exámenes preventivos) están cubiertas para los miembros. En la mayoría de las consultas preventivas (también llamadas chequeos médicos o exámenes físicos), se incluyen los antecedentes médicos, los exámenes físicos, las evaluaciones preventivas, el asesoramiento sobre la salud y las vacunas médicamente necesarias. Las consultas de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) para los miembros menores de 21 años se consideran iguales a las consultas preventivas.

Atención médica para mujeres

No hay copago por los servicios de salud preventiva de la mujer. Además, hay servicios de transporte disponibles en caso necesario. Si tiene preguntas sobre estos servicios, necesita ayuda para concertar citas para cuidados preventivos o coordinar el transporte, póngase en contacto con Servicios para miembros llamando al (800) 424-5891 (TTY/TDD): 711).

Cuidados preventivos para la mujer sana

Una visita anual de atención preventiva para la mujer sana tiene por objeto la identificación de factores de riesgo de enfermedad, la identificación de problemas de salud físicos/conductuales existentes y la promoción de hábitos de vida saludables

esenciales para reducir o prevenir los factores de riesgo de diversos procesos de enfermedad.

Usted puede esperar los siguientes servicios cuando vea a un proveedor para su visita anual de atención preventiva:

- Examen físico (examen preventivo) que evalúa el estado general de salud,
- Examen clínico de las mamas,
- Examen pélvico (según sea necesario, de acuerdo con las recomendaciones actuales y las mejores normas de práctica),
- Revisión y administración de vacunas, pruebas de detección y análisis adecuados a la edad y a los factores de riesgo
- Las pruebas de detección y el asesoramiento se centran en mantener un estilo de vida saludable y minimizar los riesgos para la salud, y abordan como mínimo los siguientes aspectos:
 - Una nutrición adecuada,
 - La actividad física,
 - IMC elevado indicativo de obesidad,
 - Consumo, abuso o dependencia de tabaco/sustancias,
 - Examen preventivo de la depresión,
 - Detección de la violencia interpersonal y doméstica
 - Infecciones de transmisión sexual,
 - Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH),
 - Servicios y suministros de planificación familiar
- Asesoramiento previo a la concepción, que incluye conversaciones sobre un estilo de vida saludable antes del embarazo y entre embarazos, que incluyen:
 - Historial reproductivo y prácticas sexuales,
 - Peso saludable, lo que incluye dieta y nutrición, así como el uso de suplementos nutricionales y la ingesta de ácido fólico,
 - Actividad física o ejercicio,
 - Atención médica bucodental,
 - Control de enfermedades crónicas,
 - Bienestar emocional,
 - Consumo de tabaco y sustancias (cafeína, alcohol, marihuana y otras drogas), incluido el consumo de medicamentos con receta,
 - Intervalos recomendados entre embarazos, e
 - Inicio de las remisiones necesarias cuando se identifique la necesidad de una evaluación, diagnóstico o tratamiento adicionales.



DetECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANOS Y PERIÓDICOS (EPSDT)

DetECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANOS Y PERIÓDICOS (EPSDT) es un programa integral para la salud infantil que tiene como objetivo la prevención, el tratamiento, la corrección y la mejora (alivio) de las afecciones de salud física y conductual para miembros del AHCCCS menores de 21 años.

El objetivo del EPSDT es garantizar la disponibilidad y la accesibilidad de los recursos de atención médica, así como ayudar a los beneficiarios de Medicaid a utilizar estos recursos en forma eficaz.

Con los servicios del EPSDT, se brinda una atención médica integral a través de la prevención primaria, las intervenciones tempranas, los diagnósticos, los tratamientos médicamente necesarios y los cuidados de seguimiento de los problemas de la salud física y conductual para miembros del AHCCCS menores de 21 años.

Monto, duración y alcance: la Ley de Medicaid establece que los servicios de EPSDT incluyen los servicios de exámenes preventivos, los servicios para la vista, el reemplazo y reparación de anteojos, los servicios dentales, los servicios de audición y demás servicios de diagnóstico, tratamientos y otras disposiciones de atención médica necesarios que se describen en la subsección 42 U.S.C. 1396d(a) de la ley federal, a fin de corregir o aliviar los defectos, las enfermedades y las afecciones físicas y mentales diagnosticadas por los servicios de exámenes preventivos, independientemente de que dichos servicios sean o no cubiertos por el plan estatal del AHCCCS. Las limitaciones y las exclusiones, aparte del requisito de rentabilidad y de necesidad médica, no se aplican a los servicios de EPSDT.

Una consulta preventiva infantil es sinónimo de una consulta de EPSDT, e incluye todos los servicios y los exámenes preventivos que se describen en el EPSDT del AHCCCS y en los programas de periodicidad dental.

Esto significa que, entre los servicios cubiertos de EPSDT, se incluyen los servicios con los que se tratan o alivian las afecciones de salud física y conductual, y las enfermedades diagnosticadas en un proceso de examen preventivo cuando esos servicios están dentro de uno de los grupos opcionales y obligatorios de “asistencia médica” según se define en la Ley de Medicaid.

Entre los servicios cubiertos dentro del EPSDT se incluyen todas las categorías de servicios que están en la ley federal, incluso si no se mencionan como servicios cubiertos dentro del plan estatal, de los estatutos, de las reglas o de las políticas del AHCCCS, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios y rentables.

En el EPSDT se incluye, entre otros, la cobertura de lo siguiente: los servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios, los servicios de laboratorio y radiografía, los servicios de médico, los servicios naturopáticos, los servicios de enfermería especializada, los medicamentos, los servicios dentales, los servicios de terapia, los servicios de salud conductual, el equipo médico, los dispositivos médicos y los suministros médicos, los ortopédicos, los dispositivos protésicos, los anteojos, el transporte, los servicios y suministros de planificación familiar, los servicios de cuidados preventivos de la mujer y los servicios de maternidad. En el EPSDT también se incluyen los servicios de diagnóstico, de exámenes preventivos, de prevención y de rehabilitación. Sin embargo, en los servicios del EPSDT no se incluyen los servicios que sean experimentales, con fines exclusivamente cosméticos o que no sean rentables en comparación con otras intervenciones.



Las consultas preventivas infantiles y las vacunas son importantes para bebés, niños y adolescentes. Las consultas preventivas infantiles ayudan a mantener sanos a los niños y adolescentes y a detectar problemas antes de que enfermen mediante servicios preventivos, dentales, de salud física, de salud conductual, de desarrollo y especializados adecuados a su edad. Las vacunas ayudan a proteger contra

muchas enfermedades. Puede ponerse en contacto con Servicios para miembros si necesita ayuda para concertar citas con el PCP de su hijo o si necesita ayuda para el transporte.

Cronograma de consultas preventivas infantiles:

- Recién nacido
- De 3 a 5 días
- Un mes
- A los 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses
- Anualmente de los 3 a los 20 años

La consulta de EPSDT/preventiva infantil incluye lo siguiente:

- Antecedentes completos de salud y desarrollo
- Exámenes y evaluación nutricional
- Servicios y exámenes de salud conductual
- Exámenes relacionados con el desarrollo
- Examen físico integral
- Vacunas
- Análisis de laboratorio
- Educación médica, asesoramiento y autogestión de enfermedades crónicas según la edad y el riesgo
- Exámenes de salud bucal
- Exámenes adecuados de visión, audición y lenguaje
- Exámenes de tuberculosis (TB) según la edad y el riesgo

Vacunas recomendadas por el Centro de Control de Enfermedades (CDC):

- Difteria, tétanos, tosferina (DTaP)
- Haemophilus influenzae tipo B (Hib)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Virus del papiloma humano (VPH)
- Influenza (Gripe)
- Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR)
- Antimeningocócica (Meningitis)
- Antineumocócica (Neumonía)
- Vacuna con el virus desactivado de la poliomielitis (VPI)
- Rotavirus (RV)

- Tétanos, difteria, tosferina (Tdap)
- Varicela

Atención para miembros embarazadas

Las mujeres miembro, o los miembros a quienes se les asignó el sexo femenino al nacer, tienen acceso directo a los servicios médicos preventivos y a los de cuidados preventivos por parte de un ginecólogo u otro proveedor de atención de maternidad dentro de la red de Molina sin la necesidad de tener una remisión de un Proveedor de atención primaria.

Si cree que puede estar embarazada, asegúrese de llamar a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711). Podemos ayudarla a programar una cita de inmediato con un gineco obstetra, con una enfermera partera certificada (Certified Nurse Midwife, CNM) o con una partera autorizada para que comience a recibir los cuidados prenatales.

Es importante elegir a un obstetra principal. Su obstetra principal se hará cargo de todas sus necesidades durante el embarazo. Recibir atención prenatal a tiempo, tan pronto como sospeche o sepa que puede estar embarazada, es importante para que usted y su bebé se mantengan sanos durante el embarazo. Si lo desea, puede elegir que su gineco obstetra sea su PCP. Si ha estado recibiendo atención prenatal antes de la fecha de inscripción, asegúrese de confirmar que su proveedor prenatal pertenezca a la red. Los miembros que se cambian a un nuevo plan de salud o se inscriben durante su tercer trimestre pueden completar la atención de maternidad con su actual proveedor registrado de AHCCCS para garantizar la atención continua.

Servicios para miembros le ayudará con sus dudas sobre la atención si su proveedor prenatal está fuera de la red.

Es importante que asista a todas sus citas. Algunos temas que debe tratar con su médico para reducir los riesgos para su salud y la de su bebé son los siguientes:

- Opciones de nutrición y estilo de vida. Tendrá que ajustar su dieta durante el embarazo para satisfacer las mayores necesidades de nutrientes a medida que se desarrolle su bebé. El consumo de tabaco, alcohol, algunos medicamentos, opiáceos y drogas ilícitas, así como los comportamientos de riesgo, como los que la exponen a sufrir lesiones o enfermedades de transmisión sexual, pueden repercutir en su salud durante el embarazo, además de provocar problemas de salud en su bebé.
- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El VIH es un virus que ataca al sistema inmunitario. Dificulta la lucha del organismo contra las infecciones y las enfermedades. Las mujeres embarazadas con VIH pueden transmitir este virus al bebé. Hacerse las pruebas durante el embarazo puede disminuir el riesgo de transmitir el VIH a su bebé.

- Bajo peso al nacer. Vigilar el crecimiento y desarrollo intrauterino del feto durante todo el embarazo es importante para reducir los riesgos que pueden tener los bebés que nacen antes de tiempo o con bajo peso. Algunos de los riesgos tras el nacimiento, aunque no todos, pueden ser problemas de alimentación, problemas respiratorios, retrasos en el desarrollo, retrasos intelectuales, infecciones, problemas de visión o audición.
- Exposición al plomo. El plomo es un metal tóxico que se encuentra en muchos productos. El plomo puede ser fácilmente ingerido, inhalado o absorbido por nuestro organismo. Las personas no siempre se enferman cuando están expuestas. El plomo en las mujeres embarazadas se transmite al bebé y puede aumentar el riesgo de parto prematuro, así como dañar directamente el corazón, los riñones y el sistema nervioso del bebé, y puede provocar problemas de aprendizaje o de comportamiento. La prevención y evitar la exposición constituyen la mejor vía de acción. Si se descubre a tiempo, puede ser posible reducir o eliminar la exposición y disminuir los daños posteriores.
- Opciones de parto, riesgos y beneficios asociados. Tiene la posibilidad de elegir entre varias opciones de parto. Explore con su proveedor los beneficios y riesgos de las opciones para usted y su estado de salud durante el embarazo. Los bebés que nacen a las 39 semanas o después tienen más posibilidades de nacer sanos que los que nacen antes de las 39 semanas.
- Trabajo de parto activo. Es importante saber cuándo está teniendo un trabajo parto activo normal, como sentir que el bebé desciende por el abdomen, el aumento del flujo vaginal y los tipos de contracciones. Su proveedor puede indicarle anticipadamente los pasos a seguir para minimizar el riesgo de complicaciones, preparándole para cuando llegue ese momento.
- Lactancia. La lactancia materna proporciona una nutrición esencial, se sabe que ofrece cierta protección contra las infecciones comunes de la infancia y disminuye el riesgo de muerte infantil por síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). En el caso de las madres, la lactancia puede ayudar a reducir el aumento de peso derivado del embarazo, y algunos tipos de cáncer, la diabetes de tipo dos y la hipertensión arterial son menos frecuentes entre las mujeres que dan el pecho. Su proveedor y los recursos de la comunidad, tales como la Línea Directa de Lactancia Materna del ADHS, están disponibles para ayudar con los desafíos de la lactancia materna, el uso de medicamentos y la gestión del regreso a la escuela/trabajo.
- El SMSL es la muerte súbita e inexplicable de un lactante. Coloque a los bebés boca arriba sobre una superficie firme para dormir. Los bebés que duermen boca arriba tienen menos probabilidades de morir de SMSL. Evite utilizar ropa de cama blanda, almohadas, peluches, colchones de agua en la cuna.
- Depresión. Hable con su médico si tiene sentimientos de ansiedad, pérdida de placer en cosas que antes disfrutaba, llora con frecuencia, no puede dormir, no

se siente conectada con su bebé en desarrollo, u otros sentimientos de tristeza o estrés. No es infrecuente tener síntomas de depresión durante el embarazo o el posparto. Si siente deseos de suicidarse, llame inmediatamente a la línea directa de prevención del suicidio para pedir ayuda.

Plazos para las citas por cuidados prenatales:

Plazo	¿Cuándo puede conseguir la cita?
Primer trimestre	Dentro de los 14 días de la solicitud de la cita
Segundo trimestre	Dentro de los siete días de la solicitud de la cita
Tercer trimestre	Dentro de los tres días de la solicitud de la cita
Embarazo de alto riesgo	Dentro de los tres días o inmediatamente si es una emergencia

Es importante que asista a todas sus citas. Tendrá citas antes de que el bebé nazca (prenatales) y también después de que nazca (posparto). Usted y su profesional médico deben programar su cita posparto en las tres semanas siguientes al parto, o antes si se le ha practicado una cesárea o presenta afecciones de alto riesgo.

Aunque no se sienta mal, asegúrese de asistir a la cita para que su proveedor evalúe cómo están usted y su bebé.

En el chequeo médico posparto, el médico hará lo siguiente:

- Asegurarse de que esté sanando.
- Controlar la depresión posparto.
- Realizar un examen pélvico para asegurarse de que los órganos reproductores vuelvan al estado previo al embarazo.
- Responder a las preguntas acerca de la lactancia y realizar un examen de mamas.
- Responder cualquier pregunta acerca de cómo retomar la actividad sexual y cuáles son las opciones anticonceptivas.

Si ha sufrido un aborto espontáneo, un mortinato o una muerte neonatal, es esencial que garantice el seguimiento con su proveedor de atención obstétrica.



Servicios de consejería y pruebas de VIH, para hombres y mujeres

Molina cubre las pruebas de VIH tanto para hombres como para mujeres de manera gratuita. Si la prueba resulta positiva, el tratamiento y el asesoramiento médico están a su disposición a través de los beneficios de su plan de salud.

Para hacerse la prueba, hable con su PCP o comuníquese con el departamento de salud local.

Se recomienda que todas las mujeres miembro embarazadas acudan a un médico para someterse a una prueba del VIH. Esta infección puede afectar a la salud durante el embarazo y transmitirse al bebé. Si la prueba del VIH/SIDA da positivo durante el embarazo, existe un tratamiento para mejorar la salud durante el embarazo y reducir las probabilidades de que el bebé se infecte.

La información y los recursos específicos sobre el VIH/SIDA publicados por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona pueden encontrarse en ADHS - [WhenYouKnow.org \(azdhs.gov\)](http://WhenYouKnow.org (azdhs.gov)).



Servicios y suministros de planificación familiar para hombres y mujeres

Los servicios y los suministros de planificación familiar pueden ayudar a evitar embarazos no deseados o a evitar contraer infecciones de transmisión sexual (ITS). Todos los miembros en edad reproductiva, sin importar el género, pueden obtener servicios y suministros de planificación familiar sin una remisión y sin costo alguno.

Estos están disponibles a través de su PCP, de su gineco obstetra y de los proveedores de planificación familiar que se señalan en nuestro Directorio de Proveedores, por ejemplo, las oficinas de Planned Parenthood que están en todo el estado.

No se necesita una remisión para obtener los servicios de planificación familiar por parte del PCP, del gineco obstetra y de los proveedores de planificación familiar. Puede obtener los servicios de estos proveedores incluso si están fuera de la red. Si su proveedor no pertenece a nuestra red, llame a Servicios para miembros.

En caso necesario, se ofrece asistencia para programar una consulta de planificación familiar y transporte médicamente necesario. Póngase en contacto con Servicios para miembros para obtener más información, ayuda para obtener o concertar una cita o preguntas sobre el transporte de ida y vuelta a las citas médicas.

Algunos ejemplos de servicios y suministros de planificación familiar son:

- Asesoramiento sobre anticoncepción y salud interconceptiva.
- Exámenes médicos, de laboratorio y procedimientos radiológicos asociados.
- Píldoras anticonceptivas.
- Inyecciones anticonceptivas administradas cada tres meses.
- Dispositivos intrauterinos (DIU) y anticonceptivos implantables.
- Diafragma (barrera vaginal extraíble).
- Capacitación sobre planificación familiar natural o remisión a profesionales médicos calificados.
- Examen preventivo de ITS.
- Preservativos. Espumas, supositorios.
- Anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC, por sus siglas en inglés), incluidos los Anticonceptivos reversibles de acción prolongada en el posparto inmediato (IPLARC, por sus siglas en inglés).
- Píldora anticonceptiva de emergencia (píldora que se toma después de una relación sexual sin protección para evitar un embarazo).
- Asesoramiento de planificación familiar.
- Ligadura de trompas (esterilización para mujeres mayores de 21 años).
- Vasectomía (esterilización para hombres mayores de 21 años).

Llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST) para obtener una lista completa de servicios y suministros de planificación familiar.

Es importante que permanezca seguro, incluso si pierde sus beneficios de salud. En caso de que pierda la elegibilidad para los servicios del AHCCCS, podemos ayudarlo a encontrar servicios de planificación familiar de bajo costo o sin costo alguno. No necesita una remisión para elegir a un proveedor de planificación familiar.

A continuación, le indicamos algunos recursos disponibles que pueden ayudarlo:

Recurso	Información de contacto
Planned Parenthood	(800) 230-7526
Línea Directa con el Departamento de Servicios de Salud de Arizona	(800) 833-4642



Interrupciones del embarazo médicamente necesarias

La interrupción del embarazo es un servicio cubierto del AHCCCS solo en situaciones especiales. El AHCCCS cubre la interrupción del embarazo si se cumple con uno de los siguientes criterios:

1. La persona embarazada tiene un trastorno, una lesión o una enfermedad física, que puede incluir las afecciones posiblemente mortales que se producen por el embarazo en sí mismo o que surjan a partir de este, y que, según lo certifique un médico, pongan a la miembro en peligro de muerte, a menos que se interrumpa el embarazo.
2. El embarazo se produjo por un incesto.
3. El embarazo se produjo por una violación.
4. La interrupción del embarazo es médicamente necesaria según el criterio clínico de un médico autorizado, que atestigua que la continuación del embarazo podría suponer, en forma considerable, un problema de salud físico o conductual grave para la persona embarazada debido a lo siguiente:
 - a. Genera un problema de salud físico o conductual grave para la miembro embarazada.
 - b. Afecta gravemente una función corporal de la embarazada.
 - c. Provoca una disfunción de un órgano o parte del cuerpo de la persona embarazada.
 - d. Exacerba un problema de salud de la persona embarazada.
 - e. Evita que la miembro embarazada reciba un tratamiento por algún problema de salud.



Beneficios dentales

Creemos que darle a usted o a su hijo acceso a buenos cuidados dentales es importante para la salud. Entre los servicios cubiertos se incluyen los servicios dentales habituales y de rutina, tales como los chequeos dentales preventivos, las limpiezas, las radiografías, los empastes y otros servicios, a fin de controlar si hay cambios o anomalías para los cuales pueda necesitar un tratamiento o atención de seguimiento. El tipo de cuidado que usted recibe depende de la edad en el momento en que lo recibe.

Servicios dentales para niños

Se recomienda que la primera visita de un niño al dentista para un examen dental comience al año de edad. El seguimiento preventivo repetido debe continuar cada seis meses, según lo indique el estado de riesgo del niño o su susceptibilidad a la enfermedad. Los miembros menores de 21 años no necesitan ser remitidos para recibir cuidados dentales preventivos y no tienen que abonar ningún copago por las visitas de cuidados dentales preventivos.

Si usted o su hijo es menor de 21 años, se les brindará un hogar dental. Un hogar dental significa que usted o su hijo tienen un dentista asignado que trabaja con usted para satisfacer todas sus necesidades de cuidados dentales, según sea necesario. Además, el hogar dental hará lo siguiente:

- Completar los cuidados dentales.
- Crear un plan de salud dental ideal para usted.
- Orientarlo acerca de la dieta y el crecimiento.
- Brindarle información acerca de cómo cuidar los dientes correctamente.

Si usted o su hijo necesitan consultar a un especialista, el hogar dental se comunicará con usted para programar su atención o la de su hijo.

Cuando se inscriba con nosotros, le asignaremos un hogar dental. Si su hijo tiene menos de seis (6) meses de edad, se le asignará un hogar dental a los seis meses de edad o al incorporarse a Molina Healthcare.

Le enviaremos a usted o a su hijo un aviso por correo con el nombre y la ubicación de su hogar dental. Puede llamar a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) para elegir o cambiar su proveedor u hogar dental en cualquier momento.

Los cuidados dentales habituales son un elemento importante para estar sanos. Queremos que reciba la atención que necesita. Recibirá avisos cuando se aproxime un examen dental preventivo suyo o de su hijo, así como recordatorios cuando quede uno pendiente.

Servicios dentales para adultos

Si tiene más de 21 años, Molina Healthcare cubrirá los servicios dentales solo en situaciones de emergencia. Los siguientes servicios son algunos de los beneficios de emergencia que cubrimos:

- Exploración bucodental focalizada en el dolor dental o bucal en particular.
- Radiografía del o de los dientes que le duelan.
- Resina utilizada para sellar una fractura dental reciente.
- Extracción de un diente que le duela.
- Corona prefabricada utilizada para calmar el dolor dental de una fractura dental reciente.
- Endodoncia cuando sea necesario para detener una infección o calmar el dolor.

Se cubren estos servicios hasta un beneficio de \$1000 por miembro al año.

Citas dentales

Para programar una cita, llame a su dentista. Si necesita ayuda para programar una cita o conseguir un dentista, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711). Asegúrese de asistir a sus citas dentales.

Si necesita cambiar o cancelar una cita, llame al dentista o al hogar dental tan pronto como pueda.

Cuando vaya al dentista, muestre la tarjeta de identificación del miembro de Molina Healthcare. No hay una tarjeta independiente de identificación dental de Molina.





Cómo obtener sus medicamentos

Para obtener medicamentos nuevos

Cuando su médico le haga una receta médica, pídale que envíe su receta a una farmacia cercana que trabaje con Molina. Encontrará esta lista en el Directorio de proveedores en [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com).

O puede llevar la receta médica a la farmacia y entregarla usted mismo.

Para obtener medicamentos que ya toma

Si ya obtiene los medicamentos en una farmacia que no está en nuestra lista, deberá elegir una nueva de la lista de farmacias con las que trabajamos. Solicítele a su nueva farmacia que consiga su receta médica de la farmacia anterior.

Si necesita los medicamentos de inmediato

Si tuvo una emergencia y necesita que se le suministre un medicamento fuera del horario de atención, o durante un fin de semana o un día feriado, puede ir a cualquiera de las farmacias de la red de Molina. En nuestra lista de farmacias se muestran cuáles están abiertas las 24 horas del día.

Si Molina no paga su medicamento, la farmacia puede llamar a la Línea de ayuda farmacéutica, que está disponible las 24 horas, al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) y preguntar si el medicamento es elegible para una anulación de emergencia.

Si tiene problemas para obtener los medicamentos en la farmacia

Si usted está en la farmacia (a veces, se la llama punto de venta) y no puede obtener el medicamento, la farmacia puede llamar a Molina al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711). No pague el medicamento por su cuenta.

El suministro de algunos medicamentos tiene límites o requiere la aprobación previa de un médico.

Restricciones de farmacias/proveedores

En Molina se monitorean con regularidad tanto los medicamentos controlados como los que no lo son. Queremos que esté seguro y sano; por lo tanto, si recurre a varias farmacias o toma distintos medicamentos, es posible que se le asigne solo una farmacia o un proveedor, o un proveedor y una farmacia para todas sus recetas médicas.

Esto podría suceder en los siguientes casos:

- Recurre a cuatro farmacias o más.
- Asiste a cuatro médicos o más, y tiene cuatro medicamentos o más incluidos en la lista de monitoreo.
- Se le han suministrado 12 recetas de medicamentos controlados o más en los últimos tres meses.

Si se le asigna una farmacia o un proveedor, le enviaremos una carta informándole el motivo, junto con información acerca de cómo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal, el plazo para hacerlo y el proceso que conlleva. Tiene 30 días calendario a partir de la fecha de la carta para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.

Envíe por correo su solicitud por escrito de una Audiencia Imparcial Estatal a la siguiente dirección:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievance Department
5055 E Washington St, Suite 210
Phoenix, AZ 85034

Si necesita ayuda para presentar una apelación o si tiene preguntas acerca de esta información, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST).



Evaluaciones y determinaciones de enfermedades mentales graves (SMI) y trastornos emocionales graves (SED)

Sabemos que mantenerse sano implica tener acceso a atención médica para el cuerpo y la mente. Con sus beneficios del AHCCCS Complete Care, usted recibe servicios de salud física y conductual.

El beneficio de salud conductual de Molina incluye visitas ambulatorias de salud mental y trastornos por consumo de sustancias (en consultorio o telesalud), pruebas psicológicas y neuropsicológicas, salud psiquiátrica domiciliaria, salud conductual para pacientes hospitalizados, tratamiento por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados, programas de tratamiento residencial y puede incluir servicios a través de un programa de tratamiento de opioides. Además, los beneficios de salud conductual pueden ofrecer a los beneficiarios servicios de salud conductual en régimen hospitalario y ambulatorio. Los miembros pueden acceder a estos servicios directamente mediante una autoremisión o a través de remisiones de proveedores. Los miembros también pueden llamar al (800) 424-5891, (TTY/TDD: 711) y solicitar hablar con un administrador de atención para que le ayude con sus preguntas sobre salud conductual.

Evaluación y determinación por enfermedades mentales graves

Molina ha contratado proveedores que realizan evaluaciones de enfermedades mentales graves (SMI):

- Un miembro, un familiar, un proveedor o cualquier agencia comunitaria debe solicitar una evaluación de SMI y no tiene copago.
- Usted debe tener al menos 17 años y medio para recibir una evaluación de SMI.
- El proveedor que realiza la evaluación de SMI debe recibir antes de la prueba un consentimiento por escrito, de parte suya o del responsable de tomar decisiones acerca de su atención médica.
- Usted o el responsable de tomar decisiones acerca de su atención médica recibirá información sobre sus derechos y sobre el proceso de apelación.



- Para recibir servicios de SMI debe tener un diagnóstico elegible de SMI y una discapacidad funcional (derivados del diagnóstico).

¿Cómo obtener servicios de SMI o SED?

Cualquiera puede remitirle o usted puede autoremitirse para una evaluación de SMI. Puede solicitar que las siguientes personas lo consideren para una SMI:

- Administrador de atención de salud conductual.
- Proveedor.
- Plan de salud.
- La Autoridad Regional de Salud Conductual de una Tribu (Tribal Regional Behavioral Health Authority, TRBHA).
- El Departamento de Correcciones, Rehabilitación y Reingreso de Arizona (Arizona Department of Corrections Rehabilitation and Reentry, ADOCRR).
- El Departamento de Correcciones Juveniles de Arizona (Arizona Department of Juvenile Corrections, ADJC).
- Solari Crisis & Human Services.
- Equipo de hospitalización.

Si usted ya recibe servicios de un proveedor del AHCCCS, puede pedirle a su proveedor que envíe una solicitud de servicios de SMI.

En Molina hay proveedores dentro de la red que están aprobados para realizar evaluaciones de SMI. Si usted o el responsable de tomar decisiones acerca de su atención médica necesita ayuda para encontrar un proveedor calificado, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711). Una vez que solicite una evaluación de SMI, el proveedor calificado le programará una cita. Su cita se

programará a más tardar en un plazo de siete (7) días laborales a partir de la fecha en que llamó y solicitó la evaluación.

Si se encuentra en un hospital psiquiátrico para pacientes internados, el personal del hospital puede ayudarlo a solicitar una evaluación de SMI. La evaluación de SMI se realizará mientras esté en el hospital. Se utilizará la información de su estadía para saber si puede recibir beneficios de SMI.

Luego de completar la evaluación, el proveedor le enviará toda la información a Solari. Solari es un proveedor estatal que se encarga de revisar la elegibilidad de los miembros para recibir beneficios de SMI en Arizona.

Solari le enviará una carta por correo en un plazo de tres (3) días laborales a partir de la fecha en que se reunió con el proveedor calificado para realizar la evaluación y le informará cuál es la decisión final acerca de su evaluación de SMI. Esto se denomina “aviso de decisión”. En esta carta se le explicará el motivo si se determina que usted no es elegible para recibir los servicios de SMI. Tiene derecho a apelar esta decisión. Para presentar una apelación, comuníquese con Solari por teléfono al (855)-832-2866. También puede escribirles y enviar su apelación por correo a la siguiente dirección:

Solari Crisis and Human Services
1275 West Washington Street
Suite 210
Tempe, AZ 85281

En la carta del Aviso de Decisión se incluirá información acerca de sus derechos como miembro y acerca de cómo apelar la decisión de SMI.

Si se le aprueban los servicios de SMI al miembro, Molina trabajará con la Autoridad regional de salud conductual (ACC-RBHA) responsable, para asegurarse de que usted tenga una transición sin problemas.

Los miembros que se determine que tienen una enfermedad mental grave y que estén inscritos en un plan de salud para recibir servicios de salud física y conductual, pueden solicitar un plan diferente a fin de obtener sus servicios de salud física. Esto se denomina “solicitud de exclusión voluntaria”. Solo se aprobará la exclusión voluntaria del miembro en una de las siguientes condiciones:

1. la red no permite elegir entre al menos dos PCP o no cuenta con un proveedor especializado necesario,
2. el médico que lo trata actualmente dice que es necesario continuar el tratamiento,
3. hay pruebas de perjuicio o trato injusto.

Si desea solicitar una exclusión voluntaria, comuníquese con Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST).

Si no se le aprueban los servicios de SMI al miembro, permanecerá con Molina para todos los servicios cubiertos de salud conductual.

Perspectiva de Arizona para la prestación de servicios de salud conductual

Todos los servicios de salud conductual se prestan según los siguientes principios del sistema. El AHCCCS apoya la administración de un sistema de prestación de salud conductual que sea coherente con los valores, principios y objetivos del AHCCCS:

1. acceso oportuno a la atención,
2. culturalmente competente y lingüísticamente apropiado,
3. fomento de prácticas con base en pruebas a través de la innovación,
4. expectativa de mejora continua de la calidad,
5. participación del miembro y sus familiares en todos los niveles del sistema, y
6. cooperación con toda la comunidad.

Los 12 principios para la prestación de servicios a niños:

1. Colaboración con el niño y con la familia:
 - a. El respeto a los niños y a los padres, y la colaboración activa con ellos son el pilar fundamental para lograr resultados positivos en la salud conductual.
 - b. Durante el proceso de evaluación, y durante la planificación, la prestación y la evaluación de los servicios de salud conductual, se trata a los padres y a los niños como compañeros, y sus preferencias se toman en serio.
2. Resultados funcionales:
 - a. Los servicios de salud conductual están pensados y se implementan para ayudar a los niños a tener éxito en la escuela y en la convivencia con su familia, evitar la delincuencia, y lograr convertirse en adultos estables y productivos.
 - b. La implementación del plan de servicios de salud conductual estabiliza la afección del niño y minimiza los riesgos de seguridad.
3. Colaboración con otros:
 - a. Cuando los niños participan en varias agencias y en varios sistemas, se desarrolla una evaluación conjunta y se implementa un plan de servicios de salud conductual en forma colaborativa.
 - b. Equipos centrados en el cliente planifican y prestan los servicios.
 - c. El equipo de cada niño está formado por el niño, los padres, los padres adoptivos y cualquier persona que sea importante en la vida del niño a quien el niño o los padres inviten a participar. En el equipo también se incluye a todas las demás personas necesarias para desarrollar un plan eficaz, por ejemplo, según corresponda, el maestro del niño, el asistente social del Departamento de Seguridad Infantil (DCS, por sus siglas en inglés) o del Departamento de Discapacidades del Desarrollo (DDD, por sus siglas en inglés), y el responsable de la supervisión del niño.

- d. El equipo realiza lo siguiente:
 - i. Desarrolla una evaluación común de las fortalezas y las necesidades del niño y de la familia.
 - ii. Desarrolla un plan de servicio personalizado.
 - iii. Monitorea la implementación del plan.
 - iv. Realiza ajustes en el plan si no da buenos resultados.
- 4. Servicios accesibles:
 - a. Los niños tienen acceso a una amplia gama de servicios de salud conductual que son suficientes para garantizar que reciban el tratamiento que necesitan.
 - b. Se proporciona la Administración de atención según sea necesaria.
 - c. En los planes de servicios de salud conductual se identifica el transporte que necesitan los padres y los niños para acceder a los servicios de salud conductual, y cómo se brindará la asistencia de transporte.
 - d. Los servicios de salud conductual se adaptan o se crean cuando son necesarios, pero no están disponibles.
- 5. Prácticas recomendadas:
 - a. Las personas brindan los servicios de salud conductual son competentes, están capacitadas y son supervisadas.
 - b. Los servicios de salud conductual se prestan según las pautas que se incorporan en las “prácticas recomendadas” con base en evidencia.
 - c. Con los planes de servicios de salud conductual se identifican y abordan en forma apropiada los síntomas conductuales relacionados con los siguientes problemas: trastornos del aprendizaje, problemas por consumo de sustancias, necesidades especializadas de salud conductual de niños que tienen discapacidades de desarrollo, antecedentes de trauma (p. ej., abuso o negligencia) o experiencias traumáticas (p. ej., la muerte de un familiar o un desastre natural), conductas sexuales inadaptadas, conductas ofensivas y conductas riesgosas. En los planes de servicio también se aborda la necesidad de estabilidad y de fomento de la permanencia en los miembros de la clase, en especial, la de los que están bajo cuidado tutelar.
 - d. Los servicios de salud conductual se evalúan y modifican constantemente si son ineficaces para lograr los resultados deseados.
- 6. Entorno más apropiado:
 - a. en la medida de lo posible, a los niños se les brindan servicios de salud conductual en su hogar y comunidad, y
 - b. los servicios de salud conductual se brindan en el entorno más integrado y apropiado para las necesidades del niño. Cuando se brindan en un entorno residencial, el entorno es el más integrado y más parecido al hogar que sea apropiado para las necesidades del niño.

7. Cronología:
 - a. Cuando se identifica la necesidad de servicios de salud conductual en niños, se los evalúa y atiende lo antes posible.
8. Servicios personalizados para el niño y la familia:
 - a. Las fortalezas y las necesidades únicas de los niños y de su familia determinan el tipo, la combinación y la intensidad de los servicios de salud conductual que se proporcionan.
 - b. Se anima a los padres y a los niños a que expresen sus fortalezas y necesidades, las metas que están buscando y los servicios que piensan que requieren para cumplir con estos objetivos, y se los ayuda a fin de que las alcancen.
9. Estabilidad:
 - a. con los planes de servicios de salud conductual, se aspira a minimizar las colocaciones múltiples,
 - b. los planes de servicios identifican si hay riesgo de alterar la colocación del miembro de la clase y, de ser así, identificar las medidas que se deben tomar para minimizar o eliminar el riesgo,
 - c. los planes de servicios de salud conductual anticipan las crisis que pudieran desarrollarse y se elaboran estrategias y servicios específicos que se emplearían en caso de que se desarrolle la crisis,
 - d. al adaptarse a las crisis, el sistema de salud conductual utiliza todos los servicios de salud conductual apropiados para ayudar a que el niño permanezca en la casa, minimizar las alteraciones de la colocación y evitar el uso inapropiado del sistema policial y del sistema de justicia criminal, y
 - e. los planes de servicios de salud conductual anticipan y planifican adecuadamente las transiciones en la vida del niño, entre ellas, las transiciones a escuelas y colocaciones nuevas, y las transiciones a los servicios para adultos.
10. Respeto por la herencia cultural particular del niño y la familia:
 - a. los servicios de salud conductual se brindan de forma que respeten la tradición y la herencia cultural del niño y de la familia, y
 - b. los servicios se brindan en español a los niños y padres cuyo idioma principal es el español.
11. Independencia:
 - a. entre los servicios de salud conductual se incluyen el apoyo y la capacitación de los padres, a fin de que cumplan con las necesidades de salud conductual de sus hijos, así como el apoyo y la capacitación de los niños, a fin de que puedan autogestionarse, y
 - b. los planes de servicios de salud conductual identifican la necesidad de los padres y niños de recibir apoyo y capacitación para participar como compañeros durante el proceso de evaluación, y en la planificación, la prestación y la evaluación de los servicios, se asegura además de que dicho apoyo y capacitación (que incluye la asistencia de transporte, las charlas previas y la ayuda para comprender los materiales escritos) estén disponibles.



12. Relación con apoyos naturales:

- a. el sistema de salud conductual identifica y utiliza en forma apropiada los apoyos naturales que están disponibles en la propia red de compañeros del niño y de los padres (por ejemplo, amigos y vecinos), y en las organizaciones comunitarias (por ejemplo, organizaciones religiosas y de servicio).

Nueve principios guía para los servicios y los sistemas de salud conductual para adultos orientados a la recuperación

1. Respeto: el respeto es el pilar fundamental. Encontrarse al individuo en donde está, sin juzgarlo, con gran paciencia y compasión.
2. Los individuos en recuperación eligen los servicios y se los incluye en la toma de decisiones y en las iniciativas de desarrollo del programa: un individuo que está en recuperación tiene voz y voto. La independencia para impulsar servicios, tomar decisiones acerca del programa y determinar el desarrollo del programa es posible, en parte, mediante la dinámica continua de la educación, el debate y la evaluación, con lo cual se crea un “consumidor informado” y la gama más amplia posible de opciones para tomar la decisión. Las personas que están en recuperación deben participar en todos los niveles del sistema, desde la administración hasta la prestación del servicio.

3. Se centra en el individuo como una persona completa, a la vez que incluye o desarrolla los apoyos naturales: al individuo que está en recuperación se la considera como un todo, capaz, competente y respetado por sus opiniones y sus decisiones. Por lo tanto, el énfasis recae en facilitar la mayor autonomía posible y el estilo de vida más natural y equilibrado. Esto incluye el acceso y participación en los apoyos naturales y en los sistemas sociales particulares de la comunidad social de la persona.
4. Empodera a los individuos para que tomen pasos hacia la independencia y que asuman riesgos sin miedo al fracaso: un individuo que está en recuperación logra la independencia a través de la exploración, la experimentación, la evaluación, la contemplación y la acción. Se genera un clima en el que se alientan y refuerzan las medidas que las guíen hacia la independencia en un entorno en el que se valoran la seguridad y el riesgo como elementos que promueven el crecimiento.
5. Participación e integración en la comunidad que uno elija y cooperación con ella: un individuo que está en recuperación es un miembro valioso y contribuyente de la sociedad, y, como tal, merece ser parte de la comunidad y beneficiarla. Dicha integración y participación enfatiza la función de la persona como parte vital de la comunidad; la dinámica de la comunidad es parte integral de la experiencia humana. Se valora el servicio comunitario y el voluntariado.
6. Colaboración entre los individuos, el personal y los familiares/apoyos naturales para tomar decisiones compartidas con base en la confianza: un individuo que está en recuperación, como cualquier otro miembro de una sociedad, encuentra fortaleza y apoyo en sus colaboraciones. Las alianzas con base en la compasión y centradas en la optimización de la recuperación fortalecen la autoestima, amplían la comprensión de todos los participantes y conducen a la creación de protocolos y resultados óptimos.
7. Los individuos en recuperación definen su propio éxito: un individuo en recuperación (mediante su declaración) descubre el éxito, en parte, por los resultados de la calidad de vida, que pueden incluir una mayor sensación de bienestar, una mayor integración en la comunidad y una mayor independencia. Las personas en recuperación son expertas en sí mismas y en definir sus metas y los resultados que desean.
8. Servicios flexibles y receptivos basados en las fortalezas y que reflejan la preferencia cultural del individuo: un individuo que está en recuperación espera y merece servicios flexibles, oportunos, receptivos, accesibles, disponibles, confiables, responsables y sensibles a las tradiciones y valores culturales. Un individuo en recuperación es la fuente de su propia fortaleza y resiliencia. Quienes funcionan como apoyo y facilitadores identifican, exploran y optimizan las fortalezas que la persona demuestra como herramientas para generar una mayor autonomía y eficacia en la vida.

9. La esperanza es la base para el recorrido hacia la recuperación: un individuo en recuperación tiene la capacidad de mantener la esperanza y progresa más con las colaboraciones que fomentan la esperanza. A través de la esperanza, un futuro de posibilidades enriquece la experiencia de vida y crea un ambiente que favorece la realización de resultados positivos inusuales e inesperados. Se considera que un individuo en recuperación tiene un potencial y posibilidades ilimitados.



Clínica Interdisciplinaria de Especialidades Múltiples (MSIC)

Una MSIC es una clínica en la que especialistas de diferentes áreas se reúnen con niños y sus familias para proporcionarles un cuidado integral.

Hay diferentes tipos de proveedores y servicios en la MSIC, que incluyen:

- medicina general: un Proveedor de atención primaria
- fisioterapia: terapia para ayudar a tratar el dolor mediante el movimiento y el ejercicio
- terapia ocupacional: terapia para ayudar a que aprenda o vuelva a aprender cómo realizar actividades cotidianas
- terapia del habla: terapia para ayudar a que aprenda a hablar, tragar y comer
- audiología: proveedores que tratan la pérdida auditiva y las afecciones auditivas
- cirugía plástica: proveedores que ayudan a reparar y reconstruir la piel de una persona
- ortopedia: proveedores que tratan los huesos y las articulaciones
- neurología: proveedores que tratan asuntos relacionados con el sistema nervioso y el cerebro.

Cómo programar, cambiar o cancelar una cita en una MSIC

Si desea programar una cita en una MSIC, llame al número de teléfono indicado para el consultorio. Infórmeles el tipo de cita que necesita su hijo y lo ayudarán a programarla.

Asegúrese de asistir a la cita. Anótela en un calendario o escriba una nota para recordar la fecha y la hora. Si surge un imprevisto y no puede acudir a la consulta con el proveedor ese día, llame tan pronto como lo sepa para reprogramar su cita.

Si necesita ayuda para programar una cita o acudir a su consulta, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

MSIC que trabajan con Molina

DMG Children's Rehabilitative Services

3141 N 3rd Avenue
Phoenix, AZ 85013
(602) 914-1520
(855) 598-1871
Dmgcrs.org

Children's Rehabilitative Services

1200 North Beaver
Flagstaff, AZ 86001
(928) 773-2054
(800) 232-1018
Flagstaffmedicalcenter.com

Children's Clinics

Square & Compass Building
2600 North Wyatt Drive
Tucson, AZ 85712
(520) 324-5437
(800) 231-8261
Childrensclinics.org

Children's Rehabilitative Services

Tuscany Medical Plaza
2851 S Avenue B, Suite
25 Yuma, AZ 85364
(928) 336-7095
(800) 837-7309
Yumaregional.org

Programa de servicios de Rehabilitación para Niños (CRS)

¿Qué es el CRS?

Los servicios de rehabilitación para niños (Children's Rehabilitative Services, CRS) es una designación otorgada a ciertos miembros del AHCCCS con ciertas afecciones de salud. Los miembros con una designación CRS pueden obtener los mismos servicios cubiertos por el AHCCCS que los miembros sin CRS y pueden recibir cuidados en la comunidad o en clínicas interdisciplinarias de especialidades múltiples (MSIC).

Las MSIC reúnen a muchos proveedores especialistas en un solo lugar. El plan de salud ayuda a un miembro con designación CRS mediante la coordinación de atención y un monitoreo más detallados para asegurarse de que se cumplan sus necesidades especiales de atención médica.

La división de Servicios para miembros (DMS, por sus siglas en inglés) del AHCCCS determina la elegibilidad para obtener la designación CRS.

¿Quién es elegible para obtener la designación CRS?

Los miembros del AHCCCS pueden ser elegibles para obtener una designación CRS cuando:

- son menores de 21 años, y
- padecen una afección que permite que reciban los beneficios del programa de CRS.

La afección médica debe:

- requerir tratamiento activo,
- cumplir con los criterios especificados en R9-22-1301-1305, según la DMS del AHCCCS.

Cualquier persona puede llenar una solicitud de CRS, incluido un familiar, un médico o un representante del plan de salud. Para solicitar los beneficios de una designación CRS, envíe los siguientes documentos por correo o fax:

- una solicitud de CRS completada,
- documentación médica que muestre que la persona solicitante padece una afección por la cual puede recibir los beneficios del programa de CRS y que requiere tratamiento activo.

Molina brindará la atención médicamente necesaria de servicios de salud física y conductual, y la atención para la afección de CRS.

Comité Consultivo de Miembros (MAC)

El Comité Consultivo de Miembros (MAC, por sus siglas en inglés) es un grupo de miembros, familias de miembros y organizaciones comunitarias. Trabajan juntos para comprender mejor sus necesidades.

Sus comentarios ayudan a mejorar los beneficios y servicios que obtiene de Molina. El MAC se reúne una vez al mes para hablar sobre:

- Comunicaciones y materiales para los miembros.
- Acceso a servicios de atención médica.
- Recursos
- ¡Y mucho más!

Siempre estamos buscando miembros nuevos que deseen ayudarnos a hacer de Molina un mejor plan de salud para todos los miembros. Su experiencia, conocimientos y punto de vista son muy importantes para nosotros.

Inscríbese en MAC y haga escuchar su voz.

La solicitud del MAC está en línea en molinahealthcare.com/members/az/en-us/mem/medicaid/member-materials-and-forms.aspx.

Si desea unirse al MAC, envíe un correo electrónico a MCCAZ-OIFA@MolinaHealthcare.com. Puede llamar también a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).



Solicitud de aprobación de la atención

Necesita obtener autorización antes de recibir algunos tratamientos, servicios y medicamentos, o para continuar recibéndolos. Esto se denomina autorización previa. Usted, su médico o alguien de su confianza pueden solicitar una autorización previa. Una aprobación nos ayuda a saber si ciertos servicios o procedimientos son médicamente necesarios.

Molina analiza algunos servicios con sus proveedores antes de que usted los reciba para asegurarse de que sean apropiados y necesarios. Usted contará con la ayuda de su proveedor para que Molina autorice un servicio cuando este requiera una autorización.

Algunos ejemplos de servicios que requieren autorización previa son cirugías ambulatorias, suministros médicos (como sillas de ruedas), hospitalizaciones, gestión del dolor, trasplantes y dispositivos ortopédicos y protésicos. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios que requieren una autorización previa, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

Muchos servicios no requieren una autorización. Molina no recompensa a los proveedores ni a nuestro propio personal por denegar cobertura o servicios.

Las decisiones se basan en lo que es correcto para cada miembro y en el tipo de atención y servicios que se necesitan.

Analizamos los estándares de atención según los siguientes factores:

- políticas médicas,
- pautas clínicas nacionales,
- pautas de Medicaid,
- sus beneficios de salud.

Molina Healthcare no recompensa a empleados, especialistas u otros proveedores por:

- denegar el cuidado o los servicios que necesita,
- apoyar decisiones que aprueben menos de lo que necesita,
- decirle que no tiene cobertura.

Una autorización no es una garantía de pago. Los miembros deben ser elegibles en el momento en que se prestan los servicios. Los servicios deben ser beneficios cubiertos del plan de salud y medicamento necesarios, y deben contar con una autorización previa según la política y los procedimientos del plan. Es responsabilidad del miembro/proveedor verificar si hubo cambios en los requisitos de autorización previa.

Después de que recibimos la solicitud

Molina tiene un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios médicamente necesarios. Los médicos y enfermeros forman parte de este equipo. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Para ello, verifican su plan de tratamiento de acuerdo con los estándares médicamente aceptables.

Los estándares que utilizamos para determinar los servicios que son médicamente necesarios no pueden ser más limitantes que aquellos que utiliza el AHCCCS. La decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por una cantidad menor que la solicitada se denomina “determinación (decisión) adversa de beneficios”. Estas decisiones son tomadas por un profesional de atención médica calificado.

Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, toma la decisión un profesional médico o especialista de salud conductual, que puede ser un médico u otro profesional de atención médica que generalmente brinda la atención que usted solicitó.

Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados “criterios de revisión clínica”, que se utilizaron para tomar la decisión relacionada con la necesidad médica.

Después de recibir la solicitud, la revisaremos según un proceso de revisión estándar o acelerado (rápido). Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si creen que un retraso provocará daños graves a su salud.

Le informaremos si se deniega la solicitud de una revisión acelerada y se revisará su caso conforme al proceso estándar de revisión.

Información sobre las restricciones a la libertad de elección

Tiene derecho a elegir con qué proveedor se atenderá. Consulte las secciones *Su Proveedor de atención primaria* y *Consultar a un especialista* para obtener información sobre cómo buscar un proveedor. Es posible que los proveedores no acepten pacientes nuevos debido a que ya alcanzaron su límite de pacientes. En este caso trabajaremos con usted para ayudarlo a encontrar un proveedor que acepte pacientes nuevos.



Copagos

Algunas personas que obtienen beneficios de Medicaid del AHCCCS deben pagar copagos por algunos de los servicios médicos del AHCCCS que reciben.

*Nota: los copagos mencionados en esta sección se refieren a los copagos que se cobran en virtud de Medicaid (AHCCCS). No significa que una persona esté exenta de pagar los copagos de Medicare.

Las siguientes personas no deben pagar copagos:

- Niños menores de 19 años.
- Personas que se consideren enfermas mentales graves (SMI).
- Una persona designada elegible para acceder a los servicios de rehabilitación para niños (CRS) conforme al Artículo 13, Capítulo 22, del Título 9 del Código Administrativo de Arizona (A.A.C.).
- Los miembros de los programas ACC, ACC-RBHA y CHP que residan en centros de enfermería o centros de cuidado residencial, como un hogar de asistencia para las actividades de la vida diaria, y solo cuando la afección médica del miembro de otro modo requeriría una hospitalización. La exención de pagar los copagos para estos miembros se limita a 90 días en un año de contrato:
- personas inscritas en el Sistema de Cuidado a Largo Plazo de Arizona (Arizona Long Term Care System, ALTCS).
- personas que pueden recibir los beneficios de Medicare,
- personas que reciben un cuidado paliativo,
- miembros indígenas de los EE. UU. que son usuarios activos o anteriores de los Servicios de Salud para Indígenas Americanos, programas de salud tribal operados según la Ley Pública 93-638 o programas de salud para indígenas urbanos,
- personas que forman parte del Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP),
- personas que reciben servicios de asistencia pública infantil según el Título IV-B debido a que son niños en hogares de acogida, en situación de adopción o con asistencia de un sistema de acogida según el Título IV-E, independientemente de la edad,
- personas embarazadas y durante el periodo de posparto,
- personas del grupo de adultos (por un tiempo limitado**).

****NOTA:** por un tiempo limitado, las personas del grupo de adultos que sean elegibles no deberán pagar copagos. Los miembros del grupo de adultos incluyen a las personas a las que cambiaron del programa Care de AHCCCS, así como a aquellas que tienen entre 19 y 64 años, que no están autorizadas a acceder a los servicios de Medicare,

que no están embarazadas, que tienen ingresos por debajo del 133% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) y que no son elegibles para acceder al AHCCCS bajo ninguna otra categoría. En el futuro se planean copagos para las personas del grupo de adultos con ingresos superiores al 106% del FPL. Se informará a los miembros sobre cualquier cambio en los copagos antes de que ocurran.

Además, no se cobran copagos por los siguientes servicios a ninguna persona:

- hospitalizaciones,
- servicios de emergencia,
- servicios y suministros de planificación familiar,
- atención médica relacionada con el embarazo y cualquier afección que pueda complicar el embarazo, incluido el tratamiento para dejar de fumar dirigido a mujeres embarazadas,
- servicios médicos preventivos, tales como consultas preventivas, pruebas de Papanicoláu, colonoscopias, mamografías y vacunas,
- servicios médicos preventivos por parte del proveedor, y
- servicios recibidos en el departamento de emergencias.

Personas con copagos opcionales (no obligatorios)

A las personas elegibles para acceder al AHCCCS mediante cualquiera de los programas mencionados a continuación se les pueden cobrar copagos no obligatorios, a menos que:

1. estén recibiendo uno de los servicios antes mencionados en virtud de los cuales no se les puede cobrar un copago, o
2. estén en uno de los grupos antes mencionados, a los que no se les puede cobrar un copago.

Los copagos no obligatorios también se denominan “copagos opcionales”. Si un miembro tiene un copago no obligatorio, entonces un proveedor no puede denegar el servicio si el miembro indica que no puede pagarlo. El proveedor puede cobrarles un copago no obligatorio a los miembros de los siguientes programas:

- AHCCCS for Families with Children (1931),
- Young Adult Transitional Insurance (YATI) para jóvenes en hogares de acogida,
- State Adoption Assistance for Special Needs Children para niños que están siendo adoptados,
- personas que reciben ingresos adicionales de la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) de la Administración del Seguro Social para personas mayores de 65 años, ciegas o con discapacidades,
- SSI Medical Assistance Only (SSI MAO) para personas mayores de 65 años, ciegas o con discapacidades,
- Freedom to Work (FTW).

Solicítele a su proveedor que determine su elegibilidad para saber qué copagos pueden corresponderle pagar. También puede averiguarlo si llama a Servicios para miembros de Molina Healthcare. También puede consultar el sitio web de Molina Healthcare para obtener más información.

Es posible que a los miembros del AHCCCS con copagos no obligatorios se les solicite que paguen los siguientes copagos no obligatorios por servicios médicos:

Montos de copago opcionales (no obligatorios) por algunos servicios médicos

Servicio	Copago
Recetas médicas.	\$2.30
Servicios ambulatorios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	\$2.30
Visitas al consultorio del médico u otro proveedor como paciente ambulatorio para la evaluación y gestión de su atención	\$3.40

Los proveedores médicos le solicitarán que pague estos montos, pero **NO** se negarán a prestarle los servicios si no puede pagarlos. Si no puede pagar el copago, infórmele a su proveedor médico que no puede hacerlo a fin de que no se le nieguen los servicios.

Personas con copagos requeridos (obligatorios)

Algunos miembros del AHCCCS tienen copagos requeridos (u obligatorios), a menos que estén recibiendo uno de los servicios antes mencionados en virtud de los cuales no se les puede cobrar un copago o a menos que estén en uno de los grupos antes mencionados, a los que no se les puede cobrar un copago. Los miembros con copagos requeridos deben pagarlos a fin de recibir los servicios. Los proveedores pueden denegar los servicios a estos miembros si no pagan los copagos obligatorios. Los copagos obligatorios se cobran a personas que tengan familias con niños que ya no sean elegibles debido a sus ingresos, lo que también se conoce como Asistencia Médica Transitoria (Transitional Medical Assistance, TMA).

Los adultos con TMA deben pagar los copagos requeridos (u obligatorios) para acceder a algunos servicios médicos. Si usted forma parte del programa TMA ahora, o si resulta elegible para recibir sus beneficios más adelante, se le informará de ello mediante un aviso del Departamento de Seguridad Económica (DES, por sus siglas en inglés) o del AHCCCS. Los copagos para los miembros de la TMA se enumeran a continuación.

Montos de copago requeridos (obligatorios) para las personas que reciben beneficios de la TMA

Servicio	Copago
Recetas médicas.	\$2.30
Visitas al consultorio del médico u otro proveedor como paciente ambulatorio para la evaluación y gestión de su atención	\$4.00
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	\$3.00
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios voluntarios o que no son de emergencia	\$3.00

Los farmacéuticos y los proveedores médicos pueden denegar los servicios si no se pagan los copagos.

Límite del 5% en todos los copagos

El monto de los copagos totales no puede ser superior al 5% de los ingresos totales de la familia (antes de impuestos y deducciones) durante un trimestre natural (de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre). El límite del 5% se aplica tanto a los copagos nominales como a los requeridos.

El AHCCCS da seguimiento a los niveles específicos de copago de cada miembro para identificar a quienes alcanzan el límite de copago del 5%. Si considera que los copagos totales que pagó son más del 5% de los ingresos trimestrales totales de su familia y el AHCCCS no se lo informó previamente, debe enviar copias de los recibos u otro comprobante de cuánto pagó a AHCCCS, 801 E. Jefferson, Mail Drop 4600, Phoenix, Arizona 85034.

Si forma parte de este programa y cambian sus circunstancias, comuníquese con su oficina local del DES para solicitar que revisen su elegibilidad. Los miembros siempre pueden solicitar una nueva evaluación de su límite del 5% si cambian sus circunstancias.



Si recibe servicios no cubiertos

Cubrimos sus servicios cuando está inscrito en nuestro plan y se cumplen las siguientes condiciones:

- los servicios son médicamente necesarios,
- los servicios se enumeran como beneficios cubiertos a través de Molina en la sección “Beneficios cubiertos” de este manual,
- recibe los servicios de acuerdo con las reglas del plan.

Si recibe servicios que no son cubiertos por nuestro plan ni a través del AHCCCS, debe pagar el costo total de estos servicios por su cuenta. Si tiene dudas y desea saber si pagaremos algún servicio médico o cuidado, tiene el derecho a preguntarnos.

Puede llamar a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) o a su administrador de atención para obtener más información sobre los servicios y cómo obtenerlos.

También tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene el derecho a apelar nuestra decisión. En la sección “Apelaciones” de este manual se proporcionan las instrucciones sobre cómo apelar las decisiones sobre la cobertura de Molina.

También puede llamar a Servicios para miembros si desea obtener más información acerca de sus derechos de apelación o recibir ayuda para presentar una apelación.

Si recibe una factura por servicios

Nunca se le deben facturar los servicios cubiertos. Si recibe una factura por un servicio cubierto:

- **No pague la factura por su cuenta.**
- Llame al consultorio del proveedor, proporcióneles la información de su seguro y solicíteles que nos facturen a nosotros.

Si continúa recibiendo facturas o si paga una factura, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) o escribanos para informárnoslo. Nos comunicaremos con el proveedor para indicarle que deje de facturarle a usted y

le otorgue un reembolso. Si desea escribirnos, envíenos una carta por correo a la siguiente dirección:

Molina Healthcare
5055 E Washington St,
Suite 210
Phoenix, AZ 85034

¿Cuándo se le pueden facturar los servicios?

Si acepta pagar los servicios que no cubrimos, hable con el médico sobre las opciones de pago. Si solicita un servicio que no es un beneficio cubierto y firma una declaración en la que acepta pagar la factura, tendrá que pagarla.



Responsabilidad frente a terceros

Los miembros inscritos en Medicaid, que el AHCCCS determine que tienen una cobertura médica integral que no sea Medicare, serán elegibles para inscribirse en el programa Complete Care, siempre y cuando no se aplique otra exclusión.

Después de la inscripción en el programa Complete Care, los miembros que tengan Medicare o cualquier otro seguro médico permanecerán inscritos en el programa.

Molina ayudará a coordinar todos los beneficios cubiertos con cualquier plan médico adicional que pueda tener (según corresponda) y seguirá las reglas del “pagador del último recurso” de Medicaid.

Las reglas del “pagador del último recurso” quieren decir que cubriremos sus deducibles y coseguro hasta el monto máximo de reembolso permitido que usted hubiera pagado si no tuviera otro plan de seguro.

Cuando el pagador de Responsabilidad frente a terceros (TPL, por sus siglas en inglés) sea una Organización de Atención Médica Administrada (MCO)/Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) comercial, esa MCO/HMO debe pagar el monto total del copago del miembro. No tendrá que pagar ningún servicio cubierto de Medicaid.





Medicare y otros seguros

Si tiene un plan médico adicional o Medicare, asegúrese de informarnoslo. Esto no cambia los beneficios que obtendrá de su plan Complete Care del AHCCCS, pero nos permitirá ayudar a que comprenda sus beneficios.

Si tiene Medicare o un plan médico adicional, ese plan asignará su PCP. Ayudaremos a coordinar la atención entre su seguro médico adicional y sus beneficios de Molina.

Los miembros que tienen AHCCCS y Medicare se denominan “doblemente elegibles”. Molina puede ayudarle a pagar su coseguro y deducibles si utiliza proveedores de Medicare que estén en la red de Molina.

Informe a su médico si tiene un plan médico adicional y lleve todas las tarjetas de identificación del miembro a sus citas. Su plan médico adicional o Medicare son su seguro principal. Primero debe utilizar su seguro principal. No le pague directamente al proveedor. Si paga los servicios cubiertos por el AHCCCS de forma directa, no podremos reembolsarle el dinero.

Cobertura de medicamentos de Medicare

AHCCCS no paga ningún costo compartido, coseguro, deducibles o copagos por medicamentos que son elegibles para cobertura bajo la Parte D de Medicare. AHCCCS puede cubrir medicamentos que están excluidos de cobertura bajo la Parte D de Medicare según la necesidad médica.

Medicaid no cubre los medicamentos que pueden ser cubiertos por los planes de la Parte D de Medicare. Medicaid no se hace cargo de los copagos, los deducibles ni los costos compartidos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, salvo en el caso de las personas que hayan sido designadas como SMI. El AHCCCS cubre medicamentos que están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare cuando esos medicamentos cubiertos se consideran médicamente necesarios. Un medicamento excluido es un medicamento que no es elegible para cobertura bajo la Parte D de Medicare. AHCCCS puede cubrir algunos medicamentos que son de venta libre (OTC), consulte la Lista de medicamentos OTC de Molina para obtener una lista de productos disponibles en nuestro sitio web

MOLINAHEALTHCARE.COM/MEMBERS/AZ/EN-US/-/MEDIA/MOLINA/PUBLICWEBSITE/PDF/MEMBERS/AZ/EN-US/AZ-MEMBER-FORMULARY-DRUG-FILE_-ENG_508C.PDF o llame a Servicios para miembros para solicitar una copia impresa.

Autorizaciones previas

Molina decide si se cubrirá un servicio que requiere una autorización previa según la información brindada por el proveedor. La autorización previa no garantiza el pago al proveedor. El pago se basa en la exactitud de la información que recibamos del proveedor. El proveedor le informará si se aprueba el servicio. Si se deniega el servicio, Molina le enviará una carta llamada “Aviso de Determinación Adversa de Beneficios”.

Las decisiones sobre autorizaciones previas se toman en función de si un médico tiene o no una solicitud urgente de servicio. Se utilizará una solicitud urgente de servicio si el plazo estándar pudiera afectar su vida o salud. La decisión se tomará en menos de 72 horas.

Si se trata de una solicitud estándar de servicios, se llenará tan pronto como lo requiera su afección, pero no se excederán los 14 días calendario a partir de la fecha de la solicitud.

Las solicitudes de autorización previa de farmacia se realizan a más tardar 24 horas a partir de la fecha de la solicitud.

Molina puede extender el plazo en su nombre para tomar una decisión de autorización previa respecto de las solicitudes de servicio estándar y aceleradas cuando el miembro o el proveedor (con el consentimiento por escrito del miembro) soliciten una extensión. Molina también puede extender el plazo si justificamos la necesidad de obtener información adicional para tomar una decisión.





Plazos para la autorización de servicios

Solicitudes estándar de medicamentos

Molina emite autorizaciones de servicio para medicamentos a más tardar 24 horas después del momento en que recibimos la solicitud. Esto se aplica incluso si la fecha de vencimiento coincide con un fin de semana o un día feriado. Si necesitamos más información, se la solicitaremos al recetador en menos de 24 horas. La decisión final se enviará, a más tardar, siete días laborales después de la fecha de la solicitud.

Solicitudes normales que no impliquen medicamentos

Molina emite autorizaciones de servicio respecto de las solicitudes que no estén relacionadas con recetas médicas tan pronto como sea necesario, pero no excederá los 14 días calendario desde la solicitud inicial. Si necesitamos más información para tomar una decisión, es posible que emitamos un aviso de extensión por 14 días calendario adicionales.

Solicitudes aceleradas de Molina no relacionadas con medicamentos

Molina emite autorizaciones de servicio aceleradas tan pronto como lo requiera la afección del miembro, pero no excederá las 72 horas después de la fecha de recepción. Esto se aplica incluso si la fecha coincide con un fin de semana o un día feriado legal. Es posible que emitamos un aviso de extensión por 14 días calendario adicionales si se cumplen los criterios de extensión de la autorización del servicio.

Si desea obtener información sobre los recursos que utilizamos para tomar esta decisión, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711). Puede llamar de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST).

Si la solicitud no califica para una revisión acelerada, se convierte en una solicitud estándar. Si no está de acuerdo, puede presentar una queja llamando a Servicios para miembros o escribiendo a la siguiente dirección:

Molina Healthcare
Attn: Grievance and Appeals
5055 E Washington St, Suite 210
Phoenix, AZ 85034

Si no cumplimos con los plazos para tomar una decisión, se deniega su solicitud. Recibirá un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (Notice of Adverse Benefit Determination, NOA). En la carta también se le explicará su derecho a presentar una apelación.

Si no está de acuerdo con la idoneidad del NOA, puede presentar una queja llamando a Servicios para miembros o enviándola por correo a:

Molina Healthcare
Attn: Grievance and Appeals
5055 E Washington St, Suite 210
Phoenix, AZ 85034

También puede comunicarse con la Administración Médica del AHCCCS visitando: MedicalManagement@azahccs.gov si Molina no resuelve su preocupación de adecuación con la carta del NOA.

Si desea obtener información sobre el proceso de autorización previa, los plazos para tomar una decisión y sus derechos, llame a Servicios para miembros al (TTY/TDD: 711). Puede llamar de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST).



Quejas, apelaciones y audiencias imparciales estatales

Su derecho a presentar una queja

Si no está conforme con nosotros, su proveedor o sus servicios por cualquier motivo, usted o alguien que pueda actuar en su nombre pueden informárnoslo. Deseamos conocer su opinión. El problema o la inquietud por los que llama se tratarán como una queja (otra palabra para referirse a un reclamo). Hay varios medios para presentar una queja:

- Por teléfono:** Llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST).
- Por correo electrónico:** Correo electrónico MCCAZ-CustomerSvc@MolinaHealthcare.com
- Por correo postal:** Envíe una carta a la siguiente dirección:
Molina Healthcare
Attn: Grievance Coordinator 5055 E Washington St, Suite 210
Phoenix, AZ 85034

Llámenos si necesita ayuda para presentar una queja.

Proceso de queja

Molina le enviará una carta para informarle que recibimos la queja y que estamos ocupándonos de ella. Haremos todo lo posible para abordar sus inquietudes lo antes posible. Resolveremos su problema en un plazo de 10 días laborales y le enviaremos una carta con nuestra respuesta.

Su proveedor que solicitó la autorización tiene la opción de solicitar una análisis entre pares con un Director médico de Molina.

Si necesitamos información, podemos demorar hasta 90 días en resolver la queja.

Si su queja es sobre un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios que Molina le envió o si no comprende el aviso, Molina hará una revisión para asegurarse de que sea claro y correcto. Si no es correcto, enviaremos un aviso corregido.

El plazo para su apelación y la continuación de los servicios comenzará a partir de la fecha del aviso corregido.

Proceso de queja externa

Puede presentar una queja sobre Molina a la Administración Médica del AHCCCS enviando un correo electrónico a MedicalManagement@azahcccs.gov. Puede presentar una queja sobre Molina a Molina o al AHCCCS.

Si considera que no se lo trató justamente, puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso por discapacidad o asistencia con el idioma. También puede visitar [Hhs.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.

Office of Civil Rights- Region III
Department of Health and Human
Services, 150 S Independence Mall West,
Suite 372, Public Ledger Building
Philadelphia, PA 19106

(800) 368-1019
Fax: (215) 861-4431
TDD: (800) 537-7697

Su derecho a apelar

Si no autorizamos a su médico para que preste un servicio, o si un servicio se reduce o interrumpe, le enviaremos un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (consulte la sección “Solicitud de autorización” de este manual) en el que se le explicará la razón.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación en la que solicite que revisemos su queja una segunda vez. Ni usted ni su proveedor recibirán un trato injusto si presenta una apelación.

Estas son algunas de las razones por las que puede presentar una apelación:

- Recibió una denegación de servicios, ya sea total o parcial.
- El cuidado que se aprobó previamente se redujo o interrumpió.
- Recibió una denegación de pago por un servicio, ya sea total o parcial.
- No recibió los servicios de manera oportuna.
- Su queja, apelación o solicitud de Audiencia Imparcial Estatal no se tramitó en el plazo establecido.
- Los miembros de un área rural no obtuvieron la aprobación del proveedor fuera de la red y no hay otro proveedor en el área rural.

Cómo presentar una apelación

Puede presentar una apelación en menos de 60 días después de la fecha del Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (la carta que le enviaremos por correo). Hay varios medios para presentar una apelación:

Por teléfono: Llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST).

Por correo electrónico: Correo electrónico MCCAZ-CustomerSvc@MolinaHealthcare.com

Por correo postal: Envíe una carta a la siguiente dirección:
Molina Healthcare
Attn: Appeals Coordinator
5055 E Washington St, Suite 210
Phoenix, AZ 85034

Si elige que un responsable de tomar decisiones acerca de su atención médica (HCDM, alguien como un familiar o su proveedor) presente la queja en su nombre, necesitaremos su permiso por escrito. Si no tenemos su permiso, le enviaremos una carta con un formulario para que firme y permita que otra persona lo represente. Dispone de 30 días a partir de la fecha de recepción de la apelación para enviarnos el formulario firmado. Si no recibimos el formulario firmado en 30 días, cerraremos la apelación.

Llámenos si necesita ayuda para presentar una apelación.

Los HCDM también pueden presentar una preocupación sobre la incapacidad del miembro para recibir servicios de atención médica, preocupaciones sobre la calidad de la atención (QOC) recibida y sobre el acceso oportuno a los servicios.

Proceso de apelación estándar

Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su apelación y que estamos ocupándonos de ella. Profesionales de atención médica aprobados, que no hayan participado en la toma de la primera decisión y que tengan experiencia en el área de su afección o enfermedad tomarán las decisiones sobre la apelación.

Los servicios que esté recibiendo pueden continuar si presenta la apelación en menos de 10 días a partir de la fecha del Aviso de Determinación Adversa de Beneficios o de la fecha prevista para el cambio de servicios. Si el resultado de la apelación es otra denegación y el AHCCCS está de acuerdo con nuestra decisión,

es posible que tenga que pagar por el costo de cualquier continuación de beneficios que haya recibido.

Antes de la apelación y durante esta, usted o su representante autorizado pueden proporcionar información adicional y ver el archivo del caso, incluida la historia clínica y otros documentos que se hayan utilizado para tomar una decisión sobre el caso. Esta información está disponible sin costo.

Si tenemos toda la información que necesitamos, tomaremos nuestra decisión dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que recibamos la solicitud de apelación. Se enviará una carta por escrito, denominada “Aviso de Resolución de la Apelación”, junto con nuestra decisión dentro de los tres días laborales posteriores a la fecha en que tomemos la decisión.

Puede solicitar una extensión de hasta 14 días. Además, Molina puede solicitar una extensión de hasta 14 días si necesitamos más información.

Le informaremos la razón de la decisión de extender el plazo mediante una llamada y le enviaremos un aviso por escrito en menos de dos días calendario.

Tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la extensión.

Si no está de acuerdo con la decisión de Molina sobre la apelación, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.

Apelaciones aceleradas

Si necesita que tomemos una decisión de inmediato, háganos saber que es urgente. Esto sucede cuando su estado de salud está en peligro. Si tenemos toda la información que necesitamos, le daremos una respuesta en menos de 72 horas de recibir la solicitud. Mientras espera nuestra respuesta, puede continuar recibiendo cuidados.

Sin embargo, si la decisión final no es a su favor, es posible que deba pagar por la atención. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y le enviaremos un Aviso de Resolución de la Apelación por escrito dentro de un día laborable posterior a la fecha en que tomemos la decisión.

Si decidimos que la apelación no debe ser acelerada, le informaremos la razón de la decisión mediante una llamada y le enviaremos un aviso por escrito dentro de dos días calendario. Molina resolverá la apelación dentro de los plazos de apelación estándar.

Si no está de acuerdo con la decisión de Molina sobre la apelación, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal acelerada.

Solicitud de Audiencia Imparcial Estatal

Si no está de acuerdo con la decisión de Molina sobre la apelación, usted o su representante autorizado pueden solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por escrito a más tardar 90 días después de la fecha en que reciba el Aviso de Resolución de la Apelación de nuestra parte.

Se incluirá información sobre cómo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal junto con el Aviso de Resolución de la Apelación.

Para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por escrito puede enviar una carta a esta dirección:

Molina Healthcare Attn:
Appeals Coordinator
5055 E Washington St, Suite 210
Phoenix, AZ 85034

El AHCCCS le enviará la información sobre los siguientes pasos en un Aviso de Audiencia. Los servicios que esté recibiendo pueden continuar si solicita una Audiencia Imparcial Estatal menos de 10 días después de la fecha de la carta de decisión de apelación de Molina.

Ni usted ni su proveedor recibirán un trato injusto si solicita una Audiencia Imparcial Estatal.

Molina enviará información sobre su caso al AHCCCS. Si el AHCCCS decide que la decisión de Molina fue correcta, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió durante el proceso de la Audiencia Imparcial Estatal.

Si el AHCCCS decide que nuestra decisión no fue correcta, Molina autorizará y pagará los servicios con oportunidad.

Presentación de una queja, apelación o solicitud de audiencia ante la Autoridad Regional de Salud Mental (ACC-RBHA)

Los miembros pueden presentar directamente a la ACC-RBHA reclamos, quejas y apelaciones por los servicios prestados por la ACC-RBHA (por ejemplo: servicios de crisis, servicios SMI, etc.).

Los miembros pueden presentar una queja de SMI o solicitar una investigación alegando que se ha producido o existe actualmente una violación de derechos o una situación que requiere investigación. (Nota: las alegaciones sobre la necesidad o idoneidad de los servicios de salud conductual no deben considerarse una

queja de SMI, sino que deben abordarse a través del proceso de apelación que se describe a continuación). La solicitud puede ser verbal o por escrito y debe iniciarse a más tardar un año después de la fecha de la supuesta violación de derechos o la situación que requiere investigación. Los formularios para la presentación están disponibles en AHCCCS, el Hospital Estatal de Arizona, las T/RBHA, los centros de administración de casos y en todos los centros de los proveedores.

Las alegaciones de violaciones de derechos por una TRBHA o sus proveedores, o las quejas/solicitudes de investigación de SMI relacionadas con el abuso físico o sexual o la muerte serán abordadas por AHCCCS. Todas las demás quejas/solicitudes de investigación de SMI deben presentarse a la RBHA apropiada y ser atendidas por la misma. En un plazo de siete días a partir de la fecha de recepción, se le enviará una carta de acuse de recibo y, si procede, se asignará un investigador al asunto. Recibirá una respuesta por escrito cuando se tome una decisión.

Cualquier persona, mayor de 18 años, su tutor o representante designado, puede presentar una apelación relacionada con los servicios solicitados o que la persona está recibiendo. Los asuntos de apelación suelen estar relacionados con: la denegación de servicios; el desacuerdo con los resultados de una evaluación o valoración; cualquier parte del Plan de Servicio Individual; el Plan de Tratamiento y Alta Individual; los servicios recomendados o los servicios reales prestados; los obstáculos o retrasos injustificados en el acceso a los servicios del Título XIX; y las evaluaciones de honorarios. Las apelaciones deben presentarse ante la RBHA (o AHCCCS para las TRBHA) y deben ser iniciadas a más tardar 60 días después de la decisión o acción que se apeló. Los formularios de apelación están disponibles en el AHCCCS, las T/RBHA, los centros de administración de casos y todos los centros de los proveedores.

La RBHA (o AHCCCS para apelaciones de TRBHA) intentará resolver todas las apelaciones en un plazo de siete días a través de un proceso informal. Si el problema no puede resolverse, el asunto se remitirá para una apelación ulterior. Si la RBHA no acepta su apelación o desestima su apelación sin consideración de los méritos, usted puede solicitar una Revisión Administrativa de esa decisión por parte de AHCCCS.

Para las quejas/solicitudes de investigación y apelaciones de SMI, en la medida de lo posible, incluya:

1. nombre de la persona que presenta la queja/solicitud de investigación o apelación de SMI
2. nombre de la persona que recibe los servicios, si es otra
3. dirección postal y número de teléfono
4. fecha del asunto que se apela o del incidente que requiere investigación
5. breve descripción del problema o incidente
6. resolución o solución deseada.

Para cualquiera de los procesos anteriores, puede representarse usted mismo, designar a un representante o recurrir a un abogado. Puede ponerse en contacto con el Sistema Estatal de Protección y Defensa, el Centro de Arizona para la Ley de Discapacidad (800) 922-1447 en Tucson y (800) 927-2260 en Phoenix. También puede ponerse en contacto con la Oficina de Derechos Humanos llamando al (602) 364-4585, o al (800) 421-2124 para obtener ayuda. Si su queja se refiere a un organismo de salud conductual autorizado, puede ponerse en contacto con la Office of Behavioral Health Licensure, 150 N. 18th Avenue, Phoenix, Arizona 85007, (602) 364-2595.

Las tres autoridades regionales de salud conductual de Arizona

Mercy Care Grievance System Department

4500 E. Cotton Center Blvd.

Phoenix, AZ 85040

(602) 586-1719 o (866) 386-5794

[Mercycareaz.org/members/ltc-formembers/grievance](https://www.mercycareaz.org/members/ltc-formembers/grievance)

Arizona Complete Health – Complete Care Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

1870 W. Rio Salado Parkway

Tempe, AZ 85281

(888) 788-4408 o TTY/TDY 711

[Azcompletehealth.com/providers/resources/grievance-process.html](https://www.azcompletehealth.com/providers/resources/grievance-process.html)

Care1st Health Plan Arizona, Inc.

Claim Disputes and Appeals Department

1870 West Rio Salado Parkway

Tempe, AZ 85281

(602) 778-1800 o (866) 560-4042, TTY: 711

[Care1staz.com/az/healthplans/what-to-do-c1st.asp](https://www.care1staz.com/az/healthplans/what-to-do-c1st.asp)

Molina cumple con todas las leyes federales y estatales, lo que incluye: el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, implementado por el reglamento 45 CFR, parte 80; la Ley de Discriminación por Edad de 1975, implementada por el reglamento 45 CFR, parte 91; la Ley de Rehabilitación de 1973; el Título IX de las Enmiendas

Educativas de 1972 (relativas a programas y actividades educativas); los Títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades; y el artículo 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible.



Lo que puede esperar como miembro de Molina

Derechos de los miembros

Usted tiene derecho a:

- A. Preguntar acerca de la estructura y el funcionamiento de Molina o de nuestros subcontratistas.
- B. Preguntar sobre cómo Molina paga a los proveedores, controla los costos y utiliza los servicios.
- C. Saber si se requiere un seguro de exceso de pérdidas.
- D. Recibir un trato justo, sin importar su:
 - Raza.
 - Grupo étnico.
 - Origen nacional.
 - Religión.
 - Sexo.
 - Edad.
 - Afecciones de salud conductual.
 - Discapacidad física o intelectual.
 - Preferencia sexual.
 - Información genética.
 - Fuente o capacidad de pago.
- E. Mantener la confidencialidad de su tratamiento e información. Compartimos registros sin su autorización solo cuando la ley lo permite.
- F. Ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica. Es el derecho a:
 - Recibir una segunda opinión médica de un proveedor dentro de la red. O recibir una segunda opinión fuera de la red sin costo.
 - Rechazar el tratamiento. Este es su derecho, a menos que un juzgado establezca lo contrario.
- G. Obtener información sobre las opciones de tratamiento de modo que:

- Se respete su cultura.
 - Usted pueda comprender la información.
 - Se adapte a sus necesidades.
- H. Recibir un cuidador de emergencia o de reemplazo cuando uno llegue tarde o no se presente.
- I. Obtener información por escrito sobre las instrucciones anticipadas y sus derechos según la ley estatal. Podemos facilitarle información sobre cómo preparar sus propias instrucciones anticipadas. (Las instrucciones anticipadas les indican a los médicos el tipo de atención que desearía obtener si estuviera tan enfermo que no pudiera decidir).
- J. Solicitar y obtener una copia de su historia clínica sin costo una vez al año:
- Si se deben realizar cambios en su historia clínica, puede solicitarlos en cualquier momento.
 - Daremos respuesta a la solicitud en menos de 30 días. Le proporcionaremos los registros clínicos o le enviaremos una carta en la que se indique el motivo de la denegación de la solicitud. Si se deniega la solicitud, le informaremos cómo puede obtener una revisión de la decisión.
- K. Estar libre de toda forma de restricción o aislamiento como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- L. Si desea obtener información sobre el beneficiario y el plan de salud, llame a Servicios para miembros.
- M. Recibir un trato con cuidado, respeto y privacidad en relación con su dignidad y privacidad.
- N. Participar en la elaboración de su Plan de Cuidados. También tiene el derecho a negarse a recibir tratamiento.
- O. Obtener información en un idioma que pueda comprender. Obtener información sobre los proveedores que hablen idiomas que no sean inglés. Acceder a traducciones sin costo.
- P. Recibir tratamiento ante cualquier emergencia en cualquier hospital u otro entorno. Una emergencia ocurre cuando un problema puede provocar más daño si no recibe atención de inmediato.
- Q. Obtener información por otros medios si la solicita.
- R. Obtener información sobre Molina y sus:
- Proveedores.
 - Programas.
 - Servicios.

- Función en el proceso de tratamiento.
- S. Obtener información sobre las normas clínicas que se siguieron para su atención.
- T. Recibir atención con facilidad y cuando la necesite.
- U. Preguntar a sus proveedores sobre su historial y capacitación laborales.
- V. Estar acompañado y no sentir la obligación de hacer algo que no desea. Esto se basa en la ley.
- W. Dar su opinión sobre la política de derechos y responsabilidades.
- X. Solicitar un determinado tipo de proveedor.
- Y. Solicitar al proveedor que tome decisiones de atención según el tratamiento que necesite.
- Z. Recibir servicios de atención médica que respeten las leyes sobre sus derechos.
- AA. Presentar una queja o un reclamo sobre:
- Molina Healthcare.
 - Un proveedor.
 - La atención que recibe.
- BB. Presentar una apelación sobre una acción o decisión de Molina. Puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal si no le satisface la decisión de la apelación.
- CC. Firmar un formulario en el que se indique que entiende que su información de salud puede compartirse durante una Audiencia Imparcial Estatal. Esto se aplica si su proveedor solicita la audiencia por usted. Su proveedor necesitará que usted firme este formulario.
- DD. Ejercer sus derechos. Esto no afectará el trato de Molina y sus proveedores hacia usted.
- EE. Hablar con su proveedor sobre los tipos de tratamiento que son adecuados para usted. El costo o la cobertura del beneficio no afectan a esto.
- FF. Acceder a información sobre cómo y dónde puede obtener beneficios del estado que no sean cubiertos por su plan. Esto podría incluir el costo compartido. También podría incluir el transporte.
- GG. Solicitar información de una manera que le resulte fácil de acceder. Esto se aplica si tiene una discapacidad visual, auditiva o física. Esto ayudará a que sepa con qué beneficios y servicios cuenta.
- HH. Obtener información sobre Molina, sus servicios y proveedores, y sus derechos y

responsabilidades.

- II. Solicitar información sobre el contrato de un médico, si el médico en cuestión está contratado en el marco de un programa con base en el valor o de incentivos diseñado para mejorar los resultados de los miembros, el uso de remisiones o los resultados de las encuestas a los miembros. Nuestros programas de incentivos no afectan al uso de los servicios de remisión. Para obtener esta información, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).
- JJ. Ejercer sus derechos. Ejercer sus derechos no afectará negativamente la prestación de servicios, de acuerdo con la sección 438.100(c) del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).
- KK. Los miembros deben saber que los empleados de Molina deben tomar todas las medidas necesarias para proteger los intereses de los miembros de AHCCCS en el mantenimiento de la confidencialidad y evitar el uso indebido o divulgación de la información privada y sensible. Molina tiene políticas y procedimientos y capacitación anual requerida (de acuerdo con las leyes estatales y federales) que rigen esto.

Responsabilidades del miembro

Usted tiene la responsabilidad de:

- A. Recibir el tratamiento que necesita de un proveedor.
- B. Respetar a cualquier persona que le brinde atención.
- C. Proporcionar a los proveedores y a Molina la información que necesiten. Esto lo ayudará a obtener una buena atención. Nos permite proporcionarle la atención adecuada.
- D. Hacer preguntas sobre la atención. Esto lo ayuda a usted y a los proveedores a comprender sus problemas de salud. Lo ayuda a establecer metas y planes de tratamiento que usted acepte.
- E. Seguir su plan de cuidado. Usted y su proveedor deben acordar este plan.
- F. Seguir las pautas para tomar sus medicamentos. Usted y su proveedor deben acordar el plan.
- G. Informar a sus proveedores y PCP sobre los cambios en sus medicamentos. Esto incluye los medicamentos que le den otros médicos.
- H. Asistir a todas las consultas con el proveedor. Llame al proveedor en cuanto sepa que necesita cancelar una consulta.
- I. Informar al proveedor cuando considere que el Plan de Cuidado no funciona.

- J. Informar al proveedor si tiene problemas para pagar los copagos.
- K. Compartir sus preocupaciones acerca de la calidad de la atención.
- L. Informar si cree que alguien no es honesto. Esto puede ser abuso o fraude.
- Llame a AlertLine de Molina. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. No tiene que dar su nombre cuando llame.
 - Todas las llamadas se revisan y se respeta la privacidad.
 - Puede informar un fraude, un despilfarro o un abuso de las siguientes formas:
 - Llamando a la AlertLine: (866) 606-3889
 - En línea: MolinaHealthcare.alertline.com
 - También puede denunciar fraude, despilfarro y abuso al Gobierno estatal o federal.



Fraude, despilfarro y abuso

¿Qué significa fraude, despilfarro y abuso?

- El fraude se refiere a una acción falsa que se utiliza para obtener algo de valor.
- El despilfarro es el mal uso de los servicios.
- El abuso se refiere a servicios sobreutilizados o no necesarios.

Nos dedicamos a realizar negocios de manera legal. Estamos comprometidos a prevenir, detectar e informar fraudes, despilfarros y abusos. Además, la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) del AHCCCS desea prevenir el fraude, el despilfarro y el abuso.

El personal de esta oficina inspecciona a cualquier persona, incluidos los miembros y los proveedores, que intente cometer fraude, despilfarro o abuso contra el programa Medicaid. De acuerdo con la ley, existe una multa por fraude y abuso. También se ocupan de lo siguiente:

- Recuperar pagos en exceso.
- Emitir advertencias.
- Solicitar que se investiguen posibles casos de fraude.

Estos son algunos ejemplos de fraude, despilfarro y abuso:

- Servicios médicos que no son necesarios.
- Cobrar por servicios no prestados.
- Cobrar por servicios no cubiertos por Medicaid.
- Cobrar el mismo servicio dos veces.
- Utilizar un código de facturación para obtener pagos adicionales.
- Utilizar la identidad de otra persona para obtener servicios de Medicaid.
- Crear documentos falsos al cambiar:
 - La fecha de servicio de un reclamo.
 - Recetas médicas.
 - Registros clínicos
 - Formularios de remisión.
- Pagar o aceptar un soborno.

Cómo informar un fraude, un despilfarro y un abuso

Si cree que una persona o un proveedor está cometiendo fraude, despilfarro y abuso, infórmelo.

Las personas que llaman no tienen que dar su nombre. Se investigarán todas las llamadas. Todas las llamadas serán confidenciales.

- AlertLine: (866) 606-3889
- En línea: [MolinaHealthcare.alertline.com](https://www.molinahealthcare.com/alertline)

Los miembros también pueden denunciar fraudes, despilfarros y abusos directamente a la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) del AHCCCS:

- Por correo electrónico: AHCCCSFraud@azahcccs.gov
- Por correo postal:
Office of the Inspector General:
801 E Jefferson St.
Phoenix, AZ 85034
- Formulario en línea del AHCCCS:
<https://www.azahcccs.gov/Fraud/ReportFraud/onlineform.aspx>
- O utilizando los números de la línea directa:
 - o Para denunciar sospechas de fraude por parte de un proveedor médico, llame a los números que se indican a continuación:
 - En el condado de Maricopa: (602) 417-4045
 - Fuera del condado de Maricopa: 888-ITS-NOT-OK o (888) 487-6686
 - o Para denunciar sospechas de fraude por parte de un miembro del AHCCCS, llame a los números que se indican a continuación:
 - En el condado de Maricopa: (602) 417-4193
 - Fuera del condado de Maricopa: 888-ITS-NOT-OK o (888) 487-6686



Ayuda para dejar de fumar

Tenemos recursos para ayudarlo a dejar de fumar. Estos recursos le proporcionan apoyo para dejar de fumar de forma definitiva.

ASHLine: Línea de Ayuda para Fumadores de Arizona

Un teléfono gratuito y un recurso en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarlo a dejar de fumar. Llame al (800) 556-6222 (TTY/TDD: 711) o visite Ashline.org para obtener ayuda.

Con este recurso usted obtiene:

- Servicio de consejería sin costo para hablar sobre cómo dejar de fumar.
- Acceso a recursos en línea.
- Consejería por mensaje de texto para obtener ayuda directamente en el teléfono.

Tobacco free Arizona

Visite este sitio web del Departamento de Servicios de Salud de Arizona para obtener más información sobre la campaña contra el tabaco “Tobacco Free Arizona” (Arizona sin Tabaco). Encontrará más información sobre el programa y las herramientas para ayudarlo a dejar de fumar.

Visite Azdhs.gov/prevention/tobacco-chronic-disease/tobacco-free-az/index.php para usar las herramientas y los recursos.



Recursos locales y en línea

Recurso	Información de contacto
<p>2-1-1 Arizona</p> <p>Este es un servicio gratuito disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. 2-1-1 Arizona ayuda a las personas y sus familias a localizar recursos locales.</p>	<p>211arizona.org/</p> <p>Llame al: 2-1-1 en Arizona o (877) 211-8661 desde cualquier lugar</p>
<p>Centros de Salud Aprobados a Nivel Federal y Clínicas de Salud Rurales del AHCCCS</p>	<p>Azahcccs.gov/PlansProviders/RatesAndBilling/FFS/FQHC-RHC.html</p>
<p>Oficina de Asuntos Individuales y Familiares (Office of Individual and Family Affairs, OIFA) del AHCCCS</p> <p>La OIFA promueve la recuperación, la resiliencia y el bienestar de las personas que tienen dificultades con la salud mental y el consumo de sustancias. Conecta a las personas con organizaciones dirigidas por pares para obtener servicios de apoyo, como apoyo diario; salidas sociales; comidas; empleo y otros servicios de apoyo. Las familias y los niños pueden ser remitidos a una organización familiar dirigida por pares para ayudar con la autodefensa, los recursos, y aprender a navegar por los sistemas que prestan servicios a los niños, los servicios de salud conductual y otras áreas.</p>	<p>Azahcccs.gov/AHCCCS/HealthcareAdvocacy/OIFA.html</p>

Recurso	Información de contacto
<p>Area Agency on Aging</p> <p>Programas y servicios desarrollados para residentes adultos mayores de Arizona.</p>	<p>Condado de Maricopa: (602) 264-2255 Aaaphx.org</p> <p>Condados de Pinal y Gila: (800) 293-9393 pgcsc.org</p>

Arizona Autism Coalition:

La Arizona Autism Coalition mejora la vida de las personas con trastorno del espectro autista y sus familias en Arizona, compartiendo recursos a través de la colaboración y la defensa a nivel estatal.

Azautism.org

ARIZONA@WORK

Ayuda a los empleadores a encontrar, desarrollar y conservar a los mejores empleados.

ARIZONA@WORK es un recurso y una herramienta para personas que buscan empleo y para empleadores en todo el estado de Arizona, y tiene como objetivo fortalecer la economía y la fuerza laboral de Arizona.

Los servicios de ARIZONA@WORK ayudan a las personas que buscan empleo a través de herramientas de búsqueda de empleo en internet, acceso a especialistas en trabajo, edición de currículos, búsqueda de ferias de trabajo, identificación de capacitaciones, salarios y recursos de ingresos, recursos de beneficios de desempleo/seguros y servicios gratuitos adicionales para la fuerza laboral, para que estas personas obtengan un empleo remunerado.

Arizonaatwork.com

Recurso

Información de contacto

Línea Directa de Lactancia 24 horas del Departamento de Servicios de Salud de Arizona

Obtenga ayuda y respuestas a cualquier pregunta sobre lactancia las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Línea directa 24/7:
(800) 833-4642

[Azdhs.gov/prevention/nutrition-physical-activity/breastfeeding/index.php](https://www.azdhs.gov/prevention/nutrition-physical-activity/breastfeeding/index.php)

Arizona Disability Benefits 101 (DB101)

DBO101 ayuda a las personas con discapacidades y a los proveedores de servicios a comprender las conexiones entre el trabajo y los beneficios.

[Az.db101.org](https://www.azdb101.org)

Arizona Early Intervention Program (AzEIP):

Este programa ayuda a encontrar servicios para niños que puedan tener discapacidades o retrasos del desarrollo desde el nacimiento hasta los tres años.

[Des.az.gov/services/disabilities/developmental-infant](https://www.des.az.gov/services/disabilities/developmental-infant)

Oficina central:
(602) 532-9960

Línea Opioid Assistance & Referral (OAR) de Arizona

- Servicio confidencial sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Cuenta con enfermeros y farmacéuticos certificados.
- Los proveedores y los recetadores pueden hablar con un médico.

[Azdhs.gov/oarline/](https://www.azdhs.gov/oarline/)
(888) 688-4222

Arizona Peer and Family Coalition

La misión de Arizona Peer & Family Coalition es defender, conectar, promover y desarrollar el liderazgo entre colegas y familiares en todo Arizona.

[Azpeerandfamily.org](https://www.azpeerandfamily.org)

Recurso	Información de contacto
<p>Control de Toxicología de Arizona</p> <p>Esta línea de ayuda gratuita y confidencial está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Llame si ocurre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cree que alguien se envenenó. • Alguien tomó demasiados medicamentos o medicamentos desconocidos. • Necesita información sobre un medicamento. • Una criatura venenosa los picó o mordió a usted o a su mascota. • Necesita información sobre la prevención de envenenamiento accidental. 	<p>(800) 222-1222</p> <p>Azpoison.com</p>
<p>AZ Links:</p> <p>Este es un recurso en línea para personas mayores, personas con discapacidades y cuidadores que ayuda a conectar con los recursos a fin de planificar las necesidades futuras e inmediatas.</p>	<p>Azlinks.gov</p>
<p>AZ Suicide Prevention Coalition: Este grupo trabaja para promover la conciencia y la intervención contra el suicidio.</p>	<p>Azspc.org (602) 248-8337</p>
<p>Birth to Five Helpline</p> <p>Este es un servicio gratuito disponible para todas las familias de Arizona con niños pequeños que buscan la información más reciente de parte de profesionales de atención médica sobre el desarrollo infantil.</p>	<p>(877) 705-KIDS (5437).</p> <p>Cuenta con especialistas bilingües en infancia disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST). También puede dejar un correo de voz, enviar un mensaje de texto a la Línea de ayuda disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, o llenar el formulario de contacto en línea para obtener ayuda.</p>

Recurso	Información de contacto
---------	-------------------------

<p>Community Legal Services</p> <p>Community Legal Services ofrece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación y ayuda legal. • Representación. • Materiales de autoayuda. <p>Se enfocan en ofrecer ayuda para las siguientes personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrevivientes de violencia doméstica. • Víctimas de fraude al consumidor y de abuso. • Personas con problemas laborales o <ul style="list-style-type: none"> o Problemas con el salario 	<p>Clsaz.org</p> <p>(602) 258-3434</p> <p>(800) 852-9075</p> <p>TTY: (602) 254-9852</p>
--	--

<p>Dump the Drugs AZ:</p> <p>Esta es una herramienta en línea que le permite encontrar lugares para deshacerse de forma segura de cualquier medicamento recetado no deseado.</p>	<p>Azdhs.gov/gis/dump-the-drugs-az/</p>
---	---

<p>Fussy Baby</p> <p>El programa Fussy Baby ofrece apoyo a los padres preocupados por el desarrollo de su bebé durante el primer año de vida. Los profesionales de Fussy Baby trabajan con las familias para explorar formas de calmar, cuidar y disfrutar de su bebé.</p>	<p>(877) 705-KIDS (5437).</p>
---	-------------------------------

<p>Head Start y Early Head Start:</p> <p>Head Start es un programa que ofrece a los niños de bajos ingresos y a sus familias apoyo en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación de la primera infancia (preescolar). • Nutrición. • Servicios sociales y de salud. <p>Early Head Start es un programa para adolescentes embarazadas de bajos ingresos y familias adolescentes con bebés y niños pequeños.</p>	<p>(866) 763-6481</p> <p>Azheadstart.org</p>
---	---

Recurso	Información de contacto
<p>Health-e-Arizona Plus</p> <p>Este es el sitio web en línea en el que puede obtener información, inscribirse y administrar sus beneficios y servicios del AHCCCS. También puede actualizar su información de contacto en este sitio web.</p>	<p>Healtharizonaplus.gov</p>
<p>Centros de Salud Aprobados a Nivel Federal (FQHC) Locales</p>	<p>Adelante Healthcare, Inc.</p> <p>Circle the City</p> <p>Valleywise Health</p> <p>Horizon Health & Wellness (antes Mountain Health & Wellness)</p> <p>Mountain Park Health Center</p> <p>Native Health</p> <p>Neighborhood Outreach Action for Health (N.O.A.H.)</p> <p>Sun Life Family Health Center</p> <p>Terros, Inc</p> <p>Valle del Sol, Inc.</p> <p>Wesley Community Center</p>
<p>Prevención de la intoxicación por plomo en el condado de Maricopa</p> <p>Ofrece información sobre los riesgos del plomo y la prevención de la intoxicación por plomo.</p>	<p>(602) 525-3162</p>

Recurso

Información de contacto

Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI, por sus siglas en inglés):

La organización de salud mental más grande e importante del país, dedicada a desarrollar una mejor vida para los millones de estadounidenses afectados por enfermedades mentales.

(888) 999-6264

[Nami.org](https://www.nami.org)

Línea Nacional de Ayuda Contra el Suicidio y las Crisis

La Línea de Ayuda 988 Contra el Suicidio y las Crisis ofrece acceso confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de llamadas, mensajes de texto y chat, a asesores capacitados en materia de crisis, que pueden ayudar a las personas que sufren una crisis suicida, de consumo de sustancias o de salud mental, o cualquier otro tipo de angustia emocional.

También puede marcar el 988 si está preocupado por un ser querido que pueda necesitar apoyo en caso de crisis.

988 (llame o envíe un mensaje de texto)

Chat: 988lifeline.org/chat/

Postpartum Support International

Postpartum Support International ofrece apoyo directo entre pares a mujeres que sufren depresión posparto.

[Postpartum.net/](https://www.postpartum.net/)

Llame al: (800) 944-4773
(Pulse “uno” para español o “dos” para inglés)

Mensaje de texto:
(503) 894-9453 (inglés) o
(971) 420-0294 (español)

Power Me A2Z

Este es un programa sin costo del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (Arizona Department of Health Services, ADHS) que ofrece multivitaminas aprobadas por el ADHS. El ADHS las envía por correo a las mujeres miembro para ayudar a mejorar su salud.

[Powermea2z.org](https://www.powermea2z.org)

Recurso

Información de contacto

Raising Special Kids

Raising Special Kids ayuda a mejorar la vida de los niños con una amplia gama de discapacidades, desde el nacimiento hasta los 26 años, mediante apoyo, capacitación, información y ayuda individual para que las familias puedan apoyar mejor a sus hijos.

Raisingspecialkids.org/

(800) 237-3007

Strong Families AZ

Esta es una red de programas gratuitos de visitas a domicilio que ayudan a las familias a criar niños sanos. Los programas se centran en mujeres embarazadas y familias con niños desde recién nacidos hasta los cinco años.

Strongfamiliesaz.com/

Teen Lifeline

Esta es una línea de ayuda para los jóvenes de Phoenix y Arizona que estén atravesando una crisis emocional o que estén pensando en el suicidio.

Condado de Maricopa:

(602) 248-8336 (TEEN)

Fuera del condado de Maricopa:

(800) 248-8336 (TEEN)

Fuera de Arizona/a nivel

nacional: (877) YOUTHLINE u

(800) SUICIDE

The Alzheimer's Association

Una organización nacional sin fines de lucro que ofrece apoyo y recursos para los afectados por el Alzheimer y otras demencias.

Línea de ayuda 24/7:

(800) 272-3900

Alz.org

Vaccines for Children (VFC)

Vaccines for Children (VFC) es un programa financiado con fondos federales en el que los CDC compran las vacunas y las distribuyen a los Departamentos de Salud de los Estados para los menores de 18 años.

(602) 542-0883

azdhs.gov

Recurso	Información de contacto
<p>Vocational Rehabilitation</p> <p>El programa Vocational Rehabilitation ofrece servicios de empleo a personas con discapacidades.</p>	<p>Des.az.gov/services/employment/rehabilitation-services/vocational-rehabilitation</p>

Women, Infants and Children (WIC):

(800) 252-5942

Un programa de nutrición para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, bebés y niños menores de cinco años que cumplan con ciertos requisitos de bajos ingresos. El programa WIC ayuda a las familias a aprender cómo alimentarse bien y mantenerse sanas.

Recursos de defensoría

Estos son algunos recursos con los que puede comunicarse para ayudar a promover su salud y el acceso a la atención médica. Los grupos de defensoría ayudan a promover sus derechos. Lo ayudan a comprender sus derechos como miembro y paciente.

Para utilizar estos recursos llame al número o visite el sitio web que aparecen en la lista. Si necesita ayuda para comunicarse con alguno de los grupos, llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

Recurso	Información de contacto
<p>Arizona Center for Disability Law: salud mental</p> <p>Este es un bufete de abogados sin fines de lucro que ayuda a los residentes de Arizona con discapacidades a promover y proteger sus derechos legales</p>	<p>(800) 927-2260</p> <p>Azdisabilitylaw.org</p>

Recurso	Información de contacto
<p>Arizona Coalition Against Sexual and Domestic Violence:</p> <p>Se formó en 1980 para que los ciudadanos y profesionales interesados se unieran en una organización estatal a fin de erradicar la violencia doméstica.</p>	<p>(800) 782-6400</p> <p>Acesdv.org/</p>
<p>Arizona Coalition to End Sexual and Domestic Violence:</p> <p>Obtenga información y respuestas a preguntas sobre servicios contra la violencia sexual y doméstica en Arizona. Esto incluye el sistema legal, sus derechos legales, recursos y planificación de la seguridad.</p>	<p>(800) 782-6400</p> <p>Acesdv.org/</p>
<p>Child Help USA:</p> <p>Centro que proporciona servicios para abordar la seguridad y el bienestar inmediatos de los niños víctimas de abuso o negligencia.</p>	<p>(602) 271-4500</p> <p>Childhelp.org</p>
<p>Children's Action Alliance</p> <p>Organización sin fines de lucro que se encarga de defender a los niños desde hace más de 30 años.</p>	<p>(602) 266-0707</p> <p>Azchildren.org</p>
<p>Phoenix Family Advocacy Center: Red de centros de defensoría que prestan servicios a víctimas de violencia sexual y doméstica.</p>	<p>(602) 534-2120</p> <p>Acfan.net/centers/ phoenix-family.htm</p>



Servicios de empleo

¿Sabía que...?

- Trabajar puede ser una parte importante de la recuperación de una persona, ya que le proporciona estructura y rutina, al tiempo que refuerza su autoestima y mejora su independencia económica.
- Aunque esté cobrando prestaciones públicas, como el Seguro Social, puede ganar más dinero y seguir conservando sus prestaciones médicas.
- Para las personas con discapacidades, la Rehabilitación Profesional es un recurso importante para ayudarles a alcanzar sus objetivos laborales.

Servicios de empleo del AHCCCS

Puede tener acceso a servicios de empleo y rehabilitación a través de su hogar de salud conductual o integrado. Esto incluye servicios previos y posteriores a la contratación, para ayudarle a conseguir y conservar un empleo. Algunos ejemplos de los servicios de empleo a los que puede ser elegible son:

- Orientación profesional y educativa,
- Planificación y educación en materia de beneficios,
- Conexión con Rehabilitación Profesional o con recursos comunitarios,
- Capacitación sobre habilidades laborales,
- Habilidades de preparación de currículos/entrevistas de trabajo,
- Ayuda para encontrar trabajo,
- Apoyo al empleo (orientación laboral),

Para obtener más información sobre los servicios y ayudas para el empleo, o para ponerse en contacto con ellos, pregunte en su centro de salud conductual o integrado, o póngase en contacto con Servicios para miembros llamando al (800) 424-5891.

Cómo conectarse a los servicios de empleo

La mayoría de las residencias de salud conductual o integrada cuentan con personal especializado en empleo dispuesto a ayudarle. Este personal puede ponerle en contacto con servicios de empleo y ayudas que se ajusten a sus necesidades. El personal trabaja con usted para determinar los mejores servicios necesarios en función de su objetivo laboral. Pregunte si su centro de salud conductual o integrado cuenta con este personal especializado en empleo y, de ser así, programe una reunión para hablar de sus objetivos laborales. Si su centro de salud conductual o integrado no dispone de personal especializado en empleo, hable con su administrador de

casos o de atención, o con otros miembros del personal, para preguntar cómo puede ponerse en contacto con ellos.

¿Aún necesita ayuda? Puede ponerse en contacto con Servicios para miembros de Molina Healthcare llamando al (800) 424-5891, donde le pondrán en contacto con el Administrador de Empleo de Molina Healthcare.

Otros recursos de empleo

Vocational Rehabilitation (VR)

VR es un programa dentro del Departamento de Seguridad Económica de Arizona (ADES, por sus siglas en inglés) diseñado para ayudar a las personas elegibles que tienen discapacidades a prepararse para, obtener y mantener un trabajo.

Puede ser elegible para los servicios de VR si cumple los siguientes requisitos:

- Tiene una discapacidad física o mental.
- Su discapacidad física o mental supone un obstáculo importante para el empleo.
- Necesita servicios de VR para prepararse, obtener, mantener o recuperar un empleo.
- Puede beneficiarse de los servicios de VR para conseguir un empleo.

Una vez que solicite el programa de VR y se determine que cumple los requisitos, trabajará con un consejero de VR para desarrollar un plan de empleo. El desarrollo del plan incluye la identificación de un objetivo de empleo competitivo y aborda cualquier barrera al empleo relacionada con la discapacidad. Pida a su centro de salud conductual o integrada que le remitan a VR o póngase en contacto directamente con la oficina local de VR.

Para obtener más información y localizar la oficina de VR más cercana, visite des.az.gov/services/employment/rehabilitation-services/vocational-rehabilitation-vr.

ARIZONA@WORK

Este centro estatal de empleo ofrece una amplia gama de servicios laborales gratuitos, para conectar a los solicitantes de empleo de Arizona con un empleo remunerado. A través de ARIZONA@WORK, puede ponerse en contacto con empresarios locales que tienen ofertas de empleo inmediato en la mayor base de datos de empleo de Arizona, el sitio web Arizona Job Connection.

ARIZONA@WORK puede ponerle en contacto con sus socios, para que le asesoren y orienten sobre todo tipo de temas, desde el cuidado de niños, las necesidades básicas, la rehabilitación profesional para solicitantes de empleo con discapacidades y las oportunidades educativas.

Para más información y para localizar la oficina de ARIZONA@WORK más cercana, visite: arizonaatwork.com/.

Planificación y capacitación en materia de beneficios

Hay diversos mitos relacionados con el trabajo y los beneficios. Hay muchas personas con discapacidades que reciben beneficios y que trabajan y están mejor. Tener una discapacidad no significa no poder trabajar. Hable con su centro de salud conductual o integrado para obtener más información sobre los siguientes recursos:

- **Arizona Disability Benefits 101 (DB101)** - Esta herramienta en línea, gratuita y fácil de usar, ayuda a las personas a superar los mitos y la confusión sobre las prestaciones del Seguro Social, la asistencia médica y el empleo. DB101 ayuda a las personas a tomar decisiones con conocimiento de causa cuando se plantean conseguir un empleo, informándoles de cómo se compaginan los ingresos laborales y los beneficios. Visite: az.db101.org para acceder a esta valiosa herramienta.
- **ABILITY360** - Dentro de ABILITY360 hay un programa llamado Benefits 2 Work Arizona's Work Incentives Planning & Assistance (B2W WIPA) que puede ayudarle a entender cómo los ingresos laborales afectarán a sus beneficios económicos, médicos y de otro tipo a través de un análisis de beneficios. Para ponerse en contacto con un especialista de admisión, llame al programa B2W WIPA al 602-443-0720 o al 866-304-WORK (9675), o envíe un correo electrónico a b2w@ability360.org y compruebe si califica para este servicio gratuito.

Desarrollo y capacitación de la fuerza laboral

La siguiente información se aplica a los proveedores de atención contratados con Molina Healthcare para los servicios de salud conductual de AHCCCS Complete Care (ACC). Analiza los requisitos, las expectativas y las recomendaciones para el desarrollo de la fuerza laboral. Las iniciativas se ajustan a la política de desarrollo de la fuerza laboral del AHCCCS ACOM 407.

El departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral de Molina (WFD, por sus siglas en inglés) implementa, supervisa y regula las actividades y requisitos de WFD de los proveedores. Evalúa el efecto de los requisitos y actividades de WFD, para apoyar a los proveedores en el desarrollo de una fuerza laboral calificada, informada y competente.

En colaboración con la Alianza de Desarrollo de la Fuerza Laboral, que consta de la Asociación de Planes de Salud de Arizona (AzAHP), AHCCCS, y todos los planes de salud ACC/RBHA/ALTCS, nos aseguramos de que todo el contenido del curso sea culturalmente apropiado, tenga un enfoque informado sobre el trauma y se desarrolle utilizando principios y directrices de aprendizaje para adultos. Además, está en consonancia con las directrices de la compañía y las normas del sector de WFD, las competencias básicas de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) para WFD, los requisitos federales y estatales, y los requisitos de varios organismos, entidades y acuerdos legales.



Información médica protegida

Molina Healthcare se rige por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y la ley federal sobre Confidencialidad de los Registros de Pacientes de Trastornos por Consumo de Sustancias (Parte 2 del Título 42 del CFR). Tenemos normas para mantener su información médica protegida (PHI).

Esto incluye la PHI oral, escrita y electrónica. Ejemplos de información que se protege:

- Nombre del miembro
- Número de identificación de miembro
- Número de Seguro Social.
- Fecha de nacimiento
- Dirección del miembro
- Teléfono del miembro.
- Estado de salud
- Nombre de los médicos que le brindan atención.

En el Aviso de prácticas de privacidad, se indican sus derechos de acuerdo con la HIPAA. Usted tiene derecho a ver, corregir y obtener copias de su PHI. Molina puede utilizar la PHI para las actividades del plan de salud. Esto incluye pagar las facturas del médico o la atención que le brindamos.

Es posible que tengamos que compartir esta información si así lo exigen la ley estatal o federal.

Si puede recibir los beneficios de la Administración de Atención, su Administrador de atención le explicará el formulario de Autorización para Usar y Divulgar Información (Authorization to Use and Disclose Information, AUD). En este formulario se le pregunta si desea compartir su información con otras personas para coordinar toda su atención médica.

Su Administrador de atención le dará el formulario, o puede llamar a Servicios para miembros. Puede cancelar el permiso en cualquier momento.

Si necesita ayuda para llenar el formulario, llame al número de teléfono gratuito de Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

Divulgación de información sobre afecciones delicadas

Para la divulgación de información sobre afecciones y servicios protegidos y delicados, incluidos el tratamiento para el consumo de sustancias, la hepatitis C, el VIH/SIDA y los servicios psicoterapéuticos, se requiere un permiso específico de su parte antes de que podamos compartir dicha información con otros proveedores.

El formulario de Autorización para Usar y Divulgar Información Médica Protegida (AUD) de Molina Healthcare se utiliza para indicar las condiciones en las que se permite la divulgación. Puede encontrar este formulario en [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com).



Servicios de salud escolar

Las escuelas locales u otras agencias estatales pueden prestar algunos servicios de salud escolar, incluidos ciertos servicios médicos, de salud mental, de audición o de terapia de rehabilitación.

La ley exige que las escuelas ofrezcan a los estudiantes con discapacidades una educación pública apropiada y sin costo, que incluya educación especial y servicios relacionados de acuerdo con el Programa de Educación Personalizado (Individualized Education Program, IEP) de cada estudiante. Si bien las escuelas son financieramente responsables de los servicios educativos, en el caso de un estudiante elegible para Medicaid, parte de los costos de los servicios identificados en el IEP del estudiante puede estar cubierta por Medicaid.

Los administradores de atención de Molina trabajan con usted, las escuelas y las agencias estatales para coordinar la prestación de estos servicios. Comuníquese con la escuela de su hijo, la agencia estatal o su Administrador de atención si tiene preguntas sobre estos servicios.



Coordinación de la atención con otros organismos estatales

Molina puede coordinar la atención con otras agencias estatales según sea necesario para garantizar que obtenga la mejor calidad de atención. Algunos ejemplos pueden incluir, entre otros, los que se indican a continuación:

- Departamento de Seguridad Infantil de Arizona (Arizona Department of Child Safety, DCS).
- Arizona Families F.I.R.S.T (Familias en Recuperación que Triunfan Juntas)
- Departamento de Educación de Arizona (ADE), escuelas u otras autoridades educativas
- Departamento de Seguridad Económica de Arizona (Arizona Department of Economic Security, ADES) y Administración de Servicios de Rehabilitación de Arizona (Rehabilitation Services Administration, RSA).
- Tribunales.
- Sistemas correccionales.

Molina solo divulga la información referente a la atención. La información sobre el consumo de sustancias, la hepatitis C y el VIH/SIDA solo se divulga si hay un formulario de consentimiento firmado en el que usted autorice la divulgación de esta información. Molina comparte su información para que podamos asegurarnos de que todas las partes involucradas tengan la misma información. También nos permite proporcionarle ayuda para obtener los servicios adicionales que se señalan en los planes de tratamiento.

Hay más información disponible en Oig.hhs.gov/fraud o Azahcccs.gov/Fraud/ReportFraud/.

Glosario de términos

Términos de atención médica administrada

Apelar: solicitar la revisión de una decisión que niega o limita un servicio.

Copago: dinero que se le solicita al miembro que pague por un servicio de salud cubierto, cuando se presta el servicio.

Equipo médico duradero: equipo y suministros de uso repetido solicitados por un proveedor de atención médica por razones médicas.

Condición médica de emergencia: enfermedad, lesión, síntoma o afección (incluido el dolor intenso) que, de no recibir atención médica inmediata, una persona razonable pudiera esperar que se produzcan las situaciones que se indican a continuación.

- Poner en peligro la salud de la persona.
- Poner en peligro al bebé de una mujer embarazada.
- Ocasionar daños graves en las funciones corporales.
- Ocasionar daños graves a cualquier órgano o parte del cuerpo.

Transporte médico de emergencia: ver SERVICIOS DE AMBULANCIA DE EMERGENCIA.

Servicios de ambulancia de emergencia: transporte en ambulancia para una afección de emergencia.

Atención de la sala de emergencias: atención que recibe en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia: servicios para tratar una afección de emergencia. **Servicios excluidos:** ver EXCLUIDOS.

Excluidos: servicios que no cubre el AHCCCS. Ejemplos de servicios excluidos:

- Servicios que están por encima de un límite.
- Servicios experimentales.
- Servicios que no son médicamente necesarios.

Reclamo: una queja que el miembro comunica a su plan de salud. No incluye quejas por la decisión de un plan de salud de denegar o limitar una solicitud de servicios.

Dispositivos y servicios de recuperación de habilidades: ver RECUPERACIÓN DE HABILIDADES.

Recuperación de habilidades: servicios que ayudan a una persona a obtener y mantener las destrezas y el funcionamiento para la vida diaria.

Seguro médico: cobertura de los costos de los servicios de atención médica.

Atención médica domiciliaria: ver SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS.

Servicios médicos domiciliarios: enfermería, auxiliares de atención médica domiciliaria, servicios de terapia, y suministros médicos, equipos y aparatos que un miembro recibe en su hogar por orden de un médico.

Servicios en centros de cuidados paliativos: servicios de comodidad y apoyo para un miembro que un médico considera que está en las últimas etapas de la vida (seis meses o menos).

Atención ambulatoria en el hospital: atención en un hospital que normalmente no requiere la estadía de durante la noche.

Hospitalización: ser hospitalizado o permanecer en un hospital.

Medicamento necesario: un servicio cubierto brindado por un médico o proveedor médico autorizado que ayuda con los problemas de salud, a parar enfermedades, a las discapacidades o a la extensión de la vida.

Red: médicos, proveedores de atención médica, proveedores y hospitales que tienen contrato con un plan de salud para brindar atención a los miembros.

Proveedor no participante: ver PROVEEDOR FUERA DE LA RED.

Proveedor fuera de la red: un proveedor de atención médica que tiene un acuerdo de proveedor con el AHCCCS, pero no tiene un contrato con su plan de salud. Es posible que usted deba pagar el costo de la atención de los proveedores fuera de la red.

Proveedor participante: ver PROVEEDOR DE LA RED.

Proveedor de la red: un proveedor de atención médica que tiene un contrato con su plan de salud.

Servicios de médico: servicios de atención médica proporcionados por un médico autorizado.

Plan: ver PLAN DE SERVICIO.

Plan de servicio: una descripción escrita de los servicios de salud cubiertos y otros apoyos, que pueden incluir los que se indican a continuación.

- Metas individuales.
- Servicios de apoyo familiar.
- Coordinación de atención
- Planes para ayudar al miembro a mejorar su calidad de vida.
- Apoyo entre pares y recuperación.

Preautorización: ver AUTORIZACIÓN PREVIA.

Autorización previa: aprobación por parte de un plan de salud que puede ser necesaria antes de recibir un servicio. Esta no asegura que el plan de salud cubra el costo del servicio.

Prima: el monto mensual que un miembro paga por el seguro médico. Un miembro puede tener otros costos de atención, incluidos deducibles, copagos y coseguros.

Cobertura de medicamentos recetados: medicamentos recetados y medicamentos que paga su plan de salud.

Medicamentos recetados: medicamentos ordenados por un profesional de atención médica y proporcionados por un farmacéutico.

Médico de atención primaria: médico que se define como una persona autorizada como médico alópata (Dr./Dra.) o médico osteópata (DO).

Proveedor de atención primaria (PCP): persona responsable de la administración de la atención médica del miembro. Un PCP puede ser:

- Persona autorizada como médico osteópata o alópata.
- Proveedor médico definido como asociado médico autorizado.
- Enfermero especializado certificado.
- Médico naturópata para miembros del AHCCCS menores de 21 años que reciban servicios de EPSDT.

El PCP debe ser una persona, no un grupo ni una asociación de personas, como una clínica.

Proveedor: persona o grupo que tiene un acuerdo con el AHCCCS para proporcionar servicios a sus miembros.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: ver REHABILITACIÓN.

Rehabilitación: servicios que ayudan a una persona a restaurar y mantener las destrezas y el funcionamiento para la vida diaria que se hayan perdido o trastornado.

Atención de enfermería especializada: servicios especializados brindados en su hogar o en un centro de enfermería por enfermeros o terapeutas autorizados.

Especialista: médico que practica un área específica de la medicina o que se concentra en un grupo de pacientes.

Cuidado urgente: cuidado para una enfermedad, lesión o afección de una gravedad suficiente como para buscar atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Términos de atención de maternidad

Enfermero partero certificado (CNM): una persona certificada por el American College of Nursing Midwives (Colegio Estadounidense de Enfermeros Parteros [ACNM]) mediante un examen de certificación nacional y autorizada para ejercer en Arizona por el Consejo Estatal de Enfermería. Los CNM practican el tratamiento independiente de la atención para mujeres embarazadas y recién nacidos, y brindan atención prenatal, intraparto, posparto, ginecológica, y atención para recién

nacidos, dentro de un sistema de atención médica que brinda consultas médicas, administración colaborativa o remisión.

Centros independientes de maternidad: centros de obstetricia ambulatorios y extrahospitalarios, autorizados por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) y certificados por la Comisión para la Acreditación de Centros Independientes de Maternidad. Estos centros cuentan con personal compuesto por enfermeros registrados y proveedores de atención de maternidad para brindar asistencia con los servicios de trabajo de parto y el parto, y están equipados para asistir en el trabajo de parto en el caso de partos sin complicaciones y de bajo riesgo. Estos centros estarán afiliados y ubicados cerca de un hospital de cuidados intensivos, que atienden las posibles complicaciones.

Embarazo de alto riesgo: se refiere a una afección en la que la madre, el feto o el recién nacido están o se ven afectados por un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto. El riesgo alto se determina mediante el uso de herramientas estandarizadas de evaluación del riesgo médico de la Medical Insurance Company of Arizona (MICA) o del American College of Obstetricians and Gynecologists (Colegio Estadounidense de Obstetras [ACOG]).

Partero certificado: una persona autorizada por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) para brindar atención de maternidad conforme a A.R.S. Título 36, Capítulo seis, artículo siete y A.A.C. R9-16 (este tipo de proveedor no incluye enfermeros parteros certificados con licencia de la Junta de enfermería como enfermero especializado en partos o asistentes médicos con licencia de la Junta médica de Arizona).

Atención de maternidad: incluye la detección del embarazo, el cuidado prenatal, los servicios de trabajo de parto/parto y la atención posparto.

Coordinación de atención de maternidad: consta de las siguientes actividades relacionadas con la atención de maternidad: determinación de las necesidades médicas o sociales de la miembro a través de una evaluación de riesgos; desarrollo de un plan de atención diseñado para abordar esas necesidades; coordinación de remisiones de la miembro a proveedores de servicios y recursos comunitarios apropiados; monitoreo de remisiones para garantizar la recepción de los servicios; y revisión del plan de cuidados, según corresponda.

Proveedor médico: se refiere a enfermeros especializados en parto y certificados, asistentes de médicos y otros enfermeros especializados. Los asistentes médicos y los enfermeros profesionales están definidos en A.R.S. Título 32, capítulos 15 y 25, respectivamente.

Posparto: periodo que comienza el último día de embarazo y que se extiende hasta el final del mes en el que termina el plazo de 60 días después de la finalización del embarazo. Las medidas de calidad que se utilizan para mejorar la calidad de la atención de maternidad pueden utilizar diferentes criterios para el periodo posparto.

Atención de posparto: atención médica proporcionada durante un periodo que comienza el último día de embarazo y se extiende hasta el final del mes en el que termina el plazo de 60 días después de la finalización del embarazo.

Asesoramiento previo a la concepción: suministro de ayuda y orientación dirigida a identificar/reducir los riesgos conductuales y sociales, a través de intervenciones preventivas y de control, en mujeres en edad reproductiva que puedan quedar embarazadas, independientemente de si ellas planean o no concebir. Este asesoramiento se centra en la detección temprana y el manejo de los factores de riesgo antes del embarazo e incluye esfuerzos para influir en los comportamientos que pueden afectar al feto antes de la concepción. El propósito del asesoramiento previo a la concepción es garantizar que una mujer esté sana antes del embarazo. El asesoramiento previo a la concepción se considera incluido en la consulta de atención médica preventiva para mujeres y no incluye pruebas genéticas.

Cuidado prenatal: prestación de servicios de salud durante el embarazo que está compuesta por los tres componentes principales que se mencionan a continuación:

1. Evaluación de riesgos temprana y continua.
2. Educación y promoción de la salud.
3. Monitoreo médico, intervención y seguimiento.



La discriminación va en contra de la ley

Molina Healthcare cumple la ley. Tratamos a todas las personas por igual. No discriminamos a nadie en función de lo siguiente:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Edad
- Discapacidad
- Sexo

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades. Queremos que pueda comunicarse con nosotros con facilidad. Ofrecemos los siguientes beneficios:

- Intérpretes aprobados de lenguaje de señas.
- Información escrita en diversos formatos. Entre estos se pueden incluir los siguientes:
 - Letra grande
 - Audio
 - Formatos electrónicos accesibles
 - Otros formatos

También proporcionamos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés. Ofrecemos los siguientes beneficios:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas.

Llámenos al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) si necesita alguno de estos servicios.

Si cree que no proporcionamos estos servicios o que lo discriminamos de otra manera, hay dos medios para presentar una queja:

- (866) 606-3889
- [MOLINAHEALTHCARE.ALERTLINE.COM](https://www.molinahealthcare.com/alertline)

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede hacerlo en línea en [Ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf). O puede hacerlo por correo o por teléfono.

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019
TTY/TDD: (800) 537-7697

Los formularios de queja se encuentran disponibles en línea. Puede encontrarlos en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Ayuda en otros idiomas

English

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

Navajo

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee aká'ánída'áwo'deé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

Chino

注意：我們可為您提供免費語言服務。請致電 (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711)

Vietnamita

CHÚ Ý: Hiện có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin gọi số (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

Árabe

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-424-5891 رقم 711 والبكم الصم هـ

Tagalo

PAUNAWA: May magagamit kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711).

Coreano

주의: 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Francés

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (800) 424-5891, ATS 711.

Alemán

HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer (800) 424-5891, Schreibtelefon (TTY/TDD): 711.

Ruso

ВНИМАНИЕ: если Вы говорите на русском языке, то Вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 424-5891, TTY 711.

Japonés

注意：言語支援サービスを無料でご利用いただけます。
(800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) までお電話ください。

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما بگیرید تماس
با. باشد می فر (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711)

Amárico

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ
ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (800) 424-5891 (መስማት ለተሳናቸው 711)።

Serbocroata

PAŽNJA: Usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite

(800) 424-5891 (TTY/TDD- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Tailandés

โปรดทราบ: คุณสามารถขอบริการช่วยเหลือทางภาษาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711)



Preocupaciones por la calidad de la atención

Su derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención

Si no está satisfecho con la atención o el servicio que recibe de un proveedor o en un centro, queremos conocer su opinión. Usted, o la persona que designe para actuar en su nombre, puede ponerse en contacto con el Departamento de Administración de la Calidad 24 horas al día, siete días a la semana (incluidos fines de semana y feriados). El problema o preocupación que nos comunique se tratará como un problema de calidad de la atención. Hay varias formas de presentar una queja sobre la calidad de la atención:

Por teléfono: Llame a Servicios para miembros al (800) 424-5891 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora local/hora estándar de la montaña (MST).

Por correo electrónico: MCCAZ-QOC@MolinaHealthcare.com

Por correo postal: Envíe una carta a la siguiente dirección:
Molina Healthcare
Attn: Quality Management Department
5055 E Washington St, Suite 210
Phoenix, AZ 85034

Llámenos si necesita ayuda para presentar una queja sobre la calidad de la atención.

MolinaHealthcare.com
31738HBMDAZES
230718

