



HealthChoice Illinois MLTSS

Molina Healthcare of Illinois

Manual del Miembro

Fecha de entrada en vigencia: 6/29/2023

Departamento de Servicios para Miembros: (855) 687-7861
TTY/TDD: 711

¡Bienvenido a la familia Molina Healthcare of Illinois!

Introducción al Plan:

¡Bienvenido a Molina Healthcare HealthChoice Illinois MLTSS! Nos comprometemos a tratarle con respeto y a que reciba la atención que necesita.

Ahora es miembro de Molina Healthcare. Molina Healthcare es un plan de atención médica, también conocido como Organización de Atención Médica Administrada (MCO), que cubre servicios para aquellas personas que participan en un Programa de Asistencia Médica de Illinois. Con Molina Healthcare, usted obtiene cobertura para atención médica las 24 horas del día sin costo alguno para usted.

Este manual le informará sobre sus beneficios. Léalo con atención. Explica los siguientes temas:

- Cómo recibir servicios de atención médica.
- Los beneficios adicionales que obtiene como miembro de Molina Healthcare.
- Información de contacto para saber a quién llamar.

Si necesita este manual en español o en otro idioma o formato frecuentes, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Podemos proporcionar materiales en otros idiomas o formatos. Díganos qué necesita y le ayudaremos.

Para obtener más información, visite nuestro sitio web MolinaHealthcare.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **(855) 687-7861 (TTY 711)**. El personal de Molina Healthcare está disponible para ayudarle de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Si usted tiene cualquier problema para leer o comprender esta o cualquier otra información de Molina Healthcare, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare al (855) 687-7861 para recibir ayuda.

Números de teléfono y contactos importantes:

Visítenos en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com para obtener información actualizada.

Departamento de Servicios para Miembros

(855) 687-7861

TTY/Servicio de Retransmisión de Illinois: 711

Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas

Inglés: (888) 275-8750

Español: (866) 648-3537

TTY/Servicio de Retransmisión de Illinois: 711

Línea de Crisis de Salud Conductual disponible las 24 horas

Inglés: (888) 275-8750

Español: (866) 648-3537

TTY/Servicio de Retransmisión de Illinois: 711

Transporte

(844) 644-6354 para reservas y asistencia para la fecha del viaje

TTY/Servicio de Retransmisión de Illinois: 711

Coordinación de Atención

(855) 687-7861

TTY/Servicio de retransmisión de Illinois: 711

Contenido

Departamento de Servicios para Miembros:.....	3
Tarjeta de identificación (ID) del miembro:.....	4
Inscripción abierta:.....	5
Red de proveedores:.....	5
Programación de citas:.....	5
Servicios cubiertos:.....	5
Servicios Cubiertos de Apoyo y Servicios Administrados a Largo Plazo (MLTSS):.....	5
Servicios cubiertos comunitarios y a domicilio (Solamente para clientes que cuentan con una exención):.....	6
Servicios cubiertos limitados:.....	7
Servicios no cubiertos:.....	7
Servicios de transporte:.....	8
Costos compartidos:.....	8
Coordinación de atención.....	8
Directivas anticipadas:.....	9
Quejas y apelaciones:.....	9
Derechos y responsabilidades:.....	17
Fraude, despilfarro y abuso:.....	18
Definiciones:.....	20
Designación de un representante autorizado.....	23

Departamento de Servicios para Miembros:

¡Bienvenido a Molina Healthcare!

Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare. Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está listo para ayudarle a aprovechar al máximo su plan de salud.

El Departamento de Servicios para Miembros puede brindarle ayuda con lo siguiente:

- Comprender sus beneficios.
- Actualizar su información de contacto.
- Solicitar una tarjeta de identificación nueva.
- Obtener una copia de este manual o de cualquier material impreso de Molina Healthcare en otro idioma formato.

También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7861, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Las personas sordas o con problemas de audición deben llamar al Servicio de Retransmisión de Illinois al TTY: 711.

Cierres por días festivos

La oficina de Molina Healthcare permanecerá cerrada los siguientes días:

- Año Nuevo.
- Día de los Caídos.
- Día de la Independencia.
- Día del Trabajo.
- Día de Acción de Gracias.
- El día siguiente al Día de Acción de Gracias.
- Día de Nochebuena, abierto desde las 8 a. m. hasta el mediodía.
- Día de Navidad.
- Víspera de Año Nuevo, abierto desde las 8 a. m. hasta el mediodía.

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

Se puede comunicar con nuestra Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas en inglés al (888) 275-8750 y en español al (866) 648-3537, TTY: 711, las 24 horas del día, los siete días de la semana, para responder a preguntas sobre su salud. El personal de enfermería está disponible para ayudarle a decidir si necesita acudir a la sala de emergencias o a un centro de atención urgente. Pueden ayudar a responder a preguntas sobre sus beneficios fuera del horario de atención.

Lo que encontrará en nuestro sitio web

Visite nuestro sitio web MolinaHealthcare.com para obtener información actualizada.

En nuestro sitio web, puede hacer lo siguiente:

- Buscar un proveedor u otros centros dentro de la red cercanos a su domicilio.
- Obtener más información sobre sus beneficios.
- Ver el certificado de cobertura y la descripción de la cobertura.
- Leer las preguntas más frecuentes.
- Obtener una copia del Manual del Miembro más reciente.
- Y mucho más.

Este manual también está publicado en MolinaHealthcare.com

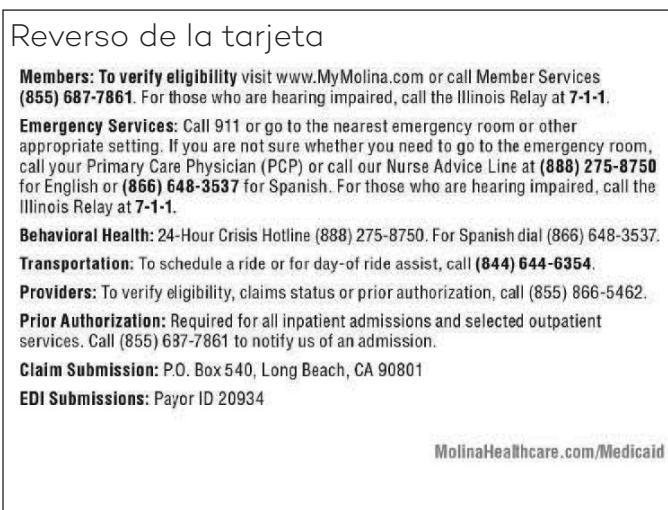
Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7861, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Tarjeta de identificación (ID) del miembro:

Recibirá su tarjeta de identificación del miembro de Molina Healthcare por correo. Lleve esta tarjeta con usted en todo momento. Esta tarjeta reemplaza su tarjeta de atención médica de HealthCare and Family Services (HFS). Esta tarjeta es válida mientras sea miembro de Molina Healthcare. Tiene números telefónicos importantes. Deberá mostrarla cuando reciba los servicios.

Información que se encuentra en su tarjeta de identificación del miembro:

- Su nombre.
- Su fecha de nacimiento (DOB).
- Nombre del Plan.
- Núm. de ID de Medicaid del estado.
- Fecha de vigencia.
- Núm. del Departamento de Servicios para Miembros.
- Línea Directa de Enfermería disponible las 24 horas al día.
- Núm. de atención de salud conductual.
- Núm. de atención de odontología.
- Núm. de transporte.
- Nombre y dirección de MCO.
- Envío de reclamaciones a P.O. Box 540, Long Beach, CA, 90801.



Asegúrese de que la información en su tarjeta sea correcta. Si algún dato de su tarjeta es incorrecto, visite MyMolina.com para actualizar sus registros. Si el proveedor de atención primaria (PCP) que aparece en su tarjeta de identificación no es el que le atiende, o si desea consultar a un PCP diferente, puede actualizar esta información en MyMolina.com. Visite MyMolina.com para imprimir una tarjeta de identificación provisoria y solicitar una nueva. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda. Su PCP debe ser un proveedor de la red. Contamos con una lista en línea de proveedores dentro de la red en nuestro directorio de proveedores. Si aún no tiene su tarjeta de identificación del miembro, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Inscripción abierta:

Una vez al año, usted puede cambiar los planes de salud durante un periodo específico llamado “Inscripción Abierta”. Los Servicios de Inscripción de Clientes (CES) le enviarán una carta de inscripción abierta aproximadamente 60 días antes de la fecha de su aniversario de inscripción. Su fecha de aniversario ocurre un año después la fecha de inicio de su plan de salud. Tendrá 60 días durante su período de inscripción abierta para realizar un cambio de plan, solo debe llamar a CES al (877) 912-8880. Una vez que haya finalizado el período de 60 días, independientemente de si se realizó un cambio de plan, no podrá realizar cambios durante 12 meses. Si tiene preguntas sobre su inscripción o cancelación de inscripción en Molina Healthcare, comuníquese con el Servicio de Inscripción de Clientes (CES) llamando al (877) 912-8880.

Red de proveedores:

Molina ofrece una gran red de proveedores para ayudarle a obtener el cuidado y los servicios que necesita. El directorio de proveedores de Molina puede ayudarle a encontrar proveedores dentro de la red. En el directorio de proveedores se ofrece una lista de los nombres, los números de teléfono y las direcciones de nuestros proveedores dentro de la red. El directorio de proveedores de Molina se encuentra en nuestro sitio web. Visite MolinaHealthcare.com para buscar nuestros proveedores de la red. Si necesita una copia impresa del directorio de proveedores o si necesita ayuda para escoger un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7861.

Programación de citas:

Es muy importante que acuda a las citas que programe para recibir los servicios cubiertos. Llame a su proveedor, al menos, un día antes de su cita en caso de que no pueda asistir. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7861, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Servicios cubiertos:

Molina Healthcare cubre determinados servicios ambulatorios de salud mental/conductual y de transporte que no sea de emergencia. Para obtener una lista de los servicios cubiertos, consulte nuestro Certificado de Cobertura/Descripción de la Cobertura. La Descripción de la Cobertura incluye una lista completa de los servicios cubiertos. Visite nuestro sitio web MolinaHealthcare.com para obtener una copia.

También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7861 si desea solicitar una copia impresa. Pueden aplicarse algunas limitaciones y requisitos de autorización previa.

Servicios Cubiertos de Apoyo y Servicios Administrados a Largo Plazo (MLTSS):

Los servicios cubiertos de MLTSS incluyen los siguientes:

- Servicios de salud mental como por ejemplo: Terapia grupal e individual, asesoramiento, tratamiento comunitario, control de medicamentos y más.

- Servicios relacionados con el alcohol y el consumo de sustancias como por ejemplo: Terapia grupal e individual, asesoramiento, rehabilitación, servicios de metadona, control de medicamentos y más.
- Algunos servicios de transporte a citas.
- Servicios de atención a largo plazo en centros especializados y de cuidado intermedio.

Servicios cubiertos comunitarios y a domicilio (Solamente para clientes que cuentan con una exención):

Esta es una lista de algunos servicios y beneficios médicos que Molina Healthcare cubre en el caso de los miembros que cuentan con una exención para servicios basados en el hogar y la comunidad.

Departamento para Adultos Mayores (DoA), *Personas mayores:*

- Servicio diurno para adultos.
- Transporte a servicios diurnos para adultos.
- Servicio doméstico.
- Sistema de respuesta en caso de emergencia personal (PERS).

Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS), *Personas con discapacidades o HIV/AIDS:*

- Servicio diurno para adultos.
- Transporte a servicios diurnos para adultos
- Adaptaciones de accesibilidad al entorno del hogar.
- Asistencia médica a domicilio.
- Enfermería intermitente.
- Enfermería especializada (RN y LPN).
- Terapia ocupacional.
- Asistencia médica a domicilio.
- Fisioterapia.
- Terapia del habla.
- Servicio doméstico.
- Comidas a domicilio.
- Asistente personal.
- Sistema de respuesta en caso de emergencia personal (PERS).
- Servicio de relevo.
- Equipos y suministros médicos especializados.

Información compartida de HIV

Molina Healthcare está trabajando con el Estado de Illinois para detener nuevos casos de HIV. El Illinois Department of Public Health compartirá los datos de HIV de sus registros con las IL Medicaid and IL Medicaid Manager Care Organizations para brindar una mejor atención a las personas que viven con HIV. El nombre, la fecha de nacimiento, el número del Seguro Social, el estado del HIV, así como otra información, se comparten de forma segura para todos los miembros de Medicaid.

Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS), *Personas con una lesión cerebral:*

- Servicio diurno para adultos.
- Transporte a servicios diurnos para adultos.
- Adaptaciones de accesibilidad al entorno del hogar.
- Empleo con apoyo.
- Asistencia médica a domicilio.
- Enfermería intermitente.
- Enfermería especializada (RN y LPN).
- Terapia ocupacional.
- Fisioterapia.
- Terapia del habla.
- Servicios prevocacionales.
- Recuperación de habilidades por día;
- Servicio doméstico.
- Comidas a domicilio.
- Asistente Personal.
- Sistema de respuesta en caso de emergencia personal (PERS).
- Servicio de relevo.
- Equipos y suministros médicos especializados.
- Servicios conductuales (M.A. y PH.D.)

Atención médica y servicios para familias (HFS), *Ayuda para la vida diaria*

- Asistencia para las actividades de la vida diaria.

Servicios cubiertos limitados:

- El plan de salud puede proporcionar servicios de esterilización solo en la medida en que lo permitan las leyes estatales y federales.
- Si el plan de salud proporciona una histerectomía, este debe completar el formulario HFS 1977 y archivarlo completo en la historia clínica del afiliado.

Servicios no cubiertos:

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

- Servicios de naturaleza experimental o de investigación.

- Servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red y que no están autorizados por su plan de salud.
- Servicios proporcionados sin la remisión necesaria o la autorización previa requerida.
- Cirugía estética electiva.
- Atención por infertilidad.
- Cualquier servicio que no sea médicamente necesario.
- Servicios proporcionados a través de agencias educativas locales.
- Servicios de intervención temprana, incluida administración de la atención
- Servicios financiados a través del Fondo Complementario de Servicios de Rehabilitación Juvenil.
- Servicios como suicidio asistido.

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

Servicios de transporte:

Con el fin de ayudarle a recibir la atención que necesita, Molina Healthcare puede proporcionar transporte, si lo necesita, para acudir a las citas de los servicios cubiertos.

Si desea organizar un viaje o si tiene alguna pregunta, llame al (844) 644-6354, TTY: 711. Llame lo antes posible para programar su viaje, pero no menos de 72 horas antes de su cita.

Es posible que Molina Healthcare no pueda programar el transporte si no llama al menos 72 horas antes de su cita.

Costos compartidos:

Este plan no tiene obligaciones de costos compartidos.

Coordinación de atención

Vivir con problemas de salud puede ser difícil. Molina Healthcare tiene administradores de casos para ayudarle. Los administradores de casos son profesionales de la salud médica o conductual.

El programa de coordinación de cuidados puede ayudarle a hacer lo siguiente:

- Elaborar y actualizar los planes de cuidado para satisfacer sus necesidades de atención
- Facilitar la programación de citas para servicios de salud mental y salud conductual cubiertos.
- Identificar brechas en su atención.
- Ayudar a coordinar su atención con sus proveedores para la atención a largo plazo
- Comprender los beneficios y servicios que obtiene como miembro de Molina Healthcare a través del programa de Servicios de Exención Basados en el Hogar y la Comunidad.

Para obtener más información sobre el Programa de Coordinación de Atención de Molina Healthcare, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 687-7861.

Directivas anticipadas:

Tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención médica que recibe ahora y la que recibirá en el futuro. Ahora puede tomar decisiones sobre la atención que desea recibir en caso de que se enferme tanto que no pueda hablar por sí mismo. Una directiva anticipada es una decisión escrita que toma sobre su atención médica en el futuro en caso de que esté tan enfermo que no pueda decidir en ese momento. En Illinois, se dispone de cuatro tipos de directivas anticipadas, como las que se indican a continuación:

- **Poder Notarial de Atención Médica:** le permite escoger a alguien para tomar sus decisiones de atención médica si está demasiado enfermo para decidir por sí mismo.
- **Testamento Vital:** le informa a su médico y a otros proveedores el tipo de atención que desea recibir si padece una enfermedad terminal que no mejorará.
- **Preferencia de salud mental:** le permite decidir si desea recibir algunos tipos de tratamiento de salud mental que podrían ayudarle.
- **Orden de no resucitación (DNR):** le indica a su familia, a todos sus médicos y otros proveedores lo que desea hacer en caso de que su corazón o su respiración se detengan.

Puede obtener más información sobre las directivas anticipadas a través de su plan de salud o de su doctor. Si lo hospitalizan, es posible que le pregunten si tiene una directiva anticipada. No es necesario que tenga una. No es necesario que tenga una para recibir atención médica, pero en la mayoría de los hospitales recomiendan que sí la tenga. Si lo desea, puede optar por una o más de estas directivas anticipadas y puede cancelarlas o modificarlas en cualquier momento.

- Toda persona de 18 años o más que esté en pleno uso de sus facultades mentales y pueda tomar sus propias decisiones puede tener una directiva anticipada. No necesita un abogado para completar una directiva anticipada. Aun así, puede decidir hablar con un abogado. Hable con su proveedor para obtener un formulario de directiva anticipada. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a fin de obtener un formulario de directiva anticipada.
- Una vez que haya recibido y completado los formularios de directiva anticipada y los haya firmado correctamente, guárdelos en un lugar seguro y proporcione copias a su PCP y a sus familiares.
- En el formulario, se le informará a su familia, a sus proveedores y a aquellas personas que necesitan saber cómo desea que le atiendan durante una enfermedad o una emergencia médica. En el formulario, se indicará cómo desea ser atendido, incluso cuando ya no pueda hablar por sí mismo. Después de que complete el formulario, se guardará en su expediente médico. Puede cancelar o modificar una directiva anticipada en cualquier momento. Solo tiene que hablar con su proveedor. Si tiene alguna pregunta, el Departamento de Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo(a). Se puede comunicar al (855) 687-7861, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Quejas y apelaciones:

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

Quejas

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

Molina Healthcare toma muy en serio las quejas de los Miembros. Queremos saber lo que no está bien; de este modo, podremos mejorar nuestros servicios. Si tiene una queja sobre un proveedor, sobre la calidad de la atención o sobre los servicios que recibió, debe informarnos de inmediato. Molina Healthcare tiene procedimientos especiales en vigor para ayudar a los miembros que presentan quejas. Nos esforzaremos al máximo para responder a sus preguntas o ayudarlo a resolver su inquietud. La presentación de una queja no afectará sus servicios de atención médica ni su cobertura de beneficios.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Apelaciones

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

- Qué acción se llevó a cabo y el motivo.
- Su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal y cómo hacerlo.
- Su derecho, en ciertas circunstancias, a solicitar una apelación acelerada y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar la continuidad de sus beneficios durante su apelación, cómo hacerlo y cuándo es posible que deba pagar por los servicios.

Es posible que no esté de acuerdo con una decisión o acción tomada por Molina Healthcare acerca de sus servicios o un elemento que solicitó. Una apelación es un medio mediante el cual usted solicita una revisión de nuestras acciones. Puede apelar dentro de los **sesenta (60) días naturales** posteriores a la fecha que aparece en nuestro formulario de Determinación Adversa de Beneficios. Si desea que sus servicios no se modifiquen mientras realiza el proceso de apelación, debe indicarlo en la apelación. Debe presentar su apelación antes del transcurso de **diez (10) días naturales** a partir de la fecha que aparece en nuestro formulario de Determinación Adversa de Beneficios. En la lista que aparece a continuación, se incluyen ejemplos de las ocasiones en las que probablemente quiera presentar una apelación.

- No aprobar o pagar un servicio o artículo que su proveedor solicita.
- La interrupción de un servicio que anteriormente se aprobó.
- La no prestación del servicio o la falta de entrega de los artículos de manera oportuna.
- No se le informó su derecho a la libertad de elección de proveedores.
- No se aprobó un servicio para usted, ya que no estaba en nuestra red.

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

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

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

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

¿Alguien puede ayudarle con el proceso de apelación?

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

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

Para designar a alguien que le represente, puede adoptar una de las siguientes medidas: 1) envíenos una carta que nos informe que desea que un tercero le represente e incluya en la carta su información de contacto, o bien 2) complete el formulario de apelaciones del representante autorizado. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com.

Proceso de apelaciones

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo puede acelerar su apelación?

Si usted o su proveedor consideran que nuestro plazo estándar de quince (15) días laborables para tomar una decisión sobre su apelación pondrá en peligro su vida o su salud, puede escribirnos o llamarnos para solicitar una apelación acelerada. Si nos escribe, incluya su nombre, el número de ID del miembro, la fecha de su carta de determinación adversa de beneficios, la información sobre su caso y el motivo por el cual solicita una apelación acelerada. Le

informaremos en un plazo de veinticuatro (24) horas si su solicitud cumple con los criterios de una apelación acelerada o si necesitamos más información. Una vez proporcionada toda la información, le llamaremos dentro de las veinticuatro (24) horas para informarle nuestra decisión y también le enviaremos a usted y a su representante autorizado la Notificación de Decisión.

¿Cómo puede retirar una apelación?

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

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

¿Qué ocurre después?

Después de recibir por escrito la Notificación de Decisión sobre la apelación de Molina Healthcare, no necesita realizar ninguna acción y su archivo de apelación se cerrará. Sin embargo, si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación, puede tomar medidas solicitando una apelación de audiencia imparcial estatal o una revisión externa de su apelación en el plazo de **treinta (30) días naturales** a partir de la fecha que aparece en la Notificación de Decisión. Puede elegir solicitar tanto la apelación de audiencia imparcial estatal como la revisión externa o puede elegir solicitar solo una de ellas.

Audiencia imparcial estatal

Si lo desea, puede solicitar una apelación de audiencia imparcial estatal en un plazo de **ciento veinte (120) días naturales** a partir de la fecha estipulada en la Notificación de Decisión, pero si quiere continuar con sus servicios, debe solicitar una apelación de audiencia imparcial estatal en un plazo de **diez (10) días naturales a partir de la fecha estipulada en la Notificación de Decisión**. Si no gana esta apelación, puede ser responsable de pagar por estos servicios recibidos durante el proceso de apelación.

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

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

- Su Centro de Recursos Comunitarios para Familias puede brindarle un formulario de apelación para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal y le ayudará a completarlo, si lo desea.
- Visite abe.illinois.gov/abe/access/appeals para establecer una cuenta de Apelaciones ABE y enviar en línea una solicitud de audiencia imparcial estatal. Esto le permitirá realizar un seguimiento y administrar su apelación en línea, ver fechas y avisos importantes relacionados con la audiencia imparcial estatal, y enviar documentación.
- Si desea presentar una apelación de audiencia imparcial estatal relacionada con sus servicios o artículos médicos, o servicios de Exención para Adultos Mayores

(Programa de Atención Comunitaria [CCP]), envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

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

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

- Si desea presentar una apelación de audiencia imparcial estatal relacionada con servicios o artículos de salud mental, servicios contra el abuso de sustancias, servicios de Exención para Personas con Discapacidades, servicios de Exención por Lesión Cerebral Traumática, servicios de Exención por HIV/AIDS o cualquier servicio del Programa de Servicios en el Hogar (HSP), envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

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

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

Proceso de audiencia imparcial estatal

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

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

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

Continuidad o postergación

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

Si no comparece en la audiencia

Su apelación se anulará si usted o su representante autorizado no se presentan a la audiencia a la hora, en la fecha y en el lugar indicados en la notificación, y si no ha solicitado una postergación por escrito. Si su audiencia se lleva a cabo por teléfono, su apelación se anulará si no responde su teléfono en la hora programada de la apelación. Se enviará una Notificación de Anulación a todas las partes de la apelación.

Su audiencia puede reprogramarse si nos informa, en un plazo de **diez (10) días naturales** a partir de la fecha en que recibió la Notificación de Anulación, que el motivo de su ausencia fue uno de los siguientes:

- La muerte de un familiar.
- Una lesión o enfermedad personal que, por motivos razonables, impidió su asistencia a la audiencia.
- Una emergencia repentina e imprevista.

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

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

La decisión de la audiencia imparcial estatal

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

Revisión externa (solo para servicios médicos)

En el transcurso de **treinta (30) días naturales** posteriores a la fecha que figura en la Notificación de Decisión de apelación de Molina Healthcare, tiene la opción de solicitar una revisión por parte de alguien que no pertenezca a Molina Healthcare. Esto se denomina revisión externa. El revisor externo debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser un proveedor autorizado por el Consejo Médico con la misma especialidad que la del proveedor que le atiende o una similar.
- Desempeñarse actualmente en sus funciones.
- No tener ningún interés económico en la decisión.
- No conocerle ni saber su identidad durante la revisión.

La Revisión Externa no está disponible para apelaciones relacionadas con servicios recibidos a través de la Exención para Personas Mayores, Exención para Personas con Discapacidades, Exención por Lesión Cerebral Traumática, Exención por HIV/SIDA o el Programa de Servicios en el Hogar.

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

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

¿Qué ocurre después?

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

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

Revisión externa acelerada

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

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

¿Qué ocurre después?

- Una vez que recibamos la llamada telefónica o la carta en la que se solicita una revisión externa acelerada, revisaremos de inmediato su solicitud a fin de determinar si cumple con los requisitos para una revisión externa acelerada. Si lo hace, nos comunicaremos con usted, o con su representante, para darle el nombre del revisor.
- También enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar con su revisión.

- Tan pronto como su condición médica lo requiera, pero no más de dos (2) días laborables después de recibir toda la información necesaria, el revisor externo tomará una decisión sobre su solicitud. Esto les informará a usted o a su representante, así como a Molina Healthcare, sobre la decisión de manera verbal. También le enviará una carta a usted o a su representante y a Molina Healthcare con la decisión en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas.

Derechos y responsabilidades:

Sus derechos:

- Ser tratado con respeto y dignidad en todo momento.
- Mantener la privacidad de su información médica personal y de su historia clínica, excepto cuando la ley lo permita.
- Estar protegido contra la discriminación.
- Recibir información de Molina Healthcare en otros idiomas o formatos, como mediante un intérprete o el sistema braille.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles.
- Recibir la información necesaria para participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento y las opciones de atención médica.
- Rechazar el tratamiento y recibir información de lo que puede ocurrir con su salud si lo hace.
- Recibir una copia de su historia clínica y, en algunos casos, solicitar que se modifique o corrija.
- Elegir a su propio proveedor de atención primaria. Usted puede cambiar a su médico de atención médica primaria (PCP) en cualquier momento.
- Presentar una queja o apelar sin temor a recibir malos tratos o repercusiones de cualquier tipo.
- Solicitar y recibir, en un período razonable, información sobre su plan de salud, sus proveedores y las políticas.
- Estar libre de cualquier tipo de restricción o reclusión que se utilice como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.

Sus responsabilidades:

- Tratar al proveedor y al personal del consultorio de manera cortés y respetuosa.
- Llevar con usted su tarjeta de identificación de Molina Healthcare cuando acuda a sus citas.
- Acudir a sus citas puntualmente.
- Si no puede asistir a las citas, debe cancelarlas con antelación.
- Seguir las instrucciones y el plan de tratamiento proporcionados por el médico.
- Informarle a su plan de salud y al trabajador de casos si su dirección o número de teléfono cambian.
- Leer su Manual del Miembro a fin de saber qué servicios están cubiertos y si existen reglas especiales.

Fraude, despilfarro y abuso:

Si sospecha de casos de fraude, despilfarro o abuso, debe informarlo llamando a AlertLine de Molina Healthcare. AlertLine es un sistema de notificación externa por teléfono y por Internet alojado por NAVEX Global, un proveedor líder de servicios de líneas directas de cumplimiento normativo y ética. Los informes telefónicos y por Internet de AlertLine están disponibles las 24 horas al día, los 7 días a la semana, los 365 días del año. Cuando hace una denuncia, puede optar por la confidencialidad o el anonimato. Si elige llamar a AlertLine, un profesional capacitado de NAVEX Global tomará nota de sus inquietudes y las enviará al Departamento de Cumplimiento Normativo de Molina Healthcare para que se realice un seguimiento. Si decide utilizar el proceso de presentación de informes a través de la Web, se le realizarán una serie de preguntas que concluirán con la presentación de su informe. Los informes a AlertLine se pueden realizar desde cualquier lugar de Estados Unidos por teléfono o Internet.

Puede llamar a AlertLine de Molina Healthcare al número de teléfono gratuito (866) 606-3889, TTY: 711 o puede utilizar el sitio web del servicio para hacer una denuncia en cualquier momento en **molinahealthcare.alertline.com**.

También puede denunciar casos de fraude, despilfarro o abuso al Departamento de Cumplimiento Normativo de Molina Healthcare of Illinois. Tiene derecho a poder informar sus inquietudes en forma anónima sin temor a represalias.

Molina Healthcare of Illinois
Attn: Compliance
2001 Butterfield Rd., Suite 750
Downers Grove, IL 60515

Cómo notificar incidentes de abuso, negligencia, explotación y otros incidentes graves:

El fraude, el despilfarro y el abuso, además de la negligencia, la explotación y la muerte inexplicable, son incidentes que deben denunciarse. El fraude ocurre cuando alguien recibe beneficios o pagos a los que no tiene derecho. Estos son otros ejemplos de fraude:

- Utilizar la tarjeta de identificación de otra persona o dejar que utilicen la suya.
- Que un proveedor facture servicios que usted no recibió.

Abuso es cuando alguien causa daño o lesión física o mental. A continuación, se presentan algunos ejemplos de abuso:

- Se considera abuso físico cuando una persona le hace daño, como abofetearle, golpearle, empujarle o amenazarle con un arma.
- Se considera abuso mental cuando una persona lo amenaza, trata de controlar su actividad social o le mantiene aislado.
- El abuso financiero ocurre cuando alguien utiliza su dinero, cheques personales o tarjetas de crédito sin su permiso.
- Se considera abuso sexual cuando una persona le toca de forma inapropiada sin su autorización.

La negligencia ocurre cuando alguien decide negarle las necesidades básicas de la vida, como alimentos, vestimenta, refugio o atención médica.

Muerte inexplicable significa una muerte con causas desconocidas. Esto incluye una muerte no causada por un diagnóstico previamente identificado, o una muerte durante o después de un incidente inusual, o que se sospecha que ha ocurrido como resultado de abuso o negligencia.

Si considera que es una víctima, debe notificarlo de inmediato. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al (855) 687-7861. También puede llamar a una de las siguientes agencias. Todas las denuncias son confidenciales y pueden ser anónimas.

Línea directa de Residencias para Ancianos: (800) 252-4343

La Línea Directa de Residencia para Ancianos del Illinois Department of Public Health es para notificar quejas sobre hospitales, centros de enfermería y agencias de atención médica a domicilio y la atención o la falta de ella de pacientes.

Oficina del inspector general: (800) 368-1463

La Línea Directa de la Oficina del Inspector General del Illinois Department of Public Health es para notificar denuncias de abuso, negligencia o explotación de personas de 18 a 59 años de edad.

Línea Directa de Servicios de Protección para Adultos: (866) 800-1409

Para notificar sobre el abuso, la negligencia o la explotación de personas de 18 a 59 años con una discapacidad o de personas de 60 años o más, llame a la Línea Directa de Servicios de Protección para Adultos.

Línea directa para presentar quejas del Centro de Ayuda para la Vida Diaria (SLF): (800) 226-0768

La Línea directa del Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois es para notificar el abuso, la negligencia o la explotación de las personas que viven en Centros de Ayuda para la Vida Diaria (SLF).

Los presuntos casos de fraude y abuso también se pueden notificar directamente al Estado en la siguiente dirección:

Illinois State Police
Medicaid Fraud Control Unit
8151 W. 183rd Street, Suite F
Tinley Park, Illinois 60477

Privacidad del miembro

La privacidad de cada miembro es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Molina usa y comparte su información para brindarle a usted beneficios de salud. Molina desea mantenerlo informado sobre cómo se usa y se comparte su información.

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

- Para proporcionarle tratamiento.
- Para pagar por la atención médica que recibe.
- Para revisar la calidad de la atención médica que recibe.
- Para informarle sobre sus opciones de atención.
- Para administrar nuestro plan de salud.
- Para compartir la información médica protegida (PHI) de conformidad con lo requerido o permitido por la ley.

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

Definiciones:

Apelación se refiere a una solicitud para que su plan de salud revise una decisión nuevamente.

Atención de Enfermería Especializada se refiere a los servicios de enfermería proporcionados dentro del alcance de la Ley de Práctica de Enfermería de Illinois (225 ILCS 65/50-1 et seq.) por personal de enfermería, personal de enfermería autorizado o personal de enfermería profesional autorizado para ejercer en el estado.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios se refiere a la atención en un hospital que normalmente no requiere la estadía de una noche.

Atención Médica Domiciliaria se refiere a los servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar.

Autorización Previa se refiere a una decisión de su aseguradora o plan de salud de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero sean médicamente necesarios. A veces se llama preautorización, aprobación previa o precertificación. Su seguro médico o plan de salud puede exigir una autorización previa para determinados servicios antes de que los reciba, excepto en caso de emergencia. La autorización previa no es una promesa de que su seguro médico o su plan cubrirá el costo.

Condición Médica de Emergencia se refiere a una lesión, enfermedad, síntoma o afección tan grave que cualquier persona razonable buscaría atención inmediata para evitar daños graves.

Copago se refiere a un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos, generalmente al momento de recibirlos. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Cuidado Urgente se refiere a la atención de un paciente con una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención médica inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Dispositivos y Servicios de Recuperación de Habilidades se refiere a los servicios que ayudan a la persona a mantener, aprender o mejorar sus destrezas, además del funcionamiento para la vida cotidiana. Los ejemplos incluyen terapia para niños que no caminan ni hablan a la edad prevista. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos de pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.

Fuera de la red significa proporcionarle a un beneficiario la opción de acceder a los servicios del plan fuera de la red de proveedores contratados por el plan. En algunos casos, los gastos de bolsillo de un beneficiario pueden ser superiores para un beneficio fuera de la red.

Hospitalización se refiere a la atención en un hospital que requiere la admisión como paciente internado y, en general, requiere de una estadía durante la noche. Una estadía para pasar la noche en observación podría ser atención médica ambulatoria.

Médicamente necesarios se refiere a los servicios de atención médica o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, afección o sus síntomas, siempre que se cumplan los estándares médicos aceptados.

Queja se refiere a una queja que usted le comunica a su plan de salud.

Servicios de Cuidado Paliativo se refiere a los servicios utilizados para proporcionar comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familiares.

Servicios de Emergencia se refiere a la evaluación de una condición médica de emergencia y de un tratamiento para evitar que la condición empeore.

Servicios Excluidos se refiere a los servicios de atención médica que su seguro médico o plan no paga ni cubre.

Servicios y Dispositivos de Rehabilitación se refiere a los servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se perdieron o deterioraron debido a que la persona estaba enferma, herida o discapacitada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes internados o ambulatorios.

Un **Especialista** es un médico que se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, gestionar, prevenir o tratar determinados tipos de síntomas y afecciones.



Molina Healthcare of Illinois

Designación de un representante autorizado

Para que otra persona actúe en su nombre en una apelación o queja, complete y devuelva este formulario. La persona indicada será aceptada como su representante autorizado. No podemos hablar con nadie en su nombre, a menos que se rellene, se firme y se nos envíe este formulario.

Molina Healthcare
Attention: Appeals & Grievance Coordinator
2001 Butterfield Rd., Suite 750
Downers Grove, IL 60515
Por fax: (855) 502-5128

Información del miembro

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____
Núm. de ID del miembro (como aparece en su tarjeta de identificación de Molina Healthcare): _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____

Información del representante autorizado

Por la presente yo (el Miembro) autorizo a la siguiente persona a actuar en mi nombre en la presentación y el proceso de mi apelación ante Molina Healthcare:

Nombre del representante autorizado: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____
Relación: Padre o madre Tutor Responsable Otro: _____

Describa brevemente el servicio y las fechas (si corresponde) para los que el representante autorizado actuará en su nombre:

Firma del miembro

Nombre del miembro en letra de imprenta:	Fecha:
Firma del miembro:	Fecha:

Firma del representante autorizado

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado:	Fecha:
Firma del representante autorizado:	Fecha:

Tenga en cuenta que puede revocar esta autorización en cualquier momento. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare al **(855) 687-7861** o TTY 711.



Autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida

Nombre del Miembro: _____ Número de ID del miembro: _____

Dirección del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Número de teléfono: _____

Por el presente autorizo el uso o divulgación de mi información médica protegida según lo descrito a continuación.

1. Nombre de las personas u organizaciones autorizadas para utilizar o divulgar la información médica protegida solicitada:

Molina Healthcare

2. Nombre de las personas/organizaciones autorizadas a recibir la información médica protegida:

3. Descripción específica de la información médica protegida que se puede utilizar o divulgar:

4. La información médica protegida se utilizará o divulgará para los siguientes fines:

5. La persona u organización autorizada para usar o divulgar la información médica protegida recibirá una compensación por hacerlo. Sí No

6. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para los beneficios o inscripción, pago o cobertura de servicios o capacidad para obtener tratamiento, a excepción de lo establecido en los puntos 7 y 8 de este formulario.

7. Molina Healthcare puede condicionar la provisión de tratamientos relacionados con investigaciones a la emisión de una autorización por mi parte para el uso o divulgación de PHI para dicha investigación.

8. Si el propósito de esta autorización es divulgar información médica a un tercero en función de la atención médica que se brinda únicamente para obtener dicha información, y me niego a firmar esta autorización, Molina Healthcare se reserva el derecho de denegar esa atención médica.
9. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, si la solicito.
10. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a Molina Healthcare por escrito, excepto en la medida en que:
- a) se hayan tomado medidas en relación con esta autorización; o
 - b) si esta autorización se obtiene como condición para obtener cobertura de atención médica, otra ley otorga al plan de salud el derecho a impugnar un reclamo en virtud de los beneficios o la cobertura del plan.
11. Entiendo que la información que autorizo a una persona o entidad a recibir puede dejar de estar protegida por las normativas y leyes federales.
12. Esta autorización vence en la siguiente fecha o en el siguiente caso* _____
**Si no se especifica caso o fecha de vencimiento arriba, esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha de firma a continuación.*

 Firma del miembro o de su representante personal

 Fecha

 Nombre en letra de imprenta del miembro
 o de su representante personal

 Relación con el miembro o autoridad del
 representante para actuar en nombre
 del miembro, si corresponde

Se entregará una copia de este formulario firmado al miembro, en caso de que Molina Healthcare haya solicitado la autorización.

Molina Healthcare of Illinois (Molina) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Molina does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Molina provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as.

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need services, contact the Civil Rights Coordinator. If you believe that Molina has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Email: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com

You can file a grievance in person or by mail or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD)
Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-687-7861 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-687-7861 (TTY: 711).
Polish	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-687-7861 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-687-7861 (TTY: 711)。
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-687-7861 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-687-7861 (TTY: 711).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-687-7861 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-687-7861 (телетайп: 711).
Gujarati	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષ સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ છે. ફોન કરો 1-855-687-7861 (TTY: 711).
Urdu	خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1855-687-7861 (TTY: 711).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-687-7861 (TTY: 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-687-7861 (TTY: 711).
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-687-7891 (TTY: 711) पर कॉल करें।
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-687-7861 (TTY : 711).
Greek	ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-855-687-7861 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-687-7861 (TTY: 711).

