



Su Manual para miembros

Michigan

Medicaid y el Plan Healthy Michigan
Última actualización 1/2024





Your Extended Family.

**Notificación de no discriminación
Molina Healthcare of Michigan
Medicaid**

Molina Healthcare of Michigan (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros sin importar su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Molina no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Esto incluye la identidad de género, el embarazo y los estereotipos de sexo.

Para ayudarlo a comunicarse con nosotros, Molina brinda servicios gratuitos:

- Asistencia y servicios a personas con discapacidades
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas.
 - Material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen conocimientos limitados del inglés.
 - Intérpretes capacitados.
 - Material escrito traducido a su idioma.
 - Material que está escrito de manera simple en un lenguaje fácil de entender.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina al (888) 898-7969.

Personas con impedimentos auditivos: Retransmisión de Michigan: (800) 649-3777 o 711.

Si usted considera que Molina no brindó estos servicios o que lo trató de forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo. Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para redactar el reclamo, cuente con nosotros. Llame a nuestro coordinador de derechos civiles al (866) 606-3889 o TTY 711. Envíe su reclamo por correo a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

También puede enviar su reclamo por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com. O bien, envíelo por fax al (248) 925-1765.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo postal a la siguiente dirección:

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

También puede enviarlo a un sitio web a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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

Contenido

Bienvenido a Molina Healthcare 04

- Cómo comenzar
- Servicios de interpretación
- Deficiencia auditiva y de la vista
- Números importantes e información de contacto

Su membresía

10

- Su tarjeta de identificación de Medicaid emitida por el estado
- Su tarjeta de identificación de miembro de Molina Healthcare
- Cómo obtener ayuda de Servicios para Miembros
- Administre sus expedientes médicos digitales con MyMolina.com y la aplicación móvil My Molina
- Transición de la atención

Su PCP

15

- Cómo elegir un proveedor de atención primaria
- Cómo recibir atención de un especialista
- Servicios fuera de la red
- Información sobre incentivos para médicos
- Autorización previa
- Cómo obtener una segunda opinión
- Información sobre sus servicios cubiertos
- Servicios de telesalud/telemedicina

Sus beneficios

19

- Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:
 - Servicios dentales
 - Servicios de transporte
 - Servicios de la vista
 - Servicios de audición
 - Atención de obstetricia y ginecología
 - Servicios de planificación familiar
 - servicios durante el embarazo
 - Atención posparto
 - Cambio en el tamaño de la familia
 - Salud infantil

- Examen de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT)
- Servicios de Atención Médica Especial para Niños
- Atención médica preventiva para adultos
- Hepatitis C
- Atención hospitalaria
- Atención de emergencia
- Atención de urgencia y fuera del horario de atención
- Atención de rutina
- Servicios de salud mental y abuso de sustancias
- Atención médica en el hogar, servicios de enfermería especializada y cuidados terminales
- Coordinación de la atención
- Trabajadores comunitarios de la salud (CHW)
- Equipo médico duradero
- Programa de seguimiento de beneficios
- Servicios para dejar de fumar

Sus servicios adicionales

46

- Beneficios adicionales e incentivos
- Costos compartidos y copagos
- Servicios cubiertos por Medicaid, no por Molina Healthcare
- Servicios no cubiertos
- Comportamientos saludables

Su póliza

50

- Derechos y responsabilidades
- Quejas y apelaciones
- Apoyos y servicios comunitarios
- Administración de la atención
- Dé a conocer sus deseos: directivas anticipadas
- Ayude a detectar fraude, despilfarro y abuso en la atención médica
- Definiciones útiles
- Aviso sobre las prácticas de privacidad

Certificado de Cobertura

74

Bienvenido a Molina Healthcare

Molina Healthcare tiene un contrato con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan para brindar servicios de atención médica a las personas inscritas en Medicaid. Trabajamos con un grupo de médicos y especialistas para satisfacer sus necesidades.

En Molina, creemos que todos los miembros merecen una atención médica de buena calidad. Molina siempre está a su disposición, y consideramos que debemos tratar a cada miembro como si fuera de la familia.

Este manual es su guía de los servicios que ofrecemos. También le brindará consejos útiles sobre Molina Healthcare. Lea este libro y guárdelo en un lugar seguro por si lo necesita otra vez. Si necesita otra copia, puede solicitarla sin cargo si se comunica con Servicios para Miembros. También puede acceder a este manual en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medi-Handbook.



Cómo comenzar

¿Es nuevo en Molina? De ser así, siga estos pasos para comenzar y aprovechar al máximo su plan:



1. Revise su paquete de bienvenida

Su paquete de bienvenida contiene información importante sobre su nuevo plan de salud. Incluye una Guía de inicio rápido en la que se explica cómo usar sus beneficios.

Seguramente habrá recibido su tarjeta de identificación de miembro de Molina junto con su paquete de bienvenida. Hay una tarjeta para cada miembro de la familia que forme parte de nuestro plan. Llévela siempre con usted.

Si no ha recibido su tarjeta de identificación de miembro, visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) o llame a Servicios para Miembros al **(888) 898-7969**.



2. Regístrese en My Molina

My Molina es su portal personalizado para miembros. Inicie sesión con su número de identificación de miembro.

Una vez que acceda, puede cambiar de proveedor de atención primaria (PCP), ver sus antecedentes de servicios, solicitar una nueva tarjeta de identificación y mucho más. Puede conectarse desde cualquier dispositivo. Para obtener ayuda en cualquier lugar, descargue la aplicación móvil My Molina.



3. Hable sobre su salud

Comprender su salud nos ayuda a determinar cómo ofrecerle la mejor atención posible. Lo llamaremos para hacerle una breve encuesta sobre sus antecedentes de salud. Avísenos si su información de contacto cambia.



4. Conozca a su PCP

Su PCP es su médico de cabecera. Programe su primera visita al PCP durante los primeros 60 días. El propósito de esta visita es entablar una relación con su PCP. Su PCP conocerá sus antecedentes de salud y la mejor forma de tratarlo. Piense en su PCP como su hogar médico, ¡el lugar que mejor lo conoce!

Para elegir o cambiar de PCP, vaya a [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) o llame a Servicios para Miembros.



5. Conozca sus beneficios

Con Molina, usted obtiene todos sus beneficios de Medicaid y MÁS. Ofrecemos recompensas con tarjetas de regalo, una Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas, educación sobre la salud y más. Además, nuestro personal está comprometido con su atención.

Servicios de interpretación

Podemos obtener un intérprete que lo ayude a hablar con nosotros o con su médico en cualquier idioma. También ofrecemos nuestros materiales en otros idiomas. Los servicios de interpretación y los materiales traducidos son gratuitos. Llame a Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY: 711) para obtener ayuda para conseguir un intérprete o para solicitar nuestros materiales en otro idioma o formato para satisfacer sus necesidades. Molina Healthcare cumple con todas las leyes federales y estatales aplicables en este asunto.

¿Habla español? Póngase en contacto por el **(888) 898-7969**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY 711).

Deficiencia auditiva y de la vista

Los servicios de teletipos (TTY)/dispositivos de telecomunicación para sordos (TDD) están disponibles de forma gratuita si tiene problemas de audición. La línea de TTY/TDD está abierta las 24 horas, los 7 días de la semana, llamando al 711.

Brindamos asistencia y servicios auxiliares gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como intérpretes calificados de lengua de señas, servicios de transcripción y dispositivos de asistencia auditiva. Ofrecemos el Manual para miembros y otros materiales en braille y en letra grande, a pedido y sin cargo. Llame a Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY: 711) para solicitar materiales en un formato diferente que satisfaga sus necesidades.

Molina Healthcare se asegura de que los servicios se brinden de una manera culturalmente competente para todos los miembros, por lo que toma en cuenta lo siguiente:

- Dominio limitado del inglés.
- Diversos orígenes culturales y étnicos.
- Si tiene una discapacidad.
- El género, la orientación sexual o la identidad de género.

Números importantes e información de contacto

Nombre de la entidad	Información de contacto
Línea de ayuda gratuita de Servicios para Miembros	(888) 898-7969 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY/TDD de la Línea de ayuda de Servicios para Miembros	711
Sitio web	MolinaHealthcare.com
Dirección	880 W. Long Lake Road, Troy, MI 48098
Línea gratuita de emergencia disponible las 24 horas	(888) 275-8750 (inglés) (866) 648-3537 (español) TTY/TDD en inglés: (866) 735-2929 TTY/TDD en español: (866) 833-4703
Línea gratuita de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas	(888) 275-8750 (inglés) (866) 648-3537 (español) TTY/TDD en inglés: (866) 735-2929 TTY/TDD en español: (866) 833-4703
Servicios de farmacia	(888) 898-7969 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Servicios de transporte (que no sea de emergencia)	(888) 898-7969 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Servicios dentales	(844) 583-6157 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Servicios de la vista	(888) 898-7969 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Servicios de salud mental	(888) 898-7969 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Para presentar un reclamo sobre un centro de atención médica	(888) 898-7969 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Para presentar un reclamo sobre los servicios de Medicaid	(888) 898-7969 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Números importantes e información de contacto (continuación)

Nombre de la entidad	Información de contacto
Para solicitar una audiencia justa de Medicaid	(888) 898-7969 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Quejas y apelaciones	(888) 898-7969 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Para denunciar presuntos casos de abuso, negligencia, abandono o explotación de niños o adultos vulnerables	(888) 898-7969 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Para denunciar fraudes o abusos a Medicaid	En línea: MolinaHealthcare.alertline.com Correo electrónico: MHMCompliance@MolinaHealthcare.com Teléfono: (866) 606-3889 Fax: (248) 925-1797 Correo postal: Molina Healthcare of Michigan Attention: Compliance Officer 880 West Long Lake Road, Suite 200 Troy, MI 48098-4504
Para obtener información sobre violencia doméstica	(888) 898-7969 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Para obtener información sobre atención médica urgente	(888) 898-7969 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Michigan ENROLLS	1 (888) 367-6557
Línea de ayuda para beneficiarios de Michigan	1 (800) 642-3195 o TTY: (866) 501-5656
Programa MIChild	1 (888) 988-6300
Ubicaciones de oficinas y números de teléfono del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS)	Michigan.gov/mdhhs/inside-mdhhs/county-offices
Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	1 (800) 942-1636

Nombre de la entidad	Información de contacto
Servicio gratuito para encontrar recursos locales. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	2-1-1
Administración del Seguro Social	(800) 772-1213 TTY/TDD: (800) 325-0778
En casos de emergencia	9-1-1
Línea de Prevención del Suicidio y Crisis	9-8-8

Su membresía

Su tarjeta de identificación de Medicaid emitida por el estado

Cuando tenga Medicaid, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan le enviará una tarjeta mihealth por correo. La tarjeta mihealth no garantiza que tenga cobertura. Su proveedor verificará que usted tenga cobertura en cada visita. Es posible que necesite su tarjeta mihealth para recibir servicios que Molina Healthcare no cubre. Conserve siempre esta tarjeta, incluso si finaliza su cobertura de Medicaid. Necesitará esta tarjeta si vuelve a obtener cobertura.



Si tiene preguntas sobre esta cobertura o si necesita una nueva tarjeta mihealth, debe llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios al (800) 642-3195. Este número se encuentra en el dorso de su tarjeta mihealth.

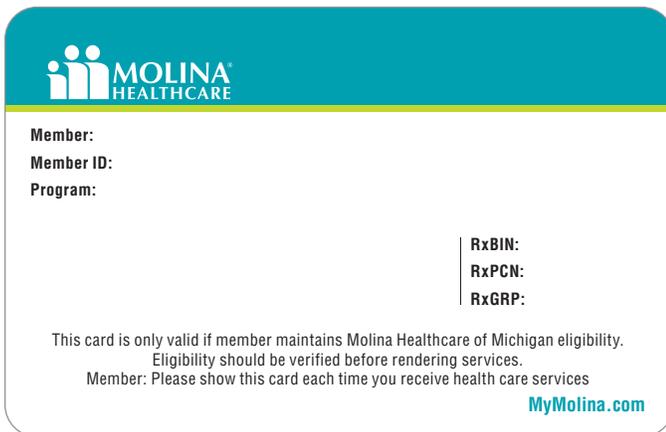
Es importante mantener actualizada su información de contacto para que no pierda ningún beneficio. Los cambios de número de teléfono, correo electrónico o dirección se deben notificar al MDHHS. Puede hacerlo llamando a la oficina local del MDHHS o visitando el sitio web www.michigan.gov/mibridges. Si no tiene una cuenta, puede crear una seleccionando “Register” (Registrarse). Una vez que tenga su cuenta, cuando informe los cambios, asegúrese de hacerlo tanto en la sección de perfil como en el área de informe de cambios.

Su tarjeta de identificación de miembro de Molina Healthcare

Debería haber recibido su tarjeta de identificación de Molina Healthcare por correo. Llámenos si no recibió su tarjeta o si la información de su tarjeta es incorrecta. Cada miembro de su familia que forme parte de nuestro plan debe tener su propia tarjeta de identificación de miembro.

Tarjeta de identificación de miembro de Medicaid de Molina

FRENTE



MOLINA HEALTHCARE

Member:
Member ID:
Program:

RxBIN:
RxPCN:
RxGRP:

This card is only valid if member maintains Molina Healthcare of Michigan eligibility. Eligibility should be verified before rendering services.
Member: Please show this card each time you receive health care services

MyMolina.com

DORSO

MEMBERS:
To verify eligibility or change your Primary Care Provider (PCP) visit www.MyMolina.com or call Member Services (888) 898-7969. For hearing impaired, call TTY 711 or (866) 735-2929.

24-HOUR NURSE ADVICE LINE: If you have questions about your health, call (888) 800-2750 or (866) 648-3537 (Español). For hearing impaired, call TTY 711 or (866) 735-2929.

TRANSPORTATION: For rides to and from non-emergency medical visits, call (888) 898-7969.

DENTAL: To learn about dental benefits for members 21 and older, call (888) 898-7969. To learn about Healthy Kids Dental benefits for members under 21, call the Beneficiary Help Line at (800) 642-3195, TTY (866) 501-5656.

VISION: To learn more about your vision benefits, please call (888) 898-7969.

PRACTIONERS/PROVIDERS/HOSPITALS:
For prior authorizations, eligibility, claims or benefits visit the Molina Web Portal at MolinaHealthcare.com or call (855) 322-4077.

PHARMACISTS: For pharmacy authorization questions, please call (855) 322-4077.

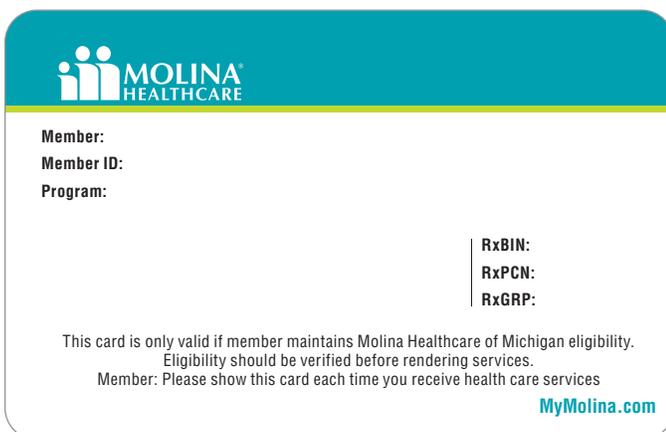
Claims Submission: PO BOX 22664 Long Beach, CA 90801

EDI Claims: Emdeon Payer ID: 42699

MolinaHealthcare.com

Tarjeta de identificación de miembro de Healthy Michigan de Molina

FRENTE



MOLINA HEALTHCARE

Member:
Member ID:
Program:

RxBIN:
RxPCN:
RxGRP:

This card is only valid if member maintains Molina Healthcare of Michigan eligibility. Eligibility should be verified before rendering services.
Member: Please show this card each time you receive health care services

MyMolina.com

DORSO

MEMBERS:
To verify eligibility or change your Primary Care Provider (PCP) visit www.MyMolina.com or call Member Services (888) 898-7969. For hearing impaired, call TTY 711 or (866) 735-2929.

24-HOUR NURSE ADVICE LINE: If you have questions about your health, call (888) 800-2750 or (866) 648-3537 (Español). For hearing impaired, call TTY 711 or (866) 735-2929.

TRANSPORTATION: For rides to and from non-emergency medical visits, call (888) 898-7969.

DENTAL: To learn more about your dental benefits, please call (888) 898-7969.

VISION: To learn more about your vision benefits, please call (888) 898-7969.

PRACTIONERS/PROVIDERS/HOSPITALS:
For prior authorizations, eligibility, claims or benefits visit the Molina Web Portal at MolinaHealthcare.com or call (855) 322-4077.

PHARMACISTS: For pharmacy authorization questions, please call (855) 322-4077.

Claims Submission: PO BOX 22664 Long Beach, CA 90801

EDI Claims: Emdeon Payer ID: 42699

MolinaHealthcare.com

Si tiene preguntas sobre esta cobertura o si necesita una nueva tarjeta de identificación de miembro de Molina Healthcare, debe llamar a Servicios para Miembros al **(888) 898-7969**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Notas importantes sobre la tarjeta de identificación

- Lleve ambas tarjetas con usted en todo momento y muéstrelas cada vez que vaya a recibir atención.
- Asegúrese de que toda la información sea correcta en ambas tarjetas.
- Llame a la oficina local del MDHHS para modificar sus registros si cambia de nombre o dirección.
- Cuando reciba atención, le pueden pedir que muestre una identificación con fotografía. Esto es para asegurarse de que la persona que utiliza la tarjeta sea la correcta.
- No permita que nadie use sus tarjetas.
- Su PCP NO figurará en su tarjeta de identificación; por lo tanto, si cambia de PCP, no se requiere una nueva tarjeta de identificación.

Cómo obtener ayuda de Servicios para Miembros

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros puede responder todas sus preguntas. Podemos ayudarlo a elegir o cambiar su médico, averiguar si un servicio está cubierto, reemplazar una tarjeta de identificación perdida, averiguar cómo apelar algo que denegamos, averiguar cómo presentar una queja cuando no está conforme con la atención, ayudarlo a entender los materiales escritos y más. Puede llamarnos en cualquier momento.

Contáctenos

Puede llamarnos al **(888) 898-7969** o TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

En el caso de preocupaciones médicas urgentes relacionadas con su salud o la de su hijo fuera del horario de atención, podemos ponerlo en contacto con nuestra Línea de ayuda ante emergencias médicas para recibir asistencia. Llame al **(888) 275-8750** (inglés) o **(866) 648-3537** (español); TTY: 711.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com](https://www.MolinaHealthcare.com) para acceder a servicios en línea, como los siguientes:

- Manual para miembros.
- Lista de proveedores de la red.
- Servicios.

- Acceso al Portal para miembros My Molina y a la aplicación móvil My Molina.
- Boletines anuales para miembros.

Confidencialidad

Su privacidad es importante para nosotros. Usted tiene derechos cuando se trata de proteger su información de salud. Molina Healthcare reconoce la confianza necesaria entre usted, su familia y sus proveedores. Se ha capacitado al personal de Molina Healthcare para mantener la confidencialidad estricta de los miembros.

Administre sus expedientes médicos digitales con MyMolina.com y la aplicación móvil My Molina

MyMolina.com: gestione su plan de salud en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana

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

Aplicación móvil My Molina

Obtenga acceso al plan de salud con su teléfono inteligente en cualquier momento y lugar. Con la aplicación móvil, podrá ver fácilmente su tarjeta de identificación, imprimirla o enviarla por correo electrónico a su médico. Busque médicos nuevos, cambie de proveedor de atención primaria (PCP) y mucho más.

Descargue la aplicación móvil My Molina hoy mismo desde Apple App Store o Google Play Store o utilice el siguiente código QR.



Transición de la atención

Si es nuevo en Molina Healthcare, puede conservar sus médicos y servicios durante al menos 90 días desde la fecha de inscripción. Los ejemplos incluyen servicios médicos, de salud del comportamiento y de farmacia.

- Si está embarazada, puede conservar su médico durante el embarazo y el período posparto.

Si es miembro de Molina Healthcare y su médico ya no participa con nosotros, puede continuar atendiéndose con su médico si está recibiendo tratamiento para ciertas enfermedades crónicas.

No aprobaremos la continuidad de la atención recibida de un médico no participante en los siguientes casos:

- Usted solo requiere el control de una afección crónica.
- El médico tiene una restricción y usted podría estar en riesgo.
- El médico no está dispuesto a continuar con la atención.
- La atención con el médico no participante se inició luego de que usted se inscribió en Molina Healthcare.
- El médico no cumple con las políticas o los criterios de Molina Healthcare.

Molina Healthcare lo ayudará a elegir nuevos médicos y a recibir servicios en nuestra red. Su médico puede llamar a Servicios para Miembros si desea pertenecer a nuestra red.

Si está recibiendo servicios de Atención Médica Especial para Niños (CSHCS), comuníquese con nosotros para obtener ayuda para realizar una transición de sus servicios de atención. Molina trabajará con usted y sus proveedores actuales para garantizar una transición fluida de la atención y brindará la continuidad de los servicios de atención que pueda recibir a través de CSHCS.

Comuníquese con nosotros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. para solicitar la transición de los servicios de atención o si tiene alguna pregunta sobre la atención.

Su PCP

Cómo elegir un proveedor de atención primaria

Cuando se inscriba en nuestro plan, deberá elegir un proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP es el proveedor de atención médica o médico que se ocupa de todas sus necesidades de salud. Puede elegir un médico diferente para cada familiar o puede elegir un médico para toda la familia.

Puede elegir uno de los siguientes tipos de proveedores como proveedor de atención primaria:

- Médico de medicina general
- Médico de medicina familiar
- Enfermero profesional
- Médico de medicina interna
- Médico pediatra
- Médico obstetra/ginecólogo

Si no elige un médico en el plazo de 30 días a partir de la inscripción, seleccionaremos uno por usted. Puede cambiar de médico en cualquier momento.

No necesita una remisión para ver a un proveedor de pediatría u obstetricia/ginecología dentro de la red para recibir servicios de salud de rutina y preventivos.

Puede usar nuestro Directorio de proveedores para encontrar médicos y especialistas que estén en nuestra red. El Directorio de proveedores contiene direcciones, horarios de atención, idiomas hablados e información sobre la accesibilidad. Se encuentra en MolinaProviderDirectory.com/mi. Puede ver o imprimir el Directorio de proveedores desde el sitio web. También puede solicitar una copia de nuestro Directorio de proveedores, sin cargo, llamando al **(888) 898-7969**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Recuerde que la información del proveedor cambia con frecuencia. Visite nuestro sitio web para obtener la información más actualizada. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un médico.

También puede recibir atención médica de este tipo de proveedores médicos: **centros de salud con calificación federal (FQHC), clínicas de salud rurales (RHC) y proveedores de atención médica para indígenas (IHCP).**

Si tiene determinadas necesidades de atención médica, quizás pueda elegir a un especialista como su proveedor de atención primaria. Hable con su médico o llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Asegúrese de preguntar en el consultorio del proveedor si este participa en la red de Molina Healthcare.

Cómo recibir atención de su médico

El consultorio del médico debe ser su fuente principal de atención médica. Usted debe ver a su médico para seguimientos preventivos. Llame al consultorio del médico para programar una cita o si tiene preguntas sobre la atención médica. Si necesita ayuda para programar una cita, llámenos al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

La visita es importante. Sea puntual. Llame al consultorio lo antes posible si no puede asistir a la visita. Puede programar una nueva visita cuando llame para cancelar. Algunos consultorios no volverán a atenderlo si no llama para cancelar.

Cómo recibir atención de un especialista

Si necesita atención que su médico no puede brindar, lo remitirán a un especialista que sí pueda. El médico trabajará con usted para elegir un especialista y coordinar su atención. Si tiene necesidades especiales de atención médica o un problema de salud crónico, como diabetes o enfermedad renal, puede pedir a un especialista que se ocupe de usted como PCP. Hable con su médico o llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Servicios fuera de la red

Debe recibir la mayor parte de la atención de proveedores de nuestra red. Servicios para Miembros puede ayudarlo a encontrar un proveedor en nuestra red.

Si no contamos con un médico o especialista de nuestra red de proveedores en su área que pueda brindarle la atención que necesita, o si no contamos con un proveedor que pueda atenderlo de manera oportuna, le brindaremos la atención que necesita de un proveedor fuera de nuestra red. Esto se denomina remisión fuera de la red. Solo cubriremos los servicios prestados por un proveedor fuera de la red si no podemos proporcionar un servicio necesario y cubierto en nuestra red y si tiene la aprobación antes de la cita. Coordinaremos el pago con el proveedor fuera de la red. También nos aseguraremos de que el costo para usted no sea mayor de lo que sería si el servicio se prestara dentro de la red.

Servicios fuera del condado y del estado

Si está fuera de la ciudad y tiene una emergencia médica o necesita atención médica urgente, haga lo siguiente:

- Vaya al centro de atención médica urgente o sala de emergencia más cercana para recibir atención. El hospital o el centro de atención de urgencia puede llamar a Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY 711).
- Recuerde hacer el seguimiento con su PCP después de la visita a la sala de emergencias o de atención médica urgente.

Todos los demás servicios fuera del estado requieren autorización previa.

Servicios fuera del país

Molina Healthcare no cubre los servicios de atención médica prestados fuera del país.

Información sobre incentivos para médicos

Molina Healthcare no paga a los proveedores para que denieguen servicios ni recompensa a nadie por denegarlos. Molina Healthcare ofrece incentivos a los proveedores para garantizar que los miembros tengan acceso a la atención necesaria, incluidas visitas de atención para el bienestar, pruebas de detección de cáncer y más. Para obtener información sobre cómo pagamos a nuestros proveedores, puede llamar a Servicios para Miembros al (888) 898-7969.

Autorización previa

Algunos servicios y medicamentos se deben aprobar antes de que usted o su hijo puedan recibirlos. Esto se denomina autorización previa (PA).

Su médico debe completar un Formulario de solicitud de autorización previa y enviarnoslo si necesita atención médica que requiera PA. Debemos aprobar la solicitud de PA antes de que reciba la atención. Si no aprobamos el servicio, se lo notificaremos al médico y le enviaremos a usted un aviso por escrito sobre la decisión.

Para obtener una lista de los servicios cubiertos que requieren autorización previa, visite [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com) o llame a Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY 711).

Cómo obtener una segunda opinión

Si no está de acuerdo con el plan de atención que su médico tiene para usted, tiene derecho a una segunda opinión. No hay costo adicional para una segunda opinión de un proveedor de la red de Molina Healthcare. Las segundas opiniones no requieren autorización previa de nuestra parte cuando se reciben de un proveedor de la red de Molina Healthcare. Llame a Servicios para Miembros para saber cómo obtener una segunda opinión.

Información sobre sus servicios cubiertos

Es importante que comprenda los beneficios cubiertos por su plan. Como miembro de Molina Healthcare, usted no tiene que pagar copagos por servicios cubiertos por Medicaid o el Plan Healthy Michigan. Consulte la sección Costos compartidos y copagos para obtener más información.

Si se producen cambios significativos en los servicios cubiertos descritos en este manual, le notificaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha en que se realice el cambio.

Es posible que esta lista de beneficios y exclusiones no sea una lista completa. Puede haber beneficios adicionales que no se mencionan aquí. Se pueden aplicar límites y exclusiones a cada artículo de esta lista. El Certificado de Cobertura (COC) contiene la lista completa de la atención cubierta. Revise el COC incluido en este manual.

Asegúrese de que un servicio tiene cobertura antes de que se preste el servicio. Es posible que deba pagar servicios no cubiertos por Molina Healthcare conforme al programa de Medicaid.

Molina Healthcare no deniega el reembolso ni la cobertura de servicios por motivos morales o religiosos.

Servicios de telesalud/telemedicina

La atención por telesalud/telemedicina es una forma cómoda de obtener atención para diversas enfermedades comunes sin tener que acudir a la sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia. En el caso de problemas que no sean de emergencia, como gripe, alergias, erupciones, malestar estomacal y mucho más, puede comunicarse con un médico por teléfono o computadora para recibir atención donde sea que se encuentre, y cuando lo necesite. De ser necesario, los médicos pueden diagnosticar, tratar e incluso recetar medicamentos si los necesita. Llame al consultorio médico para saber si ofrecen servicios de telesalud o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.



Sus beneficios

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

Servicios cubiertos (proveedores participantes)

Transporte en ambulancia (de emergencia)	No se requiere autorización previa (PA), excepto para ambulancias aéreas o que no sean de emergencia.
Salud del comportamiento: salud mental	Se requieren PA para algunas pruebas neuropsicológicas y psicológicas, para terapia electroconvulsiva (ECT) ambulatoria y para estimulación magnética transcranial (TMS). Molina cubre servicios de salud mental ambulatorios. <i>A partir del 1/1/2024, no se requerirá PA para pruebas neuropsicológicas y psicológicas.</i>
Análisis de plomo en sangre para miembros menores de 21 años	No se requiere PA.
Extractores de leche materna; uso personal, doble eléctrica	No se requiere PA.
Servicios de partera enfermera certificada	No se requiere PA.
Servicios de enfermeros certificados en pediatría y medicina familiar	No se requiere PA.
Servicios de quiropraxia (para la espalda)	No se requiere PA.

Servicios cubiertos (proveedores participantes)

Servicios dentales	<p>Los servicios de rutina no requieren PA. Los servicios dentales que no sean atención de rutina pueden requerir PA. La cobertura para los miembros de Medicaid mayores de 21 años y los miembros del Plan Healthy MI de 19 años en adelante incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales periódicos • Extracciones • Servicios preventivos y de restauración • Tratamiento periodontal • Dentaduras postizas y dentaduras postizas parciales
Servicios de diagnóstico (radiografías, análisis de laboratorio y servicios recetados)	Los servicios de diagnóstico seleccionados (como tomografías computarizadas [TC], imágenes por resonancia magnética [IRM], angiografía por resonancia magnética [MRA], tomografía por emisión de positrones [PET] y tomografía computarizada por emisión de fotón único [SPECT]) requieren PA.
Equipo médico duradero (como muletas y sillas de ruedas)	Algunos artículos de equipos médicos duraderos requieren PA.
Servicios de emergencia	No se requiere PA.
Servicios por enfermedad renal en etapa terminal	No se requiere PA.
Servicios de planificación familiar	No se requiere PA para medicamentos, suministros, dispositivos y servicios de planificación familiar. Tenga en cuenta que lo relacionado con la infertilidad no está cubierto.
Servicios de centros de salud con calificación federal (FQHC), clínicas de salud rurales (RHC) y centros de salud tribales (THC)	No se requiere PA. Puede elegir recibir servicios de un FQHC, una RHC o un THC ubicados en su condado. No es necesario que le pida a su PCP los servicios de FQHC, RHC o THC. También puede recibir servicios de FQHC, RHC y THC fuera de la red sin aprobación previa.

Servicios cubiertos (proveedores participantes)

Servicios de habilitación y rehabilitación	Fisioterapia (PT)/terapia ocupacional (OT)/terapia del habla (ST): se limita a 2 evaluaciones por año sin PA para proveedores dentro de la red.
Educación sobre salud	No se requiere PA.
Audífonos para todas las edades	No se requiere PA, a menos que se exceda el beneficio. <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos: una vez cada 5 años • Baterías para audífonos: 36 desechables, cada 6 meses • Moldes auditivos de repuesto: 1 cada 12 meses por audífono (mayores de 19 años)
Servicios de salud en el hogar	Se aprueban 6 visitas y la evaluación de salud a domicilio sin autorización para proveedores dentro de la red.
Servicios de cuidados terminales	No se requiere PA.
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Los servicios hospitalarios para pacientes internados (excepto admisiones de emergencia), las admisiones optativas, incluidos servicios de parto, y todas las cirugías para pacientes internados requieren PA. Se exige notificación a Molina Healthcare durante las 24 horas de la admisión o al siguiente día hábil para admisiones de emergencia. También incluye admisiones para centros de enfermería especializada (SNF), rehabilitación para pacientes internados y centros de cuidados agudos a largo plazo (LTAC).
Servicios de interpretación para miembros que no hablen inglés y servicios de interpretación por teléfono para personas con discapacidad auditiva	No se requiere PA.

Servicios cubiertos (proveedores participantes)

<p>Servicios del Programa de Salud Materno Infantil (MIHP)</p>	<p>No se requiere PA. Identificador de riesgo y hasta 9 visitas para la mamá con un proveedor del MIHP.</p> <p>Identificador de riesgo y hasta 9 visitas para el bebé con un proveedor del MIHP y 9 visitas adicionales con orden del médico. Los bebés expuestos a sustancias pueden recibir hasta 18 visitas adicionales.</p>
<p>Suministros médicos</p>	<p>Algunos suministros médicos requieren PA.</p>
<p>Servicios para bajar de peso médicamente necesarios</p>	<p>Se requiere PA.</p>
<p>Servicios en un centro de enfermería para estadías “intermitentes” o de corta duración para restauración o rehabilitación, hasta 45 días</p>	<p>Los servicios del centro de enfermería requieren PA. Las estadías en centros de enfermería están cubiertas para miembros. Los miembros que necesiten servicios de enfermería deben llamar a Servicios para Miembros para obtener información sobre los proveedores disponibles.</p>
<p>Servicios de obstetricia (atención de maternidad: prenatal y posparto, incluidos los servicios de embarazo de riesgo) y ginecológicos</p>	<p>Se requiere PA.</p>
<p>Visitas al consultorio (rutina)</p>	<p>No se requiere PA. Debe ver a su médico 2 veces al año para visitas preventivas. Esto incluye exámenes anuales físicos y de detección, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen físico completo. • Revisión y actualización de vacunación. • Exámenes de detección de enfermedad cardíaca acordes a la edad (pruebas de presión arterial, glucosa y colesterol). • Exámenes de detección de riesgo de cáncer (examen pélvico, prueba de Papanicolau, exámenes de próstata y colorrectales). • Prueba de enfermedades de transmisión sexual. • Evaluación de signos de depresión. • Asesoramiento por consumo de alcohol, depresión, obesidad y consumo de tabaco.

Servicios cubiertos (proveedores participantes)

Servicios fuera del estado/fuera del área (autorizados por el Plan).	Se requiere PA. Los servicios de emergencia no requieren una PA.
Servicios hospitalarios ambulatorios	Algunos servicios para pacientes ambulatorios requieren PA.
Servicios de extensión, incluida la atención durante el embarazo y de bienestar infantil	No se requiere PA.
Clases de crianza y parto	No se requiere PA.
Servicios de podología (pies)	Si el proveedor pertenece a la red, los procedimientos y servicios en el consultorio están cubiertos sin necesidad de PA.
Servicios profesionales	No se requiere PA para proveedores de la red.
Medicamentos recetados, incluidos ciertos medicamentos recetados de venta libre	Medicamentos seleccionados, incluidos inyectables y algunos de venta libre, requieren PA. No hay costo para obtener estos medicamentos.
Servicios preventivos	No se requiere PA. No hay ningún costo por recibir estos servicios.
Servicios de proveedores de atención primaria (PCP)	No se requiere PA.
Prótesis y ortopedia	Se requiere PA para algunos artículos.
Diálisis renal (enfermedad renal)	No se requiere PA.
Servicios de restauración o rehabilitación (en un lugar de servicio que no sea un centro de enfermería)	Se requiere PA.
Examen de detección y asesoramiento para la obesidad (para servicios bariátricos)	No se requiere PA. El examen de detección y el asesoramiento para la obesidad requieren una remisión del proveedor.
Vacunas	No se requiere PA.

Servicios cubiertos (proveedores participantes)

Servicios de especialistas	Las visitas al consultorio para ver a un especialista no requieren PA. Algunos servicios de especialistas requieren PA.
Telesalud	Si su proveedor ofrece servicios de telesalud, están cubiertos.
Terapias (del habla y del lenguaje, fisioterapia, terapia ocupacional y terapias de apoyo en las actividades de la vida diaria), sin incluir servicios suministrados a personas con discapacidades del desarrollo, que se facturan a través de proveedores del Programa Comunitario de Servicios de Salud Mental (CMHSP) o distritos escolares intermedios	Se requiere PA para lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional: después de la evaluación inicial, más 12 visitas por año de tratamiento en consultorio y ambulatorio. • Fisioterapia: después de la evaluación inicial, más 12 visitas por año de tratamiento en consultorio y ambulatorio. • Terapia del habla: después de la evaluación inicial, más 12 visitas en consultorio y ambulatorio.
Programa para dejar de fumar, incluido el apoyo del comportamiento y de farmacia	No se requiere PA.
Servicios de trasplante	Se requiere PA.
Transporte (atención médica que no sea de emergencia)	No se requiere PA, excepto para ambulancias que no sean de emergencia.
Tratamiento para enfermedades contagiosas, incluidas enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/sida, tuberculosis y enfermedades evitables con vacunas; los tratamientos se pueden recibir de un departamento de salud local sin autorización médica previa.	No se requiere PA si los servicios se reciben en el departamento de salud local.
Servicios de la vista	No se requiere PA.
Exámenes de bienestar infantil/ EPSDT para menores de 21 años	No se requiere PA.
Exámenes anuales de bienestar para adultos	No se requiere PA.

Esta no es una lista completa. Todos los servicios cubiertos recibidos por un proveedor fuera de la red requieren una autorización previa. Es posible que haya otros límites en los servicios cubiertos. Revise el Certificado de Cobertura para obtener más detalles. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio tiene cobertura, llame a Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY 711).

Es posible que algunos hospitales y proveedores no presten algunos servicios cubiertos que usted necesite por motivos morales o religiosos. Si tiene preguntas sobre un servicio o cómo acceder a los servicios, comuníquese con Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY 711).



Servicios de farmacia cubiertos

Molina Healthcare cubre todos sus medicamentos si son médicamente necesarios. No hay costo para obtener estos medicamentos en una farmacia dentro de la red. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) ha trabajado con sus asociados del plan de salud para crear una lista de medicamentos que todos los planes de salud de Medicaid deben cubrir. Esta lista se denomina Formulario común de atención administrada de Medicaid de Michigan, que incluye la Lista de medicamentos preferidos (PDL) única. Puede encontrar una lista de los medicamentos preferidos en [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com). Son medicamentos que preferimos que su proveedor le recete. Cubrimos los medicamentos recetados médicamente necesarios, incluidos aquellos que no están en el Formulario común. Para los medicamentos recetados que no están en el Formulario común, el Comité de Farmacia y Terapia de Molina es responsable de crear criterios de cobertura basados en estudios sobre la seguridad y la eficacia de los medicamentos.

Para asegurarnos de que reciba la atención que necesita, podemos pedir a su proveedor que envíe una solicitud. Su proveedor deberá explicar por qué necesita cierto medicamento o cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar la solicitud antes de que reciba el medicamento. Esto se denomina autorización previa. Los motivos por los que podemos requerir la autorización previa de un medicamento incluyen los siguientes:

- El medicamento no está en la Lista de medicamentos preferidos.
- El medicamento se utiliza para una afección de salud que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) no aprobó.
- La receta se surte demasiado pronto después de la última vez que se surtió.
- Debe probar otros medicamentos primero.
- Hay un medicamento genérico disponible si la marca no figura en la Lista de medicamentos preferidos.
- El medicamento se puede usar mal o se puede abusar de su uso.

También hay medicamentos que no tienen cobertura, incluso con una autorización previa. Por ejemplo, no se cubren los medicamentos experimentales o de investigación y los medicamentos para la disfunción eréctil, los fines estéticos y la infertilidad.

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

Se pueden realizar cambios en la Lista de medicamentos preferidos (PDL). Es importante que usted y su proveedor verifiquen la PDL cuando necesite surtir o volver a surtir la receta de un medicamento. Cualquier cambio en el Formulario se publicará en el sitio web de Molina y se compartirá con los proveedores autorizados a dar recetas a medida que se produzca.

Consulte nuestro Directorio de proveedores para encontrar una farmacia dentro de la red. Para encontrar farmacias dentro de la red, visite [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com), seleccione [Medicaid](#), luego [What's Covered](#) (Qué está cubierto) y luego [Prescription Drugs](#) (Medicamentos recetados). También puede llamar a Servicios para Miembros al **(888) 898-7969** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. para encontrar una farmacia de la red cerca de usted.

También puede acceder al Formulario común de planes de salud de Medicaid visitando nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com](https://www.MolinaHealthcare.com), seleccione Medicaid, luego seleccione What's Covered (Qué está cubierto) y luego Prescription Drugs (Medicamentos recetados). Para solicitar una copia impresa o electrónica del formulario, sin costo, llame a Servicios para Miembros al **(888) 898-7969** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Los medicamentos de farmacia especializada se pueden entregar a domicilio, o en el consultorio de su médico, y también están disponibles para retirar en una farmacia local CVS. El programa se llama Specialty Connect. Después de dejar la receta en CVS Pharmacy, usted recibirá orientación sobre seguros y apoyo clínico específico por teléfono de parte de un equipo de expertos en farmacia especializada, capacitados en cada área terapéutica, que están disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año. Llame a Servicios para Miembros al **(888) 898-7969**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY: 711) para obtener más información.



Servicios dentales

La atención dental es importante. Ofrecemos cobertura dental a todos los beneficiarios de 19 años o más, inscritos en el Plan Healthy Michigan, así como a todos los afiliados mayores de 21 años, inscritos en Medicaid. Tenemos contrato con DentaQuest para proporcionar sus beneficios dentales.

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios dentales, comuníquese con DentaQuest al **(844) 583-6157**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Los servicios dentales cubiertos incluyen lo siguiente:

- Aplicaciones de flúor
 - o Los tratamientos con flúor están cubiertos de la siguiente manera:
 - Hasta cuatro veces al año para miembros de 0 a 6 años.
 - Dos veces al año para miembros de entre 6 y 21 años.
- Selladores
 - o Cubrimos los selladores una vez cada 3 años.
- Coronas
 - o Las coronas y los procedimientos asociados están cubiertos para todos los beneficiarios una vez cada 5 años por diente.
- Tratamiento de conducto
 - o El tratamiento de conducto es un beneficio para todos los miembros si el diente y los dientes circundantes pueden restaurarse razonablemente.
- Tratamiento periodontal
 - o Los tratamientos periodontales están cubiertos para todos los miembros. Los tratamientos incluyen lo siguiente:
 - Evaluación periodontal integral.
 - Raspado en presencia de inflamación.
 - Limpiezas dentales profundas, como raspado periodontal y alisado radicular.
 - Mantenimiento periodontal.
- Dentaduras postizas completas y parciales
 - o Las dentaduras postizas completas y parciales se cubren una vez cada 5 años por arco.

* Es posible que se requiera autorización previa (PA) para algunos procedimientos. Consulte con su proveedor de servicios dentales para obtener más información.

Su consultorio dental

Como miembro de Molina Healthcare, tendrá un consultorio dental. Un consultorio dental es donde usted acudirá para ver a su dentista cada seis meses. El dentista le proporcionará la

atención bucodental que necesite. El consultorio dental trabajará con usted para que pueda mantenerse saludable. Es importante que regrese al mismo consultorio dental para cada cita.

El consultorio dental proporcionará lo siguiente:

- Atención dental completa.
- Un plan de salud dental diseñado para usted.
- Orientación sobre la alimentación y el crecimiento.
- Información sobre cómo cuidarse los dientes de manera correcta.

Los dientes y las encías saludables son una parte importante de la salud en general. Para llevar una vida más saludable, asegúrese de hacer seguimientos regulares (cada seis meses).

Si tiene preguntas sobre su consultorio dental o los beneficios dentales, o si desea cambiar de consultorio dental, llame a la línea gratuita (844) 583-6157 o visite nuestro sitio web en DentaQuest.com.

Tenga en cuenta lo siguiente: *es importante asistir a todas las citas y llegar a tiempo.*

Tenga en cuenta lo siguiente: los menores de 21 años inscritos en Medicaid se inscriben automáticamente en el programa **Healthy Kids Dental**. Los dos planes disponibles son Blue Cross Blue Shield of Michigan y Delta Dental of Michigan. Recibirá una tarjeta de identificación y el Manual para miembros del plan dental en el que está inscrito. Si está inscrito en este programa, consulte el Manual para miembros de Healthy Kids Dental para obtener información sobre sus beneficios dentales. También puede llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios de Michigan al **(800) 642-3195** para obtener asistencia.

Blue Cross Blue Shield of Michigan
Planes de seguro de salud de Michigan | BCBSM
Teléfono: **(800) 936-0935**

Delta Dental of Michigan
Planes dentales individuales | Delta Dental of Michigan (Deltadentalmi.com)
Teléfono: **(866) 696-7441**

Servicios de transporte

Que no sea de emergencia

Su beneficio de Medicaid brinda opciones de transporte. Ofrecemos transporte gratuito para visitas al médico, visitas para análisis de laboratorio, servicios hospitalarios que no sean de emergencia, retiro de medicamentos recetados, servicios dentales cubiertos por su plan de salud de Medicaid y otros servicios cubiertos. En algunos casos, es posible que proporcionemos fichas de autobús o, si tiene su propio vehículo u otra persona que lo lleve, puede solicitar un reembolso de millas.

Llame a Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. para obtener más información y para programar un traslado. Llame 3 días antes de una cita para asegurarnos de que contamos con alguien disponible para brindarle el servicio de transporte. Puede solicitar transporte en el mismo día para una cita urgente que no sea de emergencia.

Tenga la siguiente información a mano cuando llame:

- Su nombre, número de identificación de Medicaid y fecha de nacimiento.
- La dirección y el número de teléfono donde lo recogerán.
- La dirección y el número de teléfono del lugar al que se dirige.
- Fecha y hora de su cita.
- El nombre de su proveedor.

Los miembros que tengan necesidades especiales (adaptaciones para sillas de ruedas, recursos de oxígeno, etc.) deberán programar el transporte con la mayor antelación posible para poder satisfacer sus necesidades con el proveedor adecuado.

Asegúrese de llamarnos lo antes posible si necesita cancelar.

Emergencia

Si necesita transporte de emergencia, llame al 911.

Servicios de la vista

La atención de la vista es una parte importante de la salud en general. Para asegurarnos de que los ojos están sanos y para ayudarlo a ver lo mejor posible, cubrimos los siguientes servicios:

- Un examen de la vista cada 24 meses
- Un par de anteojos cada 24 meses
- Monturas
- Lentes de contacto

Reciba todos los servicios de la vista disponibles a través de Vision Services Plan (VSP). No necesita una remisión para recibir atención de la vista. Si necesita anteojos o un examen de la vista, llame a Servicios para Miembros al **(888) 898-7969**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY 711). También puede llamar a un proveedor de nuestra lista de proveedores de servicios de la vista. En caso de problemas oculares, consulte a su médico.

Servicios de audición

La capacidad auditiva afecta la calidad de vida. Cubrimos los servicios y suministros para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del oído, incluidos los siguientes:

- Exámenes de audición
- Evaluaciones y ajustes de audífonos médicamente necesarios
- Audífonos médicamente necesarios

Si necesita un examen de audición o cree que necesita audífonos, llame a un proveedor de nuestra lista de proveedores de atención auditiva. Para encontrar una lista de proveedores de atención auditiva, visite MolinaProviderDirectory.com/mi.

Atención de obstetricia y ginecología

Usted puede recibir atención de obstetricia y ginecología de rutina y otros servicios de salud, incluidos servicios de rutina y preventivos de cualquier proveedor dentro o fuera de nuestra red. No necesita una remisión ni una autorización previa. Esto incluye recibir atención de rutina de su obstetra/ginecólogo incluso si no es su médico de atención primaria.

Para asegurarnos de que reciba la atención necesaria para estar lo mejor posible para usted y su familia, cubrimos lo siguiente:

Planificación familiar	Atención prenatal y posparto
Prueba de embarazo	Servicios de parteras en un entorno de atención médica
Anticoncepción y asesoramiento para el control de la natalidad	Atención del parto
Pruebas de VIH/sida y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual	Clases de crianza y parto
Atención de embarazo y maternidad, incluido el Programa de Salud Materno Infantil	Mamografías y servicios por cáncer de mama, como tratamiento y reconstrucción
Servicios de doula	Pruebas de Papanicolaou
Prueba de detección de depresión	

Servicios de planificación familiar

La atención de planificación familiar está cubierta. Tanto hombres como mujeres pueden recibir esta atención. La planificación familiar es una parte importante de mantenerse saludable. Puede obtener información sobre planificación familiar de su médico, obstetra/ginecólogo o un centro de planificación familiar. No necesita una remisión de su médico para recibir esta atención. Comuníquese con Servicios para Miembros tan pronto como sepa que está embarazada para que la ayuden a aprovechar al máximo el apoyo y los beneficios disponibles para usted.

Los servicios de planificación familiar incluyen los siguientes:

- Asesoramiento para ayudarla a decidir cuándo tener hijos.
- Ayuda para decidir cuántos hijos tener.
- Servicios y suministros para el control de la natalidad (se recomienda realizar una prueba de Papanicolaou y una de clamidia antes de obtener un método anticonceptivo).
- Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
- Prueba de detección de cáncer de próstata y testicular.

Servicios durante el embarazo

Si está embarazada, los seguimientos tempranos y regulares pueden ayudar a proteger su salud y la de su bebé. La atención debe comenzar durante las primeras 12 semanas de embarazo. El cuidado bucal también es importante para usted y su bebé durante el embarazo. Se puede brindar atención dental de rutina durante el embarazo. Llame a Servicios para Miembros y a la oficina local del MDHHS tan pronto como sepa que está embarazada para que podamos brindarle apoyo.

Atención posparto

Es importante cuidar de uno mismo después de tener un bebé. Debe realizar un seguimiento posparto entre 7 y 84 días después del embarazo. Cubrimos este examen.

El médico puede controlar la presión arterial y el peso. Es posible que hable con usted sobre métodos anticonceptivos y opciones de alimentación, y le ofrezca otro tipo de asesoramiento posparto. También puede hablar con su médico sobre cualquier nueva sensación que pueda tener.

Cuando tenga a su bebé, avísenos. Llame a la oficina local del MDHHS para que puedan actualizar sus registros. También llame a Servicios para Miembros para informar sobre el cambio. Así se inicia el proceso de inscripción de su bebé en los servicios de atención médica. El bebé está cubierto por su plan de salud en el momento del nacimiento. Asegúrese de informarnos el día que dio a luz, el nombre de su bebé y el número de identificación de Medicaid del bebé que reciba de la oficina local del MDHHS. Enviaremos una tarjeta de

identificación de miembro para su bebé en un plazo de 30 días después de la fecha en que recibamos esta información. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda.

Cambio en el tamaño de la familia

Si hay un cambio en el tamaño de la familia, comuníquese con Servicios para Miembros para informarnos y podremos ayudarlo. El cambio en el tamaño de la familia incluye matrimonio, divorcio, nacimiento, adopción o fallecimiento. Comuníquese con la oficina local del MDHHS si se produce un cambio en el tamaño de la familia.

Programa de Salud Materno Infantil (MIHP)

El Programa de Salud Materno Infantil (MIHP) es un programa de visitas domiciliarias para mujeres y bebés a fin de promover embarazos saludables, partos con resultados positivos, y crecimiento y desarrollo saludables del bebé. Los servicios cubiertos por el MIHP incluyen lo siguiente:

- Enseñanza prenatal.
- Clases de educación sobre el parto.
- Apoyo nutricional, educación y asesoramiento.
- Apoyo a la lactancia materna o a la alimentación con leche de fórmula.
- Ayuda con los problemas personales que podrían complicar el embarazo.
- Evaluaciones del bebé recién nacido.
- Remisiones a recursos comunitarios y ayuda para encontrar cunas, asientos para automóvil, ropa, etc.
- Apoyo para dejar de fumar.
- Ayuda con el abuso de sustancias.
- Servicios de cuidado personal o de ayuda en el hogar.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo puede acceder a estos servicios.

Salud infantil

Los niños cambian mucho a medida que crecen. Deben ver a su médico al menos una vez al año para controlar su crecimiento, incluso si están sanos. Esto se conoce como visita de bienestar infantil. Las visitas de bienestar infantil son un buen momento para que usted haga preguntas sobre la salud de su hijo y cómo puede mejorar. Los niños pueden ver a un pediatra para recibir atención preventiva de rutina y visitas de bienestar infantil sin una remisión. Se recomienda que los niños de hasta tres años se sometan una vez al año a una evaluación del desarrollo con su médico.

Los bebés desde el nacimiento hasta los 15 meses necesitan al menos seis visitas de bienestar infantil.

Estas visitas suelen ser a estas edades:

De 3 a 5 días	2 semanas	1 mes
2 meses	4 meses	6 meses
9 meses	2 meses	15 meses

Es importante que le realicen una prueba de plomo en sangre a su hijo una vez antes de que cumpla un año y otra antes de los dos años. Los niños que estén en riesgo o que sean de alto riesgo se deben controlar con más frecuencia. Estos niños deben someterse a pruebas por lo menos una vez al año. Los niños que presentan un alto riesgo son aquellos que han tenido intoxicación por plomo en el pasado. Esto incluye niños que viven en hogares o apartamentos antiguos. La intoxicación por plomo puede ocurrir incluso si no vive en un hogar antiguo. El plomo se puede encontrar en la pintura, el suelo, el polvo habitual, las áreas de juegos, los juguetes, así como en otros lugares. Haga que su hijo se someta a pruebas de intoxicación por plomo para que pueda recibir tratamiento. Si no se trata, la intoxicación por plomo puede provocar discapacidades y problemas del comportamiento. ¡Esta simple prueba ayudará a mantener a su pequeño en el buen camino!

Los adolescentes también deben recibir visitas anuales de bienestar infantil. En estas visitas, se les controlará la estatura, el peso y el índice de masa corporal (IMC). Los proveedores pueden hablar sobre la salud, la seguridad y las medidas preventivas que sean útiles para los adolescentes. También se puede administrar la vacunación obligatoria en estas visitas.

Examen de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT)

EPSDT es un programa de atención médica especial para menores de 21 años que están cubiertos por Medicaid. En virtud del programa EPSDT, los niños y adolescentes inscritos en Medicaid reciben todos los servicios preventivos recomendados y cualquier tratamiento médico necesario para promover el crecimiento y desarrollo saludables.

Los seguimientos de EPSDT incluyen lo siguiente:

Visitas de bienestar	Evaluaciones físicas y del desarrollo mental/del comportamiento
Antecedentes de salud y examen físico, incluidos exámenes físicos escolares y deportivos	Análisis de laboratorio cruciales, incluidos exámenes de detección de plomo

Los seguimientos de EPSDT incluyen lo siguiente:

Evaluación del desarrollo

Evaluación nutricional

Orientación sobre educación para la salud

Vacunación

Evaluación mediante exámenes de audición, de la vista y dentales

Servicios de seguimiento

Servicios de Atención Médica Especial para Niños

Si su hijo tiene una afección médica crónica y grave, es posible que sea elegible para los Servicios de Atención Médica Especial para Niños (CSHCS).

CSHCS brinda apoyo adicional para niños y algunos adultos que tienen necesidades especiales de atención médica. Esto se suma a la coordinación de atención médica de Molina Healthcare.

Este programa no tiene costo alguno. Esto no cambia los beneficios, los servicios o los médicos de Molina Healthcare de su hijo. CSHCS ofrece servicios y recursos a través de las siguientes agencias.

Centro familiar para niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica del MDHHS

Este centro proporciona una red de apoyo para padres y programas de capacitación. También puede brindar ayuda financiera para conferencias sobre necesidades especiales y mucho más. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, llame a la Línea telefónica familiar de CSHCS al 1 (800) 359-3722, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Departamento de Salud local del condado:

El Departamento de Salud local de su condado puede ayudarlo a encontrar recursos locales. Estos pueden incluir grupos de apoyo para padres, ayuda para la transición a la adultez, cuidado de niños, vacunas y más. Para obtener ayuda para encontrar el Departamento de Salud local de su condado, visite el sitio web del condado o Michigan.gov. Llame a Servicios para Miembros para solicitar ayuda.

Fondo para necesidades especiales de los niños:

El Fondo para necesidades especiales de los niños ayuda a las familias a obtener artículos que no están cubiertos por Medicaid o CSHCS. Estos artículos promueven la salud, la movilidad y el desarrollo de su hijo. Pueden incluir rampas para silla de ruedas, elevadores de

furgonetas y equipos de movilidad. Para saber si reúne los requisitos para recibir ayuda de este fondo, llame al **(517) 241-7420**.

Miembros de CSHCS en transición a la adultez

Podemos ayudar a los miembros que tengan necesidades especiales de atención médica a planificar una transición exitosa de la atención médica pediátrica a los servicios de atención médica para adultos.

Como padre, madre o cuidador, usted conoce las numerosas transiciones que experimenta su hijo a medida que crece. La transición de la atención médica pediátrica a la de adultos es una de esas transiciones y constituye un hito muy importante que requiere una planificación anticipada para tener éxito. Molina Healthcare puede ayudarlo proporcionando herramientas y servicios que ayudarán a los jóvenes y adultos jóvenes a administrar su salud y a usar los servicios de salud de manera eficaz una vez que sean adultos. Molina comienza esta asistencia antes de los 14 años y continúa hasta la adultez (18 años). Se puede llevar a cabo una evaluación de preparación para la transición para analizar los cambios que se producen cuando los jóvenes se convierten adultos y ayudar a identificar áreas para prepararse, como las siguientes:

- Conocimientos sobre afecciones médicas, medicamentos y alergias.
- Importancia de llevar información importante: tarjeta del seguro médico, contactos de emergencia, lista de medicamentos.
- Qué hacer en caso de emergencia.
- Práctica para programar citas con el médico y resurtir recetas.
- Transición de un médico pediatra a un médico adulto.
- Leyes de privacidad de los 18 años y que los padres/cuidadores no pueden acceder a información médica ni asistir a la visita al médico, a menos que estén de acuerdo.

Si considera que usted o su hijo necesitan servicios de transición de la atención médica, comuníquese con Molina al (888) 898-7969 para recibir ayuda.

Atención médica preventiva para adultos

La atención médica preventiva para adultos es importante para Molina Healthcare. Debe realizarse un examen de bienestar todos los años para prevenir y detectar problemas de salud. Es importante detectar y tratar los problemas de salud a tiempo.

Asegúrese de programar una cita y pida a su médico que verifique lo siguiente:

- Presión arterial
- Colesterol
- Diabetes
- Índice de masa corporal
- Glucosa en sangre
- Prueba de detección de depresión
- Exámenes de próstata y colorrectales

También puede preguntar a su médico sobre lo siguiente:

- Vacunación
- Pruebas de VIH/sida y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual

La salud preventiva también consiste en tomar las decisiones adecuadas para tener buenos hábitos de salud. Ver a su médico para recibir atención de rutina es un buen hábito de salud preventivo que lo mantiene saludable. Contamos con programas que lo ayudan a tomar buenas elecciones preventivas de salud para usted y su familia.

Puede mejorar su salud y la de su familia asumiendo responsabilidades y siguiendo comportamientos saludables. ¡Obtener la atención preventiva anual necesaria es el primer paso! A continuación, se mencionan otras cosas que debe y no debe hacer para tomar el control de su salud.

Cosas que debe hacer:

- Coma sano.
- Haga ejercicio.
- Duerma lo suficiente.
- Controle el estrés.
- No fume ni consuma tabaco.
- No use drogas ni beba alcohol.
- Vaya al dentista para realizarse limpiezas periódicas y servicios preventivos.
- Visite a su médico cada año para recibir atención preventiva anual.

Cosas que NO debe hacer:

- Consumir alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal.
- Tener un estilo de vida sedentario.
- Contener sus sentimientos o emociones si se siente estresado o deprimido.
- Consumir drogas, alcohol o tabaco.
- Olvidar programar las visitas al dentista para limpiezas regulares y servicios preventivos.
- Olvidar programar una visita anual a su médico.
- Evitar ir al médico.

Hepatitis C

Existe tratamiento para la hepatitis C. Se trata de una infección hepática causada por el virus de la hepatitis C. Se transmite por el contacto con la sangre de una persona infectada, incluso en cantidades demasiado pequeñas para verlas. A menudo, las personas con hepatitis C no se sienten enfermas ni presentan síntomas. Cuando aparecen síntomas, suelen ser un signo de enfermedad hepática avanzada. Es importante que le hagan una prueba (examen de detección) de hepatitis C antes de que se agrave, cuando es más fácil de tratar. Todos los adultos deben someterse a pruebas de detección de la hepatitis C al menos una vez. Las beneficiarias embarazadas deben hacerse las pruebas durante cada embarazo.

Para los miembros menores de 21 años, la prueba de detección está cubierta conforme al programa Examen de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT). Esto incluye la cobertura de servicios de seguimiento y remisiones médicamente necesarios.

Atención hospitalaria

La atención hospitalaria tiene fines como dar a luz a un bebé o tratar una enfermedad grave. También cubre la atención que recibiría en el hospital, como análisis de laboratorio o radiografías. Si lo necesita, su médico coordinará la atención hospitalaria. Otro médico del hospital puede reemplazar a su médico para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita en caso de una emergencia.

Debe llamar a su médico tan pronto como ingrese (reciba la admisión) al hospital, si no lo ha organizado su médico. Pida a un familiar o amigo que llame por usted si no puede hacerlo. Es importante que llame al médico de inmediato y programe una visita en un plazo de siete días después de la fecha en que recibió el alta. Durante esta visita de seguimiento, puede hablar sobre la atención que debe recibir después de dejar el hospital y coordinarla.

Atención de emergencia

La atención de emergencia corresponde a una situación médica o lesión que pone en peligro la vida y en la que una persona razonable solicitaría atención de inmediato para evitar daños graves. Estos son algunos ejemplos de emergencias:

Estos son algunos ejemplos de emergencias:

Convulsiones	Fracturas
Sangrado incontrolable	Pérdida del conocimiento (desmayo o desvanecimiento)
Dolor en el pecho	Fractura o dislocación de mandíbula
Fiebre alta	Absceso dental con hinchazón grave
Problemas respiratorios graves	Heridas de cuchillo o disparo

Si considera que tiene una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias. No necesita una aprobación de Molina Healthcare ni de su médico antes de recibir atención de emergencia. Puede ir a cualquier hospital. Asegúrese de consultar a su médico para asegurarse de que recibe la atención y los servicios de seguimiento adecuados.

Atención de urgencia y fuera del horario de atención

Los centros de atención de urgencia y las clínicas de guardia son útiles si necesita atención rápida, pero no puede ver a su médico de atención primaria. No necesita una remisión ni una autorización previa para acudir a un centro de atención de urgencia o una clínica de guardia de nuestra red.

En estos lugares se pueden tratar afecciones que deben atenderse en un plazo de 48 horas, como gripe, fiebre alta o dolor de garganta. También se pueden tratar infecciones de oído, irritaciones de los ojos y dolor lumbar. Si usted se cayó y tiene un esguince o dolor, puede tratarse en un centro de atención de urgencia.

Si no está seguro de si necesita atención de urgencia, llame a su médico. Es posible que puedan tratarlo en su consultorio.

Atención de rutina

La atención de rutina se presta para casos como los siguientes:

- Exámenes anuales de bienestar
- Examen físico escolar
- Exámenes de salud

- Vacunación
- Exámenes de la vista y de audición
- Análisis de laboratorio

Su médico debe programar una visita en un plazo de 30 días hábiles desde la solicitud.

Servicios de salud mental y abuso de sustancias

Queremos que se sienta lo mejor posible, lo que incluye las sensaciones mentales y emocionales. Para ayudarlo, cubrimos tratamientos a corto plazo para necesidades mentales o emocionales. Esto se aplica a los miembros que reciben servicios de salud mental de leves a moderados. Estas visitas pueden realizarse con un terapeuta de la red, como un consejero, un trabajador social clínico autorizado o un psicólogo. Es posible que la telesalud sea una opción para usted. Hable con su proveedor de salud mental para obtener más información. El tratamiento para afecciones mentales graves a largo plazo o trastornos emocionales graves para niños, así como el tratamiento ambulatorio intensivo y hospitalario debe organizarse a través de la agencia local del Programa Comunitario de Servicios de Salud Mental (CMHSP). El CMHSP también puede ayudar a remitirlo a la agencia local correcta cuando usted o un familiar tengan problemas o preocupaciones relacionados con las drogas o el alcohol. Si considera que tiene un problema de abuso de sustancias, le recomendamos que busque ayuda. Si necesita ayuda para recibir servicios, llame a su médico o a Servicios para Miembros.

Signos y síntomas de abuso de sustancias:

- No terminar las tareas en el trabajo, en el hogar o en la escuela.
- Ausentarse con frecuencia.
- Tener un mal desempeño en el trabajo o en la escuela.
- Consumir alcohol o drogas cuando sea peligroso. Esto incluye mientras conduce o utiliza máquinas.
- Tener problemas legales debido al consumo de bebidas o drogas.
- Necesitar más cantidad de la sustancia para sentir los mismos efectos.
- Fallar al intentar reducir el consumo.
- Fallar al intentar controlar el consumo de la sustancia.
- Dedicar mucho tiempo a obtener la sustancia.
- Pasar mucho tiempo usando la sustancia.
- Pasar mucho tiempo recuperándose de los efectos de la sustancia.

- Abandonar o reducir actividades sociales, laborales o recreativas importantes debido al uso de sustancias.
- Continuar utilizando la sustancia, aunque tenga efectos negativos.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de salud mental o por abuso de sustancias, llame a Servicios para Miembros al **(888) 898-7969**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede llamar a la agencia local de CMHSP.

Si necesita atención de emergencia por una afección potencialmente mortal o si tiene pensamientos suicidas o de muerte, acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. También puede llamar a la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis marcando el número 988. La ayuda está a su disposición en este momento.

Atención médica en el hogar, servicios de enfermería especializada y cuidados terminales

En ocasiones, puede necesitar atención a largo plazo. Para ayudarlo a obtener la atención que necesita, podemos cubrir lo siguiente:

- Servicios a corto plazo de residencia para ancianos hasta 45 días en un centro de enfermería (el estado de Michigan brinda atención a largo plazo).
- Servicios de atención médica en el hogar para miembros confinados en su casa.
- Suministros y equipos relacionados con la atención médica en el hogar.
- Cuidados terminales.

Para obtener información sobre los cuidados terminales, llame a su PCP o a Servicios para Miembros al **(888) 898-7969**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (TTY 711).

Coordinación de la atención

¿Tiene un problema de salud crónico o una discapacidad? ¿Tiene obstáculos que le dificultan el acceso a la atención médica? ¿Visita a varios proveedores o necesita atención especial? Es fácil sentirse abrumado por tener que hacerse cargo de sus cuidados si tiene muchos problemas de salud y acude a muchos proveedores. Esto puede sumar más estrés a su vida diaria. Estamos a su disposición para ayudarlo.

Nuestra meta es ofrecer servicios personalizados de coordinación de la atención para guiarlo en la atención médica. Contamos con enfermeros, coordinadores de atención, trabajadores sociales y otros expertos en salud para ayudarlo a obtener la mejor atención posible de su equipo de atención.

El programa de coordinación de la atención se centra en usted y en sus necesidades. Lo ayudamos a reducir los obstáculos que tiene para acceder a la atención al vincularlo con servicios y recursos cerca de su casa para mejorar su salud. También lo ayudamos a reducir los obstáculos al coordinar la atención con su equipo de atención y los proveedores. Así podrá controlar mejor su salud y mejorar su calidad de vida.

¿Cómo puede ayudar la coordinación de la atención?

Si es elegible, se le asignará su propio coordinador de atención. Esta persona ayuda a abordar y eliminar los obstáculos que le ocasionan problemas para obtener atención al hacer lo siguiente:

- Completar evaluaciones y revisar medicamentos.
- Elaborar un plan de atención que lo ayude a identificar y alcanzar sus metas de salud.
- Ponerlo en contacto con servicios y recursos comunitarios cercanos, incluidos los departamentos de salud locales.
- Ayudarlo a controlar mejor sus necesidades de atención médica.
- Colaborar con sus proveedores.
- Adoptar un enfoque centrado en la persona en la administración de sus necesidades de atención mediante el apoyo a usted y a su equipo de atención para que comprendan los beneficios médicos y de salud del comportamiento.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre el programa de coordinación de la atención.

Trabajadores comunitarios de la salud (CHW)

Los trabajadores comunitarios de la salud son los trabajadores de salud pública de primera línea dentro de la comunidad, que ayudan a los miembros a orientarse en la atención médica. Los CHW sirven de puente entre la atención médica y los servicios sociales estableciendo relaciones de confianza. La gama completa de servicios de los CHW incluye lo siguiente:

- Ayudar con las solicitudes de servicios sociales.
- Reunirse personalmente para mejorar el acceso a la atención médica.
- Ayudar a encontrar proveedores y programar visitas.
- Asistir a citas médicas a petición.
- Conectar a los miembros con los recursos locales para obtener alimentos, transporte y vivienda.
- Enseñar maneras de llevar una vida saludable y ayudar a establecer metas de estilo de vida saludable.
- Ayudar con las visitas de seguimiento a proveedores después de acudir al hospital o a la sala de emergencias.
- Ofrecer asistencia para restablecer un médico de atención primaria o establecer un hogar médico.
- Ayudar a programar viajes para visitas médicas o a la farmacia.

Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

Equipo médico duradero

Algunas afecciones médicas necesitan equipos especiales. El equipo médico duradero que cubrimos incluye lo siguiente:

- Equipos como nebulizadores, muletas, sillas de ruedas y otros dispositivos.
- Suministros médicos desechables, como suministros de ostomía, catéteres, medidores de flujo máximo y toallitas con alcohol.
- Suministros para la diabetes, como lancetas, tiras reactivas, agujas para insulina, glucómetros y bombas de insulina.
- Prótesis y órtesis. Nota especial: Las prótesis reemplazan una parte faltante del cuerpo, como una mano o una pierna. También pueden ayudar a la función corporal. Las órtesis corrigen, alinean o soportan partes del cuerpo que pueden estar deformadas.

Para obtener equipo médico duradero, necesita una receta de su médico. Es posible que también necesite autorización previa de nuestra parte. Usted debe obtener el artículo de un proveedor de la red. Para encontrar proveedores de equipos médicos duraderos en la red, llame a Servicios para Miembros.

Programa de Seguimiento de Beneficios

Participamos en el Programa de Seguimiento de Beneficios del MDHHS. Este programa ayuda a garantizar que esté utilizando los beneficios y servicios adecuados para administrar su atención. Si los servicios que utiliza no son necesarios para su afección médica, lo inscribiremos en este programa. Le enseñaremos el uso adecuado de los servicios médicos y lo ayudaremos a obtener servicios de proveedores adecuados. Entre los ejemplos de casos que podrían llevar a la inscripción en este programa se incluyen los siguientes:

- Ir a la sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia.
- Ver a demasiados médicos diferentes en vez de ver a su médico de atención primaria.
- Tomar más medicamentos de lo que podría ser seguro.
- Involucrarse en actividades que pueden constituir fraude.

Usar los servicios de salud adecuados en la cantidad adecuada nos ayuda a asegurarnos de que esté recibiendo la mejor atención.

Servicios para dejar de fumar

Queremos ayudarlo a dejar de fumar. Si fuma, hable con su médico sobre cómo dejar de fumar. Si está embarazada y fuma, dejar de fumar ahora la ayudará a usted y a su bebé. Su médico puede ayudarla. Molina Healthcare también puede ayudarla. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros. Cubrimos los siguientes servicios para brindar ayuda:

- Servicios de terapia y asesoramiento
- Material educativo
- Inhaladores o aerosoles nasales recetados para dejar de fumar
- Medicamentos sin nicotina
- Artículos de venta libre para ayudar a dejar de fumar
 - o Parches
 - o Chicles
 - o Pastillas



Sus servicios adicionales

Beneficios adicionales e incentivos

Baby Showers comunitarios

¿Va a tener un bebé? Estamos a su disposición para ayudarla a tener un embarazo y un bebé saludables. Las miembros embarazadas pueden asistir a un baby shower organizado por Molina que brinda una variedad de recursos educativos y un asiento para automóvil gratis*.

* Es por orden de llegada, hasta agotar los suministros.

Recompensas saludables de Molina

Su salud es importante para nosotros. Molina brinda recompensas por estar al día con sus exámenes médicos, visitas y medicamentos.

Para obtener más información sobre el programa de recompensas, visite MIMolinaHealthyRewards.com. Una vez realizados los servicios elegibles, complete el formulario en línea y elija una recompensa. Las opciones de recompensas y tarjetas de regalo están sujetas a cambios.

Transporte adicional para miembros embarazadas

¡Siempre estamos a su disposición para ayudar! Prepararse para la llegada del bebé implica comprar alimentos saludables, pañales, toallitas, ropa y mucho más. Llame a Servicios para Miembros al **(888) 898-7969** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este, y háganos saber cómo podemos ayudar.

Las miembros embarazadas del condado de Genesee son elegibles para hasta 3 viajes de ida y vuelta GRATIS* por mes a recursos locales, como los siguientes:

- Tiendas de comestibles
- Mercados de productores (¡utilice los cupones Project Fresh!)**
- Armarios de ropa
- Depósitos de pañales
- Bancos de alimentos

* 2 de los 3 viajes de ida y vuelta GRATIS deben ser a una tienda de comestibles, un mercado de productores o un banco de alimentos.

** Cuando esté disponible, es posible que los clientes inscritos en el programa WIC, excepto los bebés, puedan recibir un cuadernillo de \$25 con cinco cupones de \$5 para utilizar entre el 1 de junio y el 31 de octubre del año en que se emita el cuadernillo.

Servicio de telefonía móvil sin costo

Como miembro de Molina, puede recibir llamadas y mensajes de texto ilimitados, y 4.5 GB de datos.

Para obtener más información, visite [Truconnect.com/molina](https://truconnect.com/molina).

Costos compartidos y copagos

Un copago es un monto establecido en dólares que usted debe pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico. Molina Healthcare no le exige que pague un copago u otros costos por los servicios cubiertos conforme al programa de Medicaid o del Plan Healthy Michigan.

Debe acudir a un médico de la red de Molina Healthcare Medicaid, a menos que se apruebe lo contrario. Si va a un médico que no pertenece a la red de Molina Healthcare Medicaid y no recibió aprobación para hacerlo, es posible que deba pagar por esos servicios. No debería recibir una factura de su médico por los servicios cubiertos dentro de la red del plan. Si tiene preguntas sobre cómo pueden aplicarse los copagos, comuníquese con Servicios para Miembros al **(888) 898-7969 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.

Servicios cubiertos por Medicaid, no por Molina Healthcare

Molina Healthcare no cubre todos los servicios para los que podría ser elegible como miembro de Medicaid.

Servicios cubiertos por Medicaid del estado de Michigan:

Los siguientes servicios están cubiertos por el programa de Medicaid del estado de Michigan. Debe usar su tarjeta mihealth para recibir esta atención. Si tiene preguntas sobre estos servicios, hable con su médico o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos local. También puede comunicarse con la Línea de ayuda para beneficiarios de Michigan al **(800) 642-3195**.

- Servicios brindados por el distrito escolar y facturados a través del distrito escolar intermedio.
- Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados.
- Atención psiquiátrica ambulatoria de hospitalización parcial.
- Servicios de restauración o rehabilitación intermitentes o a corto plazo (en un centro de enfermería durante más de 45 días).
- Servicios de salud del comportamiento para inscritos que cumplan con las pautas de la Política de Medicaid para enfermedades mentales o trastornos emocionales graves.

- Atención por abuso de sustancias, que incluye lo siguiente:
 - o Examen de detección y evaluación
 - o Desintoxicación
 - o Asesoramiento intensivo para pacientes ambulatorios
 - o Otra atención para pacientes ambulatorios
 - o Tratamiento con metadona

El beneficio de Medicaid del estado de Michigan ofrece opciones de transporte hacia y desde el lugar de estas visitas. Si necesita transporte hacia o desde una cita, y vive en los condados de Wayne, Oakland y Macomb, llame a ModivCare al **(866) 569-1902** para programar un traslado. Si no vive en los condados de Wayne, Oakland o Macomb, comuníquese con la oficina local del MDHHS.

Puede encontrar ubicaciones de oficinas y números de teléfono del MDHHS en el siguiente sitio web: Michigan.gov/mdhhs/inside-mdhhs/county-offices.

Servicios no cubiertos

- Abortos electivos y servicios relacionados.
- Medicamentos experimentales/de investigación, agentes biológicos, tratamientos, procedimientos, dispositivos o equipos.
- Cirugía estética electiva.
- Servicios para el tratamiento de la infertilidad.

Comportamientos saludables

Es posible que sea elegible para participar en un programa de incentivos para el comportamiento saludable.

Para obtener más información sobre el programa de recompensas, visite MIMolinaHealthyRewards.com. Una vez realizados los servicios elegibles, complete el formulario en línea y elija una recompensa. Las opciones de recompensas y tarjetas de regalo están sujetas a cambios.



Su póliza

Derechos y responsabilidades

Como miembro, usted tiene derechos y responsabilidades. Nuestro personal respetará sus derechos. No lo discriminaremos por hacer uso de sus derechos. Este plan de salud de Medicaid y cualquiera de sus proveedores afiliados cumplirá con los requisitos relativos a sus derechos.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre sus servicios de atención médica.
- Ser tratado con dignidad y respeto.
- Recibir servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS).
- Mantener la información personal y médica en privado.
- Participar en decisiones relacionadas con la atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento y expresar preferencias sobre las opciones de tratamiento.
- No sufrir ningún tipo de restricción o reclusión usada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica y pedir que se modifique o corrija.
- Recibir servicios de atención médica conforme a las regulaciones estatales y federales.
- Poder ejercer sus derechos sin afectar negativamente el trato que recibe del contratista, de los proveedores o del estado.
- Presentar una queja, solicitar una audiencia justa estatal o realizar una revisión externa en virtud de la Ley del Derecho del Paciente a la Revisión Independiente.
- No ser objeto de otro tipo de discriminación prohibida por las regulaciones estatales y federales.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de manera adecuada para su condición y capacidad de comprensión.
- Recibir servicios de centros de salud con calificación federal y clínicas de salud rurales.
- Solicitar información sobre los acuerdos de incentivos para proveedores, incluidos los que cubren los servicios de remisión que suponen un riesgo financiero significativo para el proveedor (más del 25%), otros tipos de acuerdos de incentivos, y si se brinda cobertura de exceso de siniestralidad.
- Solicitar información sobre la estructura y el funcionamiento de Molina Healthcare.
- Hacer sugerencias sobre nuestros servicios y proveedores.
- Hacer sugerencias sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros.

- Solicitar información sobre nuestros proveedores, como la información de la licencia, cómo el plan les paga a los proveedores, las calificaciones y los servicios que necesitan aprobación previa.

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Revisar este manual y el Certificado de Cobertura de Molina Healthcare.
- Programar y asistir a las citas con el médico de Molina Healthcare.
- Tratar a los médicos y a su personal con respeto.
- Proteger las tarjetas de identificación de Medicaid contra el uso indebido.
- Comunicarse con nosotros si sospecha de fraude, despilfarro o abuso.
- Proporcionar al plan de salud y a los médicos toda la información posible sobre su salud.
- Conocer su estado de salud.
- Trabajar con su médico para definir planes y metas de atención.
- Seguir los planes de atención que haya acordado con su médico.
- Tener un estilo de vida saludable.
- Tomar decisiones responsables sobre la atención.
- Contribuir a su salud asumiendo responsabilidades, lo que incluye comportamientos adecuados e inadecuados.
- Solicitar Medicare u otro seguro si es elegible.
- Informar a la oficina local del MDHHS si cambia la información de contacto (como su dirección o número de teléfono).
- Informar los cambios que puedan afectar su elegibilidad para Medicaid a la oficina local del MDHHS (como cambios en los ingresos o cambios en el tamaño de la familia). Puede llamar a la oficina local del MDHHS o ingresar en [Newmibridges.michigan.gov/](https://www.newmibridges.michigan.gov/).

Quejas y apelaciones

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

Las quejas son reclamos que puede presentar si no está conforme con nuestro plan o con el trato que recibió de parte de un miembro del personal o un proveedor. Las apelaciones son reclamos relacionados con su cobertura médica, como una decisión sobre un tratamiento o un servicio no cubierto o denegado. Si tiene un problema relacionado con la atención, hable con su médico. Por lo general, el médico puede ocuparse del problema. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Molina Healthcare al **(888) 898-7969** (TTY: 711).

Proceso de queja

Queremos saber qué está fallando para mejorar nuestros servicios. Si tiene una queja sobre un proveedor o sobre la calidad de la atención o los servicios que ha recibido, avísenos de

inmediato. Si no está conforme con nosotros o con su médico, puede presentar una queja en cualquier momento. Molina Healthcare cuenta con procedimientos en el lugar para ayudar a los miembros que presentan quejas. Haremos lo posible para responder sus preguntas o ayudar a resolver sus preocupaciones. La presentación de una queja no afectará los servicios o beneficios de atención médica. Los siguientes son ejemplos de casos en los que es posible que desee presentar una queja.

- Su proveedor o un miembro del personal de Molina Healthcare no respetaron sus derechos.
- Tuvo problemas para obtener una cita con su proveedor en un plazo adecuado.
- No está conforme con la calidad de la atención o el tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de Molina Healthcare fue grosero con usted.
- Su proveedor o un miembro del personal de Molina Healthcare fue insensible a sus necesidades culturales o a otras necesidades especiales que pueda tener.

Puede presentar su queja por teléfono llamando a Molina Healthcare al **(888) 898-7969** (TTY: 711). También puede presentar su queja por escrito, por correo postal o fax, a la siguiente dirección:

Correo postal

Molina Healthcare of Michigan
Attention: Appeals and Grievance Department
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422

Fax

(248) 925-1799

En la carta de queja, facilítenos toda la información que pueda. Por ejemplo, incluya la fecha y el lugar donde ocurrió el incidente, los nombres de las personas involucradas y los detalles sobre lo que sucedió. Asegúrese de incluir su nombre y el número de identificación de miembro de Medicaid. Puede solicitarnos ayuda para presentar la queja llamando al **(888) 898-7969** (TTY: 711). Le informaremos cuando hayamos recibido su queja. Podemos comunicarnos con usted para obtener más información.

En cualquier momento durante el proceso de queja, puede pedir a un conocido que lo represente o actúe en su nombre. Esta persona será su “representante”. Si decide que alguien lo represente o actúe en su nombre, informe a Molina Healthcare por escrito el nombre de su representante y la información de contacto. Su queja se resolverá en un plazo de 90 días calendario desde la presentación. Le enviaremos una carta con nuestra decisión.

Proceso de apelaciones

Una apelación es una forma de solicitar una revisión de nuestras acciones. Si decidimos que no podemos aprobar un servicio o artículo solicitado, o si un servicio se ha reducido o suspendido, recibirá una carta de “Determinación adversa de beneficios” de nuestra parte. En esta carta, le informaremos lo siguiente:

- La determinación adversa de beneficios que el contratista ha tomado o pretende tomar.
- Su derecho a recibir, a pedido y sin cargo, copias de todos los documentos, registros y otra información utilizada para tomar nuestra decisión.
- Las medidas que se tomaron y los motivos.
- Su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar una audiencia justa estatal o una revisión externa, y cómo hacerlo.
- Su derecho, en algunas circunstancias, a solicitar una apelación acelerada, y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar que los beneficios continúen durante la apelación, cómo hacerlo y cuándo podría tener que pagar por los servicios.

Puede presentar la apelación en el plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta de Determinación adversa de beneficios. Si desea que sus servicios se mantengan iguales durante la apelación, debe informarlo al apelar; y debe presentar la apelación en un plazo máximo de 10 días calendario a partir de la fecha de la Determinación adversa de beneficios. La lista a continuación incluye ejemplos de casos en los que es posible que desee presentar una apelación.

- No aprobar ni pagar un servicio o artículo solicitado por su proveedor.
- Interrumpir un servicio que se aprobó previamente.
- No proporcionar el servicio ni los artículos de manera oportuna.
- No informarle sobre su derecho a la libertad de elección de proveedores.
- No aprobar un servicio porque este no forma parte de nuestra red.

Puede presentar la apelación por teléfono llamando a Molina Healthcare al **(888) 898-7969** (TTY: 711). También puede presentar la apelación por escrito, por correo postal o fax, a la siguiente dirección:

Correo postal

Molina Healthcare of Michigan
Attention: Appeals and Grievance Department
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422

Fax

(248) 925-1799

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

- Llame a Servicios para Miembros y le brindaremos asistencia en el proceso de presentación.
- Pida a algún conocido que lo represente. Este podría ser, por ejemplo, su proveedor de atención primaria o un familiar.
- Elija que lo represente un profesional del Derecho.

Para designar a alguien para que lo represente: 1) envíenos una carta donde se nos informe que desea que otra persona lo represente e incluya en la carta su información de contacto; o 2) complete el formulario de Designación de representante autorizado. Puede llamar y solicitar el formulario o encontrar este formulario en nuestro sitio web [MolinaHealthcare.com](https://www.MolinaHealthcare.com).

Le enviaremos un aviso en el que indicaremos que recibimos su apelación. Le informaremos si necesitamos más información y cómo darnos dicha información en persona o por escrito. Un proveedor con la misma especialidad que el proveedor tratante, o una similar, 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 la decisión por escrito en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación. Molina Healthcare puede solicitar una extensión de hasta 14 días más para obtener más información antes de tomar una decisión. También puede solicitarnos una extensión si necesita más tiempo para obtener documentos adicionales que respalden su apelación.

Llamaremos para informarle nuestra decisión y le enviaremos a usted y a su representante autorizado el Aviso de decisión de apelación interna. El Aviso de decisión de apelación interna le indicará lo que haremos y los motivos.

Si la decisión de Molina Healthcare coincide con el Aviso de determinación adversa de beneficios, es posible que tenga que pagar el costo de los servicios que recibió durante la revisión de la apelación. Si la decisión de Molina Healthcare no coincide con el Aviso de determinación adversa de beneficios, aprobaremos los servicios de inmediato.

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

- En cualquier momento, puede brindarnos más información sobre su apelación, de ser necesario.
- Tiene la opción de ver el expediente de apelación.
- Tiene la opción de estar presente cuando Molina Healthcare revise la apelación.

¿Cómo puede acelerar la apelación?

Si usted o su proveedor consideran que nuestro plazo estándar de 30 días calendario para tomar una decisión sobre su apelación pondrá en grave riesgo su vida o su salud, puede solicitar una apelación acelerada por escrito o por teléfono. Si nos escribe, incluya su nombre, número de identificación de miembro, la fecha de la carta de Aviso de determinación adversa de beneficios, información sobre su caso y el motivo por el que solicita la apelación acelerada. Si necesitamos más información, se lo comunicaremos en un plazo de 24 horas. Una vez que se haya proporcionado toda la información, lo llamaremos en un plazo de 72 horas desde el momento de su solicitud para informarle sobre nuestra decisión, y también le enviaremos a usted y a su representante autorizado el Aviso de decisión de apelación interna.

¿Cómo puede retirar una apelación?

Tiene derecho a retirar su apelación por cualquier motivo, en cualquier momento, durante el proceso de apelación. Sin embargo, usted o su representante autorizado deben hacerlo por escrito, con la misma dirección que se utilizó para presentar la apelación. La revocación de la apelación finalizará el proceso de apelación y nosotros no tomaremos ninguna decisión sobre su solicitud de apelación. Molina Healthcare reconocerá la revocación de la apelación enviando un aviso a usted o a su representante autorizado. Si necesita más información sobre cómo retirar una apelación, llame a Molina Healthcare al **(888) 898-7969** (TTY: 711).

¿Qué sucede después?

Después de recibir el Aviso de decisión interna por escrito, usted no tiene que tomar ninguna medida y su expediente de apelación se cerrará. Sin embargo, si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación, puede tomar medidas mediante una solicitud de audiencia justa estatal ante la Oficina de Audiencias y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR) o solicitar una revisión externa en virtud de la Ley del Derecho del Paciente a la Revisión Independiente (PRIRA) del Departamento de Seguros y servicios Financieros de Michigan (DIFS). Puede optar por solicitar una audiencia justa estatal y una revisión externa, o puede solicitar solo una de estas.

Proceso de audiencia justa estatal

Usted, su representante o su proveedor pueden solicitar una audiencia justa estatal ante la MOAHR. Debe hacerlo en un plazo de 120 días calendario desde la fecha del aviso de denegación de su apelación. Se incluirá un formulario de Solicitud de audiencia con el aviso de decisión de apelación que reciba de nuestra parte. Contiene instrucciones que deberá revisar. Si solicitó la continuación de los servicios en su apelación al plan de salud y desea continuar con los servicios durante el proceso de audiencia justa estatal, debe solicitar dicha audiencia en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del aviso de decisión. Si no gana esta audiencia, es posible que sea responsable de pagar los servicios prestados durante el proceso de audiencia. También puede solicitar una audiencia justa estatal si no recibe nuestra decisión dentro del plazo requerido.

Llame a Molina Healthcare al **(888) 898-7969**, TTY: 711, si necesita que se le envíe un formulario de solicitud de audiencia. También puede llamar si tiene preguntas sobre el proceso de la audiencia. Recibirá un aviso de audiencia por escrito de la MOAHR en el que se le informará la fecha y la hora de la audiencia. La mayoría de las audiencias se realizan por teléfono, pero puede solicitar una audiencia en persona. Durante la audiencia, deberá informar a un juez de derecho administrativo por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. Recibirá una decisión por escrito en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha en que la MOAHR reciba su solicitud de audiencia. En la decisión por escrito se le explicará si tiene derechos de apelación adicionales.

Si el plazo estándar para la revisión pusiera en riesgo su vida o su salud, podría calificar para una audiencia justa estatal acelerada. Si reúne los requisitos, la MOAHR debe darle

una respuesta en un plazo de 72 horas. Sin embargo, si la MOAHR necesita reunir más información que pueda ayudarlo, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar a la MOAHR al **(800) 648-3397**.

Revisión externa de apelaciones

Usted, su representante o su proveedor puede solicitar una revisión externa ante el DIFS en virtud de la Ley PRIRA. Debe hacerlo en un plazo de 127 días calendario desde la fecha del aviso de denegación de su apelación. Se incluirá un formulario de revisión externa con el aviso de decisión de apelación que reciba de nuestra parte. Contiene instrucciones que deberá revisar. El DIFS le enviará la apelación a una Organización de Revisión Independiente (IRO) para su revisión. Se le enviará una decisión por correo en 14 días calendario después de la aceptación de su apelación. También puede solicitar una revisión externa si no recibe nuestra decisión dentro del plazo requerido. Usted, su representante autorizado o su médico también pueden solicitar una decisión de apelación rápida por parte del DIFS durante los 10 días calendario de haber recibido la determinación final. El DIFS le enviará la apelación a una IRO para su revisión. Tendrá una decisión sobre la atención en un plazo de 72 horas. Durante este plazo, sus beneficios continuarán.

Envíe su solicitud a:

Department of Insurance and Financial Services (DIFS)
Office of Research, Rules, and Appeals – Appeals Section
P.O. Box 30220
Lansing, MI 48909-7720
O llame al: **(877) 999-6442**
Fax: (517) 284-8838
En línea: [Difs.state.mi.us/Complaints/ExternalReview.aspx](https://difs.state.mi.us/Complaints/ExternalReview.aspx)

Apoyos y servicios comunitarios

Queremos ofrecer una atención eficaz y adecuada en el momento oportuno. También conectamos a nuestros miembros con recursos comunitarios.

- ¿Les cuesta a usted y a su familia tener suficiente para comer?
- ¿Necesita ayuda para encontrar un lugar para alojarse o necesita asistencia para calefacción?
- ¿Necesita transporte para ir a las citas con su médico?
- ¿Necesita ayuda para conseguir un empleo?

Si respondió que sí a alguna de las preguntas anteriores, podemos ayudar. Sabemos que es difícil desplazarse hasta el médico para someterse a exámenes médicos importantes o recibir otro tipo de atención cuando enfrenta estas dificultades. Si tiene problemas similares o necesita ayuda, comuníquese con su administrador de atención. Si no tiene un administrador de atención y necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **(888) 898-7969**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Molina Help Finder

Somos parte de su comunidad. Y nos esforzamos para que esta sea más saludable. Molina Help Finder es su punto de encuentro integral para buscar recursos comunitarios de bajo costo o sin costo cuando los necesita. Busque servicios cerca de su casa con nuestra herramienta en línea en MolinaHelpFinder.com y MyMolina.com. Puede buscar ayuda y servicios para satisfacer necesidades básicas, como las siguientes:

- Alimentos
- Vivienda
- Transporte
- Salud
- Capacitación laboral
- Cuidado de niños
- Educación
- Trabajo
- Asuntos legales
- Y mucho más

Obtenga más información en MolinaHelpFinder.com.

También puede acceder a recursos de la siguiente manera:

- En línea a través del portal del estado de Michigan: Newmibridges.michigan.gov
- En línea a través del sitio web de Michigan 2-1-1: Mi211.org

Mujeres, Bebés y Niños (WIC) es un programa gratuito que proporciona una combinación de educación sobre nutrición, alimentos complementarios, promoción y apoyo de la lactancia materna, y remisiones para atención médica. Llame al **(800) 262-4784** para encontrar una clínica del programa WIC cerca de usted o llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda.

Administración de la atención

Ofrecemos un programa de administración de la atención para miembros con afecciones médicas crónicas o complejas. Se trata de un programa voluntario que le permite hablar con un coordinador de atención acerca de su atención médica. Un coordinador de atención lo ayuda a hacer lo siguiente:

- Coordinar la atención entre los proveedores de atención médica.
- Establecer metas personales para controlar las afecciones médicas.
- Hablar con los médicos u otros proveedores en caso de necesitar ayuda.

- Comprender sus afecciones médicas.
- Acceder a apoyos, servicios y recursos comunitarios.

Si le interesa inscribirse en este programa, llame a Servicios para Miembros para comunicarse con un coordinador de atención.

Dé a conocer sus deseos: directivas anticipadas

Molina Healthcare respalda su derecho a presentar una “directiva anticipada” conforme a la ley de Michigan. Este documento es una declaración por escrito de sus deseos en cuanto a la atención médica. En este se explica, de antemano, qué tratamientos desea o no desea recibir si tiene una afección médica grave que le impide informar al proveedor sus preferencias relacionadas con el tratamiento.

El estado de Michigan solo reconoce una directiva anticipada llamada poder legal duradero para la atención médica. Para elaborar uno, deberá elegir un defensor de pacientes.

Esta persona cumple sus deseos y toma decisiones por usted cuando no puede hacerlo. Es importante que elija a una persona que conozca y en la que confíe para que sea su defensor. Asegúrese de hablar con la persona para informarle lo que desea.

Hable con su familia y con su médico de atención primaria sobre sus opciones. Presente una copia de la directiva anticipada junto con los demás documentos importantes. Entregue una copia a la persona que designe como su defensor de pacientes. Pida que coloquen una copia en su historia clínica.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información y los formularios que necesita para redactar una directiva anticipada.

Si no se cumplen sus deseos o si tiene un reclamo sobre cómo su proveedor sigue su directiva anticipada, puede presentar un reclamo a la siguiente dirección:

Department of Licensing & Regulatory Affairs
BPL/Investigations & Inspections Division
P.O. Box 30670 Lansing,
MI 48909-8170
Llame al: **(517) 373-9196**

O bien, haga clic a continuación:

Michigan.gov/lara/bureau-list/bpl

Haga clic en File a Complaint (Presentar un Reclamo)

Si tiene reclamos sobre cómo Molina Healthcare sigue sus deseos, puede llamar al Departamento de Seguros y Servicios Financieros del estado de Michigan. Llame sin cargo al **(877) 999-6442** o vaya a Michigan.gov/difs.

En el caso de las personas mayores de 18 años, puede obtener una plantilla a través de Five Wishes que le permite documentar sus deseos y quién desea que tome las decisiones sobre atención médica por usted si no puede hacerlo por su cuenta.

Para pedir una copia de Five Wishes, comuníquese con:

Aging with Dignity
P.O. Box 1661
Tallahassee, Florida 32302-1661
Teléfono: **(850) 681-2010**

Horario de atención: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este

Correo electrónico: info@fivewishes.org

Sitio web: Fivewishes.org

Para obtener más información sobre Five Wishes, visite el sitio web:

Molinahealthcare.com/members/mi/mem/medicaid/overvw/resources/Five-Wishes.aspx

Ayude a detectar fraude, despilfarro y abuso en la atención médica

Medicaid paga a médicos, hospitales, farmacias, clínicas y otros proveedores de atención médica para que atiendan a adultos y niños que necesitan ayuda para recibir atención médica. En ocasiones, los proveedores y los pacientes hacen un uso indebido de los recursos de Medicaid. Aprovecharse injustamente de los recursos de Medicaid deja menos dinero para ayudar a otras personas que necesitan atención. Esto se denomina fraude, despilfarro y abuso.

Fraude

Fraude es tergiversar los hechos a propósito. Estos son algunos ejemplos de fraude:

- Usar la tarjeta de identificación de miembro de otra persona.
- Modificar una receta emitida por un médico.
- Facturar servicios no prestados.
- Facturar el mismo servicio más de una vez.

Despilfarro

El despilfarro es el uso descuidado o ineficaz de los recursos. No es una violación de la ley, pero resta dinero a la atención médica para las personas que la necesitan. Estos son algunos ejemplos de despilfarro:

- Usar los servicios de transporte para citas no relacionadas con la atención médica.
- Médicos que piden pruebas excesivas o innecesarias.
- Farmacias de pedido por correo que le envían recetas sin la confirmación de que aún las necesita.

Abuso

Abuso es el uso excesivo o indebido de esos recursos. Estos son algunos ejemplos de abuso:

- Acudir a la sala de emergencias por motivos de atención médica que no es de emergencia.
- Acudir a más de un médico para obtener la misma receta.
- Comportarse de manera amenazante u ofensiva en el consultorio médico, el hospital o la farmacia.
- Recibir servicios que no sean médicamente necesarios.

Usted puede ayudar

Nos esforzamos para detectar, investigar y evitar fraudes en la atención médica. Usted puede ayudar. Sepa qué debe controlar cuando recibe servicios de atención médica. Si recibe una factura o un estado de cuenta de su médico o una declaración de Explicación de pagos de beneficios de nuestra parte, asegúrese de lo siguiente:

- El nombre del médico debe ser del mismo médico que lo trató.
- El tipo y la fecha de servicio deben coincidir con el que usted recibió.
- El diagnóstico de la documentación debe ser el mismo que le indicó su médico.

El fraude en la atención médica es un delito grave en Michigan. Participar en fraudes o abusos puede poner en riesgo sus beneficios u ocasionar otros problemas legales. Si sospecha que se ha cometido fraude, despilfarro o abuso, denúncielo. No es necesario que indique su nombre.

En línea: [MolinaHealthcare.alertline.com](https://www.molinahealthcare.com/alertline)

Correo electrónico: MHMCompliance@MolinaHealthcare.com

Teléfono: **(866) 606-3889**

Fax: **(248) 925-1797**

Correo postal regular:

Molina Healthcare of Michigan

Attention: Compliance Officer

880 West Long Lake Road, Suite 200

Troy, MI 48098-4504

También puede informar u obtener más información sobre fraude en la atención médica por escrito:

Office of the Inspector General

P.O. Box 30062

Lansing, MI 48909

○ llame a la línea gratuita: **1-855-MI-FRAUD** (1-855-643-7283)

○ bien, visite: **Michigan.gov/fraud**

La información se puede facilitar de forma anónima.

Definiciones útiles

Estas definiciones de atención administrada lo ayudarán a comprender mejor ciertas acciones y servicios a lo largo de este manual.

Abuso: prácticas del proveedor que no son coherentes con las prácticas fiscales, comerciales o médicas correctas y generan un costo innecesario o un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos de profesionalismo para la atención médica. También incluye las prácticas de los inscritos que producen costos innecesarios para el Programa de Medicaid (Título 42, § 455.2 del Código de Reglamentos Federales [CFR]).

Directiva anticipada: una instrucción legal escrita, como un testamento vital, directiva personal, decisión anticipada, poder notarial permanente o apoderado médico, donde la persona especifica qué acciones se deben realizar en relación con el suministro de atención médica cuando la persona esté incapacitada.

Aviso de acción adversa: aviso enviado a los miembros que contiene decisiones de autorización de servicios que deniegan o limitan los servicios dentro de los plazos de la política de Molina Healthcare para decisiones de autorización estándar y aceleradas.

Determinación adversa de beneficios: acción u omisión del contratista, que incluye lo siguiente:

1. Rechazo o autorización limitada del servicio solicitado, incluidas las determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, requisitos de necesidad médica, idoneidad, entorno o eficacia de un beneficio cubierto.
2. Reducción, suspensión o finalización de un servicio autorizado previamente.
3. Denegación total o parcial de pago de un servicio.
4. Falta de suministro de servicios en forma oportuna, según la definición del MDHHS.
5. Incumplimiento del contratista de actuar dentro de los plazos estipulados en § 438.408(b) (1) y (b)(2) con respecto a la resolución estándar de quejas y apelaciones.
6. Para un residente del área rural con una sola Organización de Atención Administrada (MCO), la denegación de solicitud de un inscrito para ejercer su derecho, en virtud de la Sección 438.52(b)(2)(ii), de obtener servicios fuera de la red.
7. Denegación de una solicitud de un inscrito para disputar una responsabilidad financiera, incluidos costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coseguros y otras responsabilidades financieras del inscrito.

Apelación: una apelación es la acción que puede realizar si está o no de acuerdo con la decisión de cobertura o pago que tomó su Plan de Salud de Medicaid. Puede apelar si su plan presenta alguna de las siguientes situaciones:

Deniega su solicitud de lo siguiente:

- Un servicio de atención médica.
- Un suministro o un artículo.
- Un medicamento recetado que usted considera que debería poder obtener.

Reduce, limita o deniega la cobertura de lo siguiente:

- Un servicio de atención médica.
- Un suministro o un artículo.
- Un medicamento recetado que ya recibió.

Su plan deja de proporcionar o pagar la totalidad o parte de lo siguiente:

- Un servicio.
- Un suministro o un artículo.
- Un medicamento recetado que cree que aún necesita.

No brinda servicios médicos de manera oportuna.

Beneficiario: cualquier persona considerada elegible para el Programa de Asistencia Médica de Michigan.

Día hábil: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este (a menos que se indique algo distinto) sin incluir los feriados estatales o federales.

Reclamo: comunicación de un beneficiario o de un representante del beneficiario al contratista en la que se expresa una preocupación sobre la atención o el servicio brindado por el contratista, el proveedor dental o el subcontratista de transporte; en la que se presenta un problema con una solicitud de solución que puede resolverse de manera informal. Los reclamos pueden ser verbales o escritos.

Salud comunitaria: sólido foco en los determinantes sociales de salud, que crean la igualdad de salud y apoyan los esfuerzos para crear comunidades más resilientes al coordinar las estrategias de mejora de la salud de la población.

Copago: un monto determinado que podría tener que pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico. Esto puede incluir lo siguiente:

- Una visita al médico
- Visita ambulatoria en el hospital
- Medicamento recetado

Servicios cubiertos: todos los servicios prestados en virtud de Medicaid, según se definen en el contrato, que el contratista ha acordado prestar o gestionar para que se presten a los inscritos.

Servicios de Atención Médica Especial para Niños (CSHCS): la elegibilidad está autorizada por el Título V de la Ley de Seguro Social. Las personas elegibles para CSHCS y Medicaid se inscriben obligatoriamente en un Plan de Salud de Medicaid (MHP).

Servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS): meta de atención médica para reducir las disparidades en la salud y brindar una atención óptima a los pacientes, independientemente de su raza, origen étnico, idiomas nativos hablados y creencias religiosas o culturales.

Doula: persona no médica que habitualmente brinda servicios de apoyo físico, emocional y educativo a las embarazadas durante las necesidades prenatales, de trabajo de parto, parto y posparto.

Equipo médico duradero: equipo y suministros solicitados por un proveedor de atención médica para uso diario o uso prolongado. Esto puede incluir lo siguiente:

- Equipo de oxígeno
- Sillas de ruedas
- Muletas
- Tiras reactivas para diabéticos

Examen de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT):

beneficios definidos en la Sección 1905(r) de la Ley, incluidos los siguientes: servicios de detección, de la vista, dentales y de audición y otra atención médica necesaria; servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas descritas en la Sección 1905(r) de la Ley para corregir o aliviar defectos y afecciones y enfermedades físicas y mentales descubiertas por los servicios de exámenes de detección, estén o no esos servicios cubiertos en el plan estatal.

Terapia electroconvulsiva (ECT): procedimiento, realizado con anestesia general, en el que se pasan pequeñas corrientes eléctricas por el cerebro y que desencadena intencionalmente una breve convulsión.

Afección médica de emergencia: enfermedad, lesión o afección tan grave que debería buscar atención inmediata para evitar daños.

Transporte médico de emergencia: servicios de ambulancia por una afección médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias: atención prestada en caso de emergencia médica cuando usted considera que su salud está en peligro.

Servicios de emergencia: revisión de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos: servicios médicos que su plan no paga ni cubre.

Apelación acelerada: apelación realizada cuando el contratista determina (según la solicitud del inscrito) o el proveedor indica (al hacer la solicitud en nombre del inscrito o apoyar este pedido) que el tiempo necesario para la resolución estándar puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de lograr, mantener o recuperar las funciones máximas del inscrito. El contratista tomará la decisión en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la apelación acelerada.

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

Fraude, despilfarro y abuso: prácticas que no son coherentes con las prácticas fiscales, comerciales o médicas correctas y generan un costo innecesario al Programa de Medicaid, o un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos de profesionalismo para la atención médica.

Queja: reclamo que usted comunica a su plan. Puede presentar una queja si tiene algún problema para llamar al plan o si no está conforme con la forma en que lo trató un miembro del personal o un proveedor. Una queja no es el modo de abordar un reclamo sobre una decisión de tratamiento o un servicio no cubierto o denegado (consulte “Apelación”).

Servicios y dispositivos de recuperación de las habilidades: servicios de atención médica que ayudan a la persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana. Estos servicios pueden prestarse como paciente hospitalizado o ambulatorio y pueden incluir lo siguiente:

- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Patología del habla y del lenguaje
- Servicios para personas con discapacidades

Seguro de salud: el seguro de salud es un tipo de cobertura que paga los costos médicos o de medicamentos de una persona. Puede reembolsar a la persona los costos derivados de una enfermedad o lesión. También le puede pagar directamente al proveedor. El seguro de salud requiere el pago de primas (consulte “Prima”) de la persona que recibe el seguro.

Atención médica en el hogar: servicios de atención que un proveedor de atención médica decide que usted necesita en su domicilio para tratar una enfermedad o lesión. La atención médica en el hogar lo ayuda a recuperar su independencia y a ser lo más autosuficiente posible.

Servicios de cuidados terminales: es una manera especial de cuidar de los enfermos terminales y de brindar apoyo a su familia.

Hospitalización: atención en un hospital que necesita admisión como paciente internado y que podría requerir una estadía de una noche. Una estadía de una noche para que lo atiendan podría ser atención para pacientes ambulatorios.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención en un hospital que, por lo general, no necesita una estadía de una noche.

Medicaid: programa estatal/federal autorizado en virtud del Título XIX de la Ley de Seguro Social, con sus modificaciones; Título 42 del Código de Estados Unidos (USC), 1396 et seq.; y la Sección 105 de la Ley 280 de las Leyes Públicas de 1939, con sus modificaciones, siendo 400.105 de las Leyes Compiladas de Michigan; que establecen fondos compensatorios para un Programa de Asistencia Médica. Se deben cumplir los requisitos de elegibilidad médica y financiera específicos.

Plan de Salud de Medicaid (MHP): plan que ofrece servicios de atención médica a miembros verificados como elegibles por parte del estado. El estado tiene contrato con ciertas Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO) que brindan servicios médicos a quienes son elegibles. El Gobierno paga la prima en nombre del miembro.

Plan de atención médica: plan que ofrece servicios de atención médica a miembros que cumplen las reglas de elegibilidad del estado. El estado tiene contrato con ciertas Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO) que brindan servicios médicos a quienes son elegibles. El estado paga la prima en nombre del miembro.

Medicamento necesario: servicios o suministros de atención médica que cumplen con los estándares aceptados de los medicamentos necesarios para diagnosticar o tratar lo siguiente:

- Enfermedad
- Lesión
- Afección
- Dolencia
- Síntoma

Miembro: puede significar un miembro del Plan o el representante de un miembro, incluidos, entre otros, proveedor, familiar u otra persona designada por el miembro. Un miembro puede autorizar por escrito a cualquier persona, incluido, entre otros, un médico, para actuar en su nombre en cualquier etapa de un proceso de apelación, mediante la firma del "Formulario de autorización de representante".

Red: proveedores de atención médica contratados por su plan para prestar servicios de salud. Esto incluye lo siguiente:

- Médicos
- Hospitales
- Farmacias

Proveedor de la red/proveedor participante: proveedor de atención médica que tiene un contrato con el plan como proveedor de atención.

Proveedor no participante/proveedor fuera de la red: proveedor de atención médica que no tiene un contrato con el plan de salud de Medicaid como proveedor de atención.

Servicios médicos: servicios de atención médica brindados por una persona autorizada, conforme a la ley estatal, para ejercer la medicina.

Plan: plan que ofrece servicios de atención médica a miembros que pagan una prima.

Autorización previa: aprobación de un plan que se requiere antes de que este pague por lo siguiente:

- Servicios.
- Equipo médico
- Recetas

Esto también se denomina autorización anticipada, aprobación previa o certificación previa. Su plan puede exigir una autorización previa para ciertos servicios antes de recibirlos. Esto excluye una emergencia.

Prima: monto pagado por los beneficios de atención médica todos los meses. El estado paga las primas del Plan de Salud de Medicaid en nombre de los miembros elegibles.

Cobertura de medicamentos recetados: seguro o plan de salud que ayuda a pagar los fármacos y los medicamentos recetados.

Medicamentos recetados: fármacos y medicamentos que requieren una receta por ley de un proveedor autorizado.

Proveedor de atención primaria: médico con licencia, enfermero profesional, especialista en enfermería clínica o auxiliar médico, según lo permite la ley estatal, que brinda y administra servicios de atención médica. También se puede llamar médico de atención primaria. Su proveedor de atención primaria es la persona a la que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Este se asegurará de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y remitirlo a ellos.

Proveedor: persona, lugar o grupo con licencia para brindar atención médica, como médicos, enfermeros y hospitales.

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

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios o equipos de rehabilitación que ordena su médico para ayudarlo a recuperarse de una lesión o enfermedad. Estos servicios pueden prestarse como paciente hospitalizado o ambulatorio y pueden incluir lo siguiente:

- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Patología del habla y del lenguaje
- Servicios de rehabilitación psiquiátrica

Atención de enfermería especializada: servicios prestados en su hogar o en un hogar de ancianos y brindados por los siguientes profesionales capacitados:

- Enfermeros
- Técnicos
- Terapeutas

Especialista: especialista médico con licencia que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Estimulación magnética transcraneal (TMS): procedimiento no invasivo que utiliza campos magnéticos para estimular las células nerviosas del cerebro para mejorar los síntomas de depresión.

Atención de urgencia: atención para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente importante como para buscar atención de inmediato, pero no lo suficientemente grave como para que necesite atención en la sala de emergencias.

Aviso sobre las prácticas de privacidad

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD MOLINA HEALTHCARE OF MICHIGAN

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of Michigan (“Molina Healthcare”, “Molina”, “nosotros” o “nuestro”) usa y comparte información médica protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud. Usamos y compartimos su información para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También usamos y compartimos su información por otros motivos permitidos y requeridos por la ley. Tenemos el deber de mantener privada su información médica y de cumplir con los términos de este aviso. La fecha de entrada en vigencia de este aviso es el 23 de septiembre de 2013.

PHI son las siglas en inglés de información médica protegida (“Protected Health Information”). La PHI es información de salud que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores, y que Molina la usa o comparte.

¿Por qué Molina usa o comparte su PHI?

Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI se utiliza o comparte para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Para tratamientos

Molina puede usar o compartir su PHI para brindarle, o coordinar, su atención médica. El tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección médica con un especialista. Esto ayuda al especialista a hablar sobre el tratamiento con su médico.

Para pagos

Molina puede usar o compartir PHI para tomar decisiones sobre el pago. Esto puede incluir reclamaciones, aprobaciones de tratamiento y decisiones sobre necesidad médica. Su nombre, su afección, su tratamiento y los suministros proporcionados pueden estar escritos en la factura. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted tiene nuestros beneficios. También le indicaríamos al médico el monto de la factura que pagaríamos.

Para operaciones de atención médica

Molina podría usar o compartir PHI sobre usted para ejecutar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos utilizar la información de su reclamación para informarle sobre un programa de salud que podría ser de utilidad para su caso. También podemos usar o compartir su PHI para resolver preocupaciones del miembro. Su PHI también se puede usar para ver que las reclamaciones se pagan correctamente.

Las operaciones de atención médica involucran muchas necesidades de actividades cotidianas. Incluye, entre otros aspectos, lo siguiente:

- Mejorar la calidad.
- Acciones en los programas de salud para ayudar a los miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o coordinar revisiones médicas.
- Servicios legales, incluidos programas de detección y enjuiciamiento de fraude y abuso.
- Acciones para ayudarnos a obedecer las leyes.
- Abordar necesidades de los miembros, incluida la resolución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“socios comerciales”) que hagan diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. También podemos usar su PHI para recordarle sus citas. Podemos utilizar su PHI para brindarle información sobre otro tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

¿Cuándo Molina puede usar o compartir su PHI sin obtener una autorización por escrito (aprobación) de su parte?

La ley permite o requiere que Molina use y comparta su PHI para varios otros fines, incluidos los siguientes:

Requerido por ley

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requerido por la ley. Compartiremos su PHI cuando lo solicite la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Esto puede ser para un caso judicial, alguna revisión legal o cuando sea necesario para propósitos de cumplimiento de la ley.

Salud pública

Su PHI se puede usar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Auditoría de atención médica

Su PHI se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Es posible que necesiten su PHI para hacer auditorías.

Investigación

Su PHI se puede usar o compartir para investigar en determinados casos.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI se puede usar o compartir para llevar a cabo procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su PHI se puede usar o compartir con la policía para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

Salud y seguridad

Su PHI se puede compartir para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Su PHI se puede compartir con el Gobierno en caso de funciones especiales. Un ejemplo sería proteger al presidente.

Víctimas de maltrato, abandono o violencia doméstica

Su PHI se puede compartir con autoridades legales si creemos que una persona es víctima de maltrato o abandono.

Indemnización laboral

Su PHI se puede usar o compartir para cumplir con las leyes de indemnización laboral.

Otras divulgaciones

Su PHI se puede compartir con directores de funerarias o médicos forenses para ayudarlos a hacer sus trabajos.

¿Cuándo Molina necesita su autorización por escrito (aprobación) para usar o compartir su PHI?

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para un propósito distinto de los que se mencionan en este Aviso. Molina necesita su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones con fines de mercadeo; y (3) usos y divulgaciones que implican la venta de PHI. Puede cancelar una aprobación por escrito que nos haya proporcionado. Su cancelación no se aplicará a las acciones que ya hayamos tomado debido a la aprobación que ya nos dio.

¿Cuáles son sus derechos de información sobre la salud?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Restricciones en los usos de la PHI o divulgaciones (compartir su PHI)**

Usted puede pedirnos que no compartamos su PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También puede pedirnos que no compartamos su PHI con su familia, sus amigos u otras personas que usted designe que participen en su atención médica. Sin embargo, no se nos exige que aceptemos su solicitud. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud.

- **Solicitar comunicaciones confidenciales de PHI**

Usted puede solicitarle a Molina que le dé su PHI de cierta manera o en un lugar determinado para que su PHI siga privada. Cumpliremos con solicitudes razonables si usted nos dice que compartir todo o una parte de esa PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud.

- **Revisar y copiar su PHI**

Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que tenemos en nuestro poder. Esto puede incluir los registros que se utilizan sobre cobertura, reclamaciones y otras decisiones como miembro de Molina. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por copiar y enviar los registros por correo postal. En determinados casos, podemos denegar la solicitud. Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si desea revisar, obtener una copia o cambiar su registro médico, comuníquese con su médico o clínica.

- **Modificación de su PHI**

Usted puede solicitar que modifiquemos (cambiamos) su PHI. Esto abarca únicamente los registros que conservamos de usted como miembro. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud. Puede presentar una carta para indicar que no está de acuerdo con nosotros si denegamos la solicitud.

- **Recibir un estado de cuenta de las divulgaciones de PHI (compartir su PHI)**

Puede solicitar que le demos una lista de ciertas partes con las que compartimos su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida en los siguientes casos:

- o para tratamiento, pago u operaciones de atención médica;
- o a las personas acerca de su propia PHI;
- o si se compartió con su autorización;
- o debido a un incidente de uso o divulgación permitido o requerido de alguna manera por la ley correspondiente;
- o PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o con fines de inteligencia; o
- o como parte de una serie de datos limitados de acuerdo con la ley correspondiente.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un período de 12 meses. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud.

Puede hacer cualquiera de las solicitudes indicadas anteriormente o puede obtener una copia impresa de este aviso. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **(888) 898-7969**.

¿Qué puede hacer si sus derechos no se han protegido?

Puede presentar un reclamo ante Molina y ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos si considera que se han violado sus derechos de privacidad. No haremos nada en su contra por presentar un reclamo. Su atención y sus beneficios no cambiarán de ninguna manera.

Puede presentar un reclamo ante nosotros de los siguientes modos:

Molina Healthcare of Michigan
Attention: Compliance Officer
880 West Long Lake Road, Suite 200
Troy, MI 48098-4504
Teléfono: **(888) 898-7969**

Puede presentar un reclamo ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (312) 886-1807 (FAX)

¿Cuáles son los deberes de Molina?

Molina debe cumplir con lo siguiente:

- Mantener su PHI privada.
- Darle información escrita como esta sobre nuestros deberes y prácticas de privacidad sobre su PHI.
- Enviarle un aviso en caso de que se vulnere su PHI no segura.
- No utilizar ni revelar su información genética para fines de suscripción.
- Cumplir con los términos de este aviso.

Este aviso está sujeto a cambios

Molina se reserva el derecho de modificar en cualquier momento sus prácticas de información y los términos de este Aviso. De ser así, los nuevos términos y prácticas regirán para toda la PHI que mantengamos. Si hacemos cambios sustanciales, Molina publicará el Aviso revisado en nuestro sitio web y enviará el Aviso revisado, o información sobre el cambio de material y cómo obtener el Aviso revisado, en nuestra próxima correspondencia anual a nuestros miembros que tengan cobertura de Molina.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

Molina Healthcare of Michigan
Attention: Compliance Director
880 West Long Lake Road
Troy, MI 48098-4504
Teléfono: **(888) 898-7969**



Certificado de Cobertura

Artículo I. Condiciones generales

1.1 Certificado. Este Certificado de Cobertura se emite a los beneficiarios del Programa Medicaid que se inscribieron en Molina Healthcare of Michigan. Al inscribirse en el Plan, el miembro acepta cumplir los términos y las condiciones de este Certificado.

1.2 Derechos y responsabilidades. Este Certificado describe y establece los derechos y las responsabilidades del miembro y del Plan. Es responsabilidad del miembro leer y entender este Certificado. El apéndice A de este Certificado indica los servicios cubiertos a los cuales tiene derecho el miembro en virtud de los términos y condiciones de este Certificado. En algunas circunstancias, ciertos servicios médicos, equipos y suministros no tienen cobertura, o pueden requerir autorización previa del Plan.

1.3 Anulación del Plan y modificaciones. Solo los funcionarios autorizados del Plan tienen la facultad de anular condiciones o restricciones de este Certificado o de obligar al Plan mediante una promesa o declaración o mediante la entrega o recepción de información. Todos los cambios a este Certificado se realizarán por escrito y con la firma del funcionario autorizado del Plan. Ningún cambio a este Certificado entrará en vigencia hasta la aprobación por parte del Departamento de Seguros y Servicios Financieros.

1.4 Cesión. Los derechos del miembro a recibir servicios cubiertos en virtud de los acuerdos del miembro son personales y no se pueden ceder a otra persona o entidad. Toda cesión o intento de cesión del acuerdo del miembro o de los derechos en virtud de este acuerdo a otra persona o entidad es causal de solicitud de finalización de la inscripción del miembro en el Plan en virtud del Artículo 9.

Artículo II. Definiciones

2.1 Aplicabilidad. Las definiciones de este artículo se aplican en todo este Certificado y sus modificaciones, adendas y apéndices.

2.2 Certificado significa este Certificado de Cobertura entre el Plan y el miembro, que incluye modificaciones, adendas y apéndices.

2.3 Enfermedades contagiosas significa VIH/sida, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y enfermedades contagiosas que se pueden prevenir con vacunas.

2.4 Servicios cubiertos significa los suministros, equipos y servicios médicamente necesarios indicados en el apéndice A de este Certificado, sujeto a todos los términos y condiciones de este Certificado.

2.5 Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) es la agencia que está debidamente autorizada para regular a las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud en el estado de Michigan.

2.6 Doula significa persona no médica que habitualmente brinda servicios de apoyo físico, emocional y educativo a las embarazadas durante las necesidades prenatales, de trabajo de parto, parto y posparto.

2.7 Emergencia significa una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de tal gravedad (incluidos dolores fuertes) que una persona prudente con conocimiento promedio de salud y medicina pueda esperar de manera razonable que la falta de atención médica inmediata pueda provocar (i) un grave riesgo para la salud de la persona o de una embarazada o su hijo no nacido; (ii) un grave trastorno de las funciones corporales; o (iii) una grave disfunción de una parte del cuerpo u órgano.

2.8 Servicios de emergencia son los servicios médicamente necesarios para tratar una emergencia.

2.9 Equipos, procedimientos, tratamientos, suministros, dispositivos o medicamentos experimentales o de investigación son los equipos, los procedimientos, los tratamientos, los suministros, los dispositivos o los medicamentos que cumplen uno o más de los siguientes criterios: (a) no se pueden comercializar legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y tal aprobación no había sido otorgada en el momento de su uso o uso previsto; (b) son objeto de una solicitud actual de dispositivo o medicamento nuevo en investigación presentada en la FDA; (c) se brindan de conformidad con un ensayo clínico de fases I o II; (d) se brindan de conformidad con un protocolo escrito que describe entre sus objetivos la determinación de seguridad, eficacia o eficiencia en comparación con alternativas convencionales; (e) se describen como experimentales o en investigación en documentos de información para el paciente o consentimiento informado; (f) se entregarán o deberán entregarse sujeto a la aprobación y supervisión de una Junta de Revisión Institucional (IRB) según lo exigen y definen las normativas federales, en particular las de la FDA o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) o agencias sucesoras, o de un comité de sujetos humanos (o comparable); (g) la opinión predominante entre los expertos expresada en bibliografía influyente es que el uso se limitaría considerablemente a entornos médicos de investigación; (h) la opinión predominante entre expertos expresada en bibliografía influyente científica o médica es que se necesitan más experimentos o investigaciones para definir la seguridad, la toxicidad, la eficacia o la eficiencia en comparación con las alternativas convencionales; (i) en el momento de su uso o uso previsto, no se emplean de manera amplia o rutinaria o no son aceptados en general de otro modo por la comunidad médica; (j) no son de investigación en sí según los criterios anteriores, y no serían médicamente necesarios si no fuera por el suministro de un medicamento, dispositivo, tratamiento, procedimiento o equipo que cumpla con alguno de los criterios anteriores; o (k) se consideran experimentales o de investigación en virtud de los acuerdos de seguro o reaseguro del Plan. Los medicamentos experimentales o de investigación no incluyen medicamentos antineoplásicos que son un beneficio cubierto de conformidad con la Sección 21054b del Código de Salud Pública.

2.10 Servicios de planificación familiar son los medios médicamente aprobados, que incluyen evaluaciones de diagnóstico, medicamentos, suministros, dispositivos y asesoramiento relacionado para prevenir o demorar voluntariamente un embarazo o para la detección o el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

2.11 Gastos de atención médica son los montos que paga o debe pagar el Plan a los proveedores participantes y no participantes por los servicios cubiertos suministrados al miembro.

2.12 Profesional de la salud significa un proveedor de atención médica con licencia, certificación u otra calificación adecuada para brindar servicios de salud según la ley de Michigan.

2.13 Hospital significa un centro de atención aguda con licencia de hospital del estado de Michigan, que se dedica a brindar, de forma ambulatoria o con internación, atención y tratamiento médico a personas enfermas o lesionadas a través de centros médicos, quirúrgicos y de diagnóstico.

2.14 Servicios hospitalarios significa los servicios cubiertos que brinda un hospital.

2.15 Contrato de Medicaid es el contrato entre el estado y el Plan según lo descrito en el acuerdo del Programa de Atención Médica Integral, conforme al cual el Plan acepta brindar o coordinar servicios cubiertos para miembros.

2.16 Programa Medicaid es el programa del MDHHS para asistencia médica en virtud de la Sección 105 de la Ley 280 de las Leyes Públicas de 1939 con sus modificaciones, de MCL 400.105 y del Título XIX de la Ley de Seguro Social federal, Título 42 del USC, 1396 et seq.

2.17 Director médico significa el médico designado por el Plan para supervisar y controlar aspectos de la calidad de la atención de los programas y servicios del Plan.

2.18 Médicamente necesario son los servicios, equipos o suministros necesarios para diagnóstico, atención o tratamiento de una afección física o mental del miembro, determinados por el director médico, según las prácticas y estándares médicos aceptados al momento del tratamiento. El servicio médicamente necesario no incluye en ningún caso lo siguiente:

- a. Servicios prestados por un profesional de la salud que no requieren las habilidades técnicas de dicho proveedor.
- b. Servicios, equipos y suministros proporcionados principalmente para el confort o comodidad personal del miembro, cualquier persona que se preocupa por el miembro o cualquier persona que sea parte de la familia del miembro.
- c. La parte del costo de un servicio, equipo o suministro que supere el de otro servicio, equipo o suministro que hubiera sido suficiente para diagnosticar o tratar de forma adecuada y segura la afección física o mental del miembro, excepto si los suministrara un proveedor de atención primaria o mediante una remisión de este, o autorizados de otro modo por el Plan, según los procedimientos del Plan.

2.19 Medicare significa el programa establecido en virtud del Título XVIII de la Ley de Seguro Social federal, Título 42 del USC, 1395 et seq.

2.20 Miembro significa un beneficiario del Programa Medicaid inscrito en el Plan y en cuyo nombre el MDHHS pagó una prima de conformidad con el contrato de Medicaid.

- 2.21** Acuerdo del miembro significa este Certificado, el Manual para miembros del Plan, la tarjeta mihealth de Medicaid y la tarjeta de identificación de Molina Healthcare, con sus modificaciones, adendas y apéndices.
- 2.22** Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) es la agencia estatal responsable de la inscripción y determinación de elegibilidad para Medicaid.
- 2.23** Servicios no cubiertos significa los servicios, equipos y suministros que no son servicios cubiertos.
- 2.24** Proveedor no participante significa un profesional de la salud, médico, hospital u otra entidad sin contrato con el Plan para brindar servicios cubiertos a los miembros.
- 2.25** Hospital participante significa un hospital que tiene contrato con el Plan para brindar servicios cubiertos a los miembros.
- 2.26** Médico participante significa un médico que tiene contrato con el Plan para brindar servicios cubiertos a los miembros.
- 2.27** Proveedor participante significa un profesional de la salud, médico, hospital, organización médica, organización de hospital-médicos u otra entidad con contrato con el Plan para brindar servicios cubiertos a los miembros.
- 2.28** Pagador significa todo seguro y otros beneficios del plan de salud, incluidos Medicare y otros beneficios privados y gubernamentales.
- 2.29** Plan significa el Programa Medicaid de Molina Healthcare of Michigan, una sociedad con fines de lucro de Michigan y una organización de mantenimiento de la salud con licencia.
- 2.30** Médico significa un doctor en medicina (MD) o doctor en osteopatía (DO) con licencia para ejercer la medicina en el estado de Michigan.
- 2.31** Prima significa el monto prepagado por el MDHHS en nombre del miembro para obtener los servicios cubiertos.
- 2.32** Proveedor de atención primaria significa un médico participante u otro proveedor participante responsable de brindar atención médica primaria y coordinar todos los aspectos de la atención médica del miembro.
- 2.33** Código de Salud Pública significa el Código de Salud Pública de Michigan, 1978 PA 368, MCLA 333.1101 et seq.
- 2.34** Área de servicios significa el área geográfica donde el Plan está autorizado por el MDHHS y el DIFS para operar como Organización de Mantenimiento de la Salud.
- 2.35** Médico especialista significa un médico participante, que no sea el de atención primaria, que brinda servicios cubiertos a los miembros mediante una remisión del proveedor de atención primaria y, si es necesario, con autorización previa del Plan.
- 2.36** Atención urgente significa el tratamiento de una afección médica que requiere atención médica inmediata pero no se trata de una emergencia.

Artículo III. Elegibilidad e inscripción

3.1 Elegibilidad del miembro. Para ser elegible para inscribirse en el Plan, una persona debe ser elegible para el Programa Medicaid según lo determine el MDHHS y debe residir en el área de servicios. El MDHHS es el único responsable de determinar la elegibilidad de las personas para el Programa Medicaid. Las personas elegibles pueden seleccionar un plan de salud, o el MDHHS puede elegir un plan de salud para personas elegibles dentro de su área de servicios.

3.2 Fecha de entrada en vigencia de la cobertura. El miembro tiene derecho a los servicios cubiertos del Plan a partir del primer día del mes posterior a la fecha en que el MDHHS notifica al Plan por escrito la asignación de la persona al Plan. No obstante, si el miembro es paciente internado en un hospital en esta fecha, el Plan no es responsable del pago de la estadía hospitalaria o cargos relacionados con esa estadía, sino que es responsable de los servicios auxiliares u otros servicios cubiertos. Desde el momento del alta en adelante, el Plan se torna plenamente responsable de todos los servicios cubiertos. El Plan no será responsable de pagar los servicios cubiertos durante un período de elegibilidad retroactiva y antes de la fecha de inscripción en el Plan, excepto para recién nacidos según se establece a continuación. El Plan notificará al miembro la fecha de entrada en vigencia de la inscripción en el Plan y la cobertura en virtud de este Certificado.

3.3 Recién nacidos. El hijo recién nacido del miembro queda automáticamente inscrito en el Plan como miembro durante el mes del nacimiento y puede ser elegible para la inscripción por períodos adicionales. El recién nacido tiene derecho a servicios cubiertos retroactivos desde la fecha de nacimiento. El miembro notificará al Plan lo antes posible el nacimiento del bebé. El Plan notificará al MDHHS sobre el nacimiento de acuerdo con los procedimientos del MDHHS. El MDHHS es el único responsable de determinar la continuación de la elegibilidad y la inscripción de un recién nacido.

3.4 Cambio de residencia. El miembro debe notificar al MDHHS y al Plan cuando cambie de residencia. Si reside fuera del área de servicios, esto es causal para solicitar la finalización de la inscripción del miembro en el Plan, según el Artículo 9.

3.5 Determinación final. En todos los casos, el MDHHS tomará la determinación final de la elegibilidad de la persona para la inscripción en el Plan y el derecho del miembro a la continuidad de inscripción en el Plan.

Artículo IV. Relación con proveedores participantes y no participantes

4.1 Selección del proveedor de atención primaria. A la fecha de entrada en vigencia de la inscripción, el miembro debe elegir un proveedor de atención primaria. Si el miembro es menor de edad o por otro motivo no puede elegir un proveedor de atención primaria, una persona autorizada debe elegir al proveedor de atención primaria en su nombre. Una persona autorizada puede elegir a un pediatra como proveedor de atención primaria para un miembro menor de edad. El Plan puede elegir a un proveedor de atención primaria para un miembro en caso de que el miembro no lo seleccione o no se seleccione uno en su nombre. El Plan seguirá las pautas indicadas para realizar tal selección.

4.2 Rol del proveedor de atención primaria. El proveedor de atención primaria del miembro brinda servicios de atención primaria y coordina el suministro de otros servicios de atención

médica para el miembro, incluidos, entre otros: remitir a médicos especialistas, ordenar análisis de laboratorio y radiografías, recetar medicamentos o terapias, coordinar la hospitalización y coordinar, en general, la atención médica del miembro según corresponda.

4.3 Cambio de proveedor de atención primaria. El miembro puede cambiar a otro proveedor de atención primaria a través del portal MyMolina, la aplicación MyMolina o comunicándose con Servicios para Miembros. Todos los cambios de PCP entrarán en vigencia el día del cambio.

4.4 Médicos especialistas y otros proveedores participantes. Salvo lo expresamente indicado en esta Sección 4.4 u otras secciones de este Certificado, el miembro puede recibir servicios cubiertos de médicos especialistas y otros proveedores participantes. El Plan no exige autorización para la mayoría de los servicios de médicos especialistas dentro de la red. En algunas circunstancias, ciertos servicios médicos, equipos y suministros no tienen cobertura o pueden requerir autorización previa del Plan. Se exige autorización previa para la mayoría de los servicios suministrados fuera de la red de proveedores del Plan. El miembro puede comunicarse con el Plan para obtener la lista de servicios que exigen autorización previa. Si el miembro no obtiene la autorización necesaria del Plan, es posible que sea financieramente responsable del pago de los servicios médicos, equipos o suministros si el proveedor lo notifica antes de brindar el servicio. Una miembro puede recibir un examen anual de bienestar para la mujer y servicios ginecológicos y obstétricos de rutina de un especialista en obstetricia y ginecología que sea un proveedor participante, sin la autorización previa del proveedor de atención primaria o del Plan. Se puede seleccionar a un pediatra como proveedor de atención primaria para un miembro menor de edad según se indica en la Sección 4.1.

4.5 Proveedores no participantes. El miembro puede ocasionalmente necesitar servicios cubiertos de proveedores no participantes. En estos casos, el miembro debe obtener autorización previa según lo exige el Plan para recibir un servicio cubierto de un proveedor no participante. Si el miembro no obtiene la autorización necesaria del Plan, es posible que sea financieramente responsable del pago de todos los servicios médicos, equipos o suministros brindados por proveedores no participantes si el proveedor lo notifica antes de brindar el servicio. No obstante, la autorización previa no es necesaria para servicios de emergencia, servicios de planificación familiar, vacunación o tratamiento de enfermedades contagiosas en el departamento de salud local del miembro, servicios de centros y programas de salud para niños y adolescentes y centros de salud con calificación federal.

4.6 Contratistas independientes. El Plan y los proveedores participantes son contratistas independientes y no son empleados, agentes, socios o asociados de ellos o entre sí. El Plan no se compromete en sí a entregar de manera directa servicios de atención médica en virtud de este Certificado. El Plan coordina el suministro de servicios cubiertos a miembros a través de proveedores participantes y no participantes. Los proveedores participantes y no participantes son exclusivamente responsables de ejercer el criterio médico independiente. El Plan es responsable de tomar determinaciones de beneficios según el acuerdo del miembro, el contrato de Medicaid y sus contratos con proveedores participantes, pero se exime expresamente de toda responsabilidad o derecho de tomar decisiones de tratamiento médico. El miembro deberá tomar tales decisiones en consulta con proveedores participantes o no participantes. Un proveedor participante o no participante y el miembro

podrán iniciar o continuar tratamientos médicos a pesar del rechazo de cobertura de tales tratamientos por parte del Plan. El miembro puede apelar cualquiera de las decisiones de beneficios del Plan de acuerdo con la política y procedimiento de quejas y apelaciones del Plan.

4.7 Disponibilidad de los proveedores participantes. El Plan no declara ni garantiza la disponibilidad de un proveedor participante específico para brindar los servicios durante el período de inscripción del miembro en el Plan. El Plan o proveedor participante podrá finalizar un contrato de proveedor o limitar la cantidad de miembros que aceptará como pacientes el proveedor participante. Si el proveedor de atención primaria del miembro deja de actuar como tal, el miembro podrá elegir otro. El Plan permitirá que el miembro siga un curso de tratamiento continuo con el proveedor de atención primaria según lo exige MCL 500.2212b. Si un médico especialista que brinda servicios al miembro deja de ser proveedor participante, el miembro debe cooperar con el proveedor de atención primaria o el Plan para seleccionar otro médico especialista que le brinde los servicios cubiertos.

4.8 Incapacidad para establecer o mantener una relación médico-paciente. Si el miembro no puede establecer o mantener una relación satisfactoria con un proveedor de atención primaria o un médico especialista a quien se le remitió, el Plan puede solicitar que el miembro seleccione otro proveedor de atención primaria o haga los arreglos necesarios para que el proveedor de atención primaria del miembro lo remita a otro médico especialista.

4.9 Negación a seguir las órdenes del proveedor participante. El miembro puede negarse a aceptar o seguir las órdenes o recomendaciones de tratamiento del proveedor participante. El proveedor participante puede solicitar al miembro que elija a otro proveedor participante si no se puede mantener una relación satisfactoria con el miembro debido a que el miembro se niega a seguir esas órdenes o recomendaciones de tratamiento.

Artículo V. Servicios para Miembros

5.1 Entrega y confidencialidad de la historia clínica del miembro.

5.1.1 El Plan debe mantener la información médica de un miembro como confidencial y no debe divulgar la información a terceros sin la autorización previa por escrito de dicho miembro, excepto como se especifique de otra manera en este acuerdo y en el aviso sobre las prácticas de privacidad del Plan o según lo permitido o requerido por la ley.

5.1.2 El Plan podrá divulgar la información médica a terceros en relación con el uso, de buena fe, de datos no identificados para investigación médica, educación o estudios estadísticos.

5.1.3 El Plan podrá divulgar información médica a terceros en relación con los programas de revisión de utilización y mejora de la calidad del Plan en coherencia con las políticas y procedimientos de confidencialidad del Plan.

5.1.4 El Plan tendrá derecho a entregar información médica a proveedores participantes y no participantes en relación con el miembro, según sea necesario, para implementar y administrar el contrato de Medicaid, el acuerdo del miembro con el Plan, sujeto a los requisitos aplicables en virtud de la ley federal y estatal.

5.1.5 Al inscribirse en el Plan, cada miembro autoriza a los proveedores participantes y no participantes a divulgar información sobre la atención, tratamiento y condición física de tal

miembro, al DIFS, al MDHHS o a sus representantes, a pedido, y también autoriza al Plan, al DIFS y al MDHHS o a sus representantes a revisar y obtener copias de la historia clínica del miembro. Además, cada miembro acepta colaborar con el Plan, o su representante, y los proveedores participantes, al brindar información de sus antecedentes de salud y al ayudar a obtener historias clínicas previas a pedido.

5.1.6 Con solicitud previa razonable del Plan, de un proveedor participante o no participante, el miembro firmará una autorización de entrega de información sobre la atención, el tratamiento y la condición física de ese miembro al Plan, a los proveedores participantes y no participantes, al DIFS y al MDHHS o sus representantes.

5.1.7 Con solicitud previa razonable, un miembro adulto, o una persona autorizada en nombre de un miembro menor de edad o incapacitado, podrán revisar dicha historia clínica del miembro de conformidad con la ley federal y estatal. Tal revisión se hará en las oficinas del proveedor participante durante el horario de atención regular y en el momento especificado de manera razonable por el proveedor participante.

5.2 Política y procedimiento de quejas y apelaciones. El Plan cuenta con procedimientos para recibir, procesar y resolver preocupaciones de los miembros relacionadas con aspectos de los servicios de salud o servicios administrativos. La política y el procedimiento de quejas y apelaciones se describen en el Manual para miembros del Plan.

5.2.1 Proceso de queja. El miembro puede presentar una queja ante el Plan, ya sea en persona, por escrito o por teléfono. El coordinador de apelaciones y quejas del Plan puede ayudar al miembro a presentar la queja. El Plan tomará una decisión sobre la queja del miembro en un plazo de 90 días calendario desde la presentación.

5.2.2 Proceso de apelación estándar. El miembro puede presentar una apelación si el Plan denegó, suspendió, finalizó o redujo un servicio solicitado. Esto se llama determinación adversa de beneficios. El miembro tiene 60 días calendario desde la fecha de la determinación adversa de beneficios original para presentar la apelación. El miembro tiene derecho a apelar en persona, por escrito o por teléfono ante el revisor de apelaciones designado. El especialista en apelaciones y quejas del Plan puede ayudar con la presentación de la apelación. La solicitud de apelación debe enviarse a Molina Healthcare of Michigan, Attention: Appeals and Grievance Department, PO Box 182273, Chattanooga, TN, 37422. El miembro también puede enviar una apelación al número de fax **(248) 925-1799**. El miembro tiene derecho a incluir un representante autorizado durante el proceso de apelaciones y para que asista a la audiencia de apelaciones. El miembro debe informar al Plan sobre su representante autorizado por escrito, mediante un formulario de designación de representante autorizado. El Plan usará revisores que no participaron en la determinación adversa de beneficios. Los revisores son profesionales de atención médica que tienen la experiencia clínica adecuada para tratar su condición o enfermedad. Se enviará una decisión por correo al miembro en un plazo de 30 días calendario después de la fecha en que el Plan recibió su apelación.

Se permiten 14 días calendario adicionales para obtener la historia clínica u otra información médica importante si es que el miembro solicita más tiempo o si el Plan puede demostrar que la demora es para la conveniencia del miembro. Los miembros recibirán una notificación escrita de esta extensión.

5.2.3 Proceso de apelación acelerada. Hay disponible un proceso de apelación acelerada (rápida) si el miembro o su médico creen que el plazo habitual de 30 días calendario para apelaciones causará un daño a la salud del miembro o afectará sus funciones corporales normales. Las apelaciones rápidas se deciden en 72 horas. El miembro puede solicitar una apelación rápida ante el DIFS después de presentarse la apelación rápida ante Molina Healthcare. Si el Plan rechaza la solicitud del miembro de apelación rápida, el miembro puede solicitar una revisión externa rápida ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) en un plazo de 10 días calendario posteriores al rechazo.

5.2.4 Departamento de Seguros y Servicios Financieros. El miembro puede solicitar una revisión externa si no recibe una decisión del Plan en un plazo de 30 días calendario o si no está satisfecho con el resultado de la apelación. Los miembros tienen 127 días calendario para presentar una apelación externa ante el DIFS. La solicitud de apelación deberá enviarse a: Department of Insurance and Financial Services (DIFS), Healthcare Appeals Section, Office of General Counsel, P.O. Box 30220, Lansing, MI 48909-7720. La solicitud de apelación también se puede enviar por fax al **(517) 284-8848** o en línea, en Difs.state.mi.us/Complaints/ExternalReview.aspx. El especialista de quejas y apelaciones del Plan enviará por correo los formularios de revisión externa al miembro. El DIFS enviará la apelación a una Organización de Revisión Independiente (IRO) para su revisión. Se le enviará la decisión al miembro por correo en 14 días calendario a partir de la aceptación de la apelación. El miembro, el representante autorizado o el médico también pueden solicitar una apelación rápida (acelerada) al DIFS a la misma dirección indicada anteriormente, en un plazo de 10 días calendario de haber recibido la determinación final. El DIFS enviará la apelación a una IRO para su revisión. Se le enviará la decisión al miembro por correo en un plazo de 72 horas. Durante este plazo, los beneficios continuarán.

5.2.5 Proceso de audiencia justa estatal. Un miembro tiene derecho a la audiencia justa de Medicaid sobre cualquier decisión que tome el Plan y que el miembro considere inapropiada. Para esto se comunicará con el MDHHS, Oficina de Reglas y Audiencias Administrativas de Michigan, al **(800) 648-3397**. El número de fax es **(517) 763-0146**. La dirección es Michigan Department of Health and Human Services, Michigan Office of Administrative Hearings and Rules, P.O. Box 30763, Lansing, MI 48909, o en línea en Courts.michigan.gov/self-help/mahs/pages/default.aspx. Si el miembro tiene problemas sobre la atención que recibe, primero debe presentar una apelación ante Molina. Si no está conforme con la decisión de Molina, puede apelar directamente al MDHHS a través del proceso de audiencia justa estatal. Esto se debe hacer en un plazo de 120 días calendario a partir de la determinación final. Molina Healthcare incluirá un formulario de solicitud de audiencia estatal junto con un sobre con franqueo prepago con nuestra decisión.

5.3 Manual para miembros. Los miembros pueden recibir una copia del Manual para miembros en cualquier momento; la debe solicitar por teléfono a Servicios para Miembros. El Manual para miembros también está disponible en el sitio web del Plan MolinaHealthcare.com.

5.4 Tarjetas de membresía.

5.4.1 El Plan emitirá una tarjeta de identificación de Molina Healthcare a cada miembro. El miembro debe presentar la tarjeta mihealth de Medicaid y la tarjeta de identificación de Molina Healthcare a los proveedores participantes siempre que reciba servicios cubiertos.

5.4.2 Si el miembro permite que otra persona use su tarjeta de identificación de Molina Healthcare, el Plan puede recuperar la tarjeta de inmediato. Permitir el uso de la tarjeta mihealth de Medicaid y la tarjeta de identificación de Molina Healthcare por parte de otra persona puede ser causal de solicitud de finalización de la inscripción del miembro en el Plan, en virtud del Artículo 9.

5.4.3 En caso de pérdida o robo de la tarjeta mihealth de Medicaid y de la tarjeta de identificación de Molina Healthcare, el miembro deberá notificar a Servicios para Miembros antes del fin del siguiente día hábil del robo o en el que el miembro descubrió la pérdida.

5.5 Formularios y cuestionarios. El miembro debe completar y entregar al Plan los cuestionarios médicos y otros formularios que el Plan o las agencias federales y estatales soliciten. Cada miembro garantiza que, a su leal saber y entender, toda información contenida en los cuestionarios y formularios completados por el miembro es real, correcta y completa. La presentación intencional de información falsa o engañosa o la omisión de información sustancial solicitada en esos formularios puede ser causal de solicitud de finalización de la inscripción del miembro en el Plan, en virtud del Artículo 9.

5.6 Información adicional. El miembro puede comunicarse con el Plan para obtener información adicional sobre cualquier proceso, incluido el modo en que el Plan evalúa las nuevas tecnologías para la inclusión como servicio cubierto.

Artículo VI. Pago de servicios cubiertos

6.1 Pagos periódicos de la prima. El MDHHS o su agente remitente pagarán de manera directa al Plan, en nombre del miembro, la prima especificada en el contrato de Medicaid. El MDHHS o su agente remitente pagarán la prima antes de la fecha de vencimiento especificada en el contrato de Medicaid inclusive. El miembro entiende que la prima que el MDHHS pagará en su nombre a cambio de los servicios cubiertos se remitirá de conformidad con el Contrato de Medicaid.

6.2 Miembros cubiertos. Cada miembro por el cual el Plan haya recibido una prima tiene derecho a los servicios cubiertos en virtud de este Certificado durante el período al que se aplique la prima.

6.3 Reclamaciones.

6.3.1 Es política del Plan pagar a los proveedores participantes directamente los servicios cubiertos entregados a los miembros de conformidad con los contratos entre el Plan y los proveedores participantes. No obstante, si un proveedor participante factura al miembro un servicio cubierto, al recibir la factura, el miembro debe comunicarse con Servicios para Miembros. Si el miembro paga una factura por servicios cubiertos, el Plan exigirá al proveedor participante que le reembolse el dinero al miembro.

6.3.2 Cuando el miembro recibe servicios de emergencia, u otros servicios cubiertos autorizados previamente por el Plan, de un proveedor no participante, el miembro debe solicitar que el proveedor no participante le facture al Plan. Si el proveedor no participante se niega a facturarle al Plan, pero le factura al miembro, el miembro debe enviar esa factura al Plan. Si el proveedor no participante exige al miembro pagar los servicios cubiertos en el momento en que se brindan, el miembro debe presentar una solicitud escrita de reembolso

de esos servicios cubiertos ante el Plan en un plazo de 60 días después de la fecha en que se brindaron los servicios cubiertos.

6.3.3 Se deben acompañar todas las solicitudes de reembolso con pruebas de pago que el Plan considere aceptables. Si no se solicita el reembolso de servicios cubiertos dentro del plazo requerido, esto no invalidará ni reducirá las reclamaciones si no fue razonablemente posible dar prueba aceptable del pago dentro de ese plazo y el miembro brinda la información necesaria al Plan lo antes posible. No obstante, en ningún caso el Plan será responsable de las solicitudes de reembolso para las cuales se envíe prueba de pago al Plan más de 12 meses después de la fecha en que se brindaron los servicios cubiertos.

6.3.4 El Plan podrá exigir al proveedor no participante o al miembro que brinden información médica adicional u otra información o documentación para probar que los servicios suministrados eran servicios cubiertos antes de pagar al proveedor no participante o reembolsar al miembro tales servicios, sujeto a la ley federal y estatal correspondiente.

6.4 Proveedores no participantes. El miembro es responsable del pago de todos los servicios, suministros y equipos recibidos de proveedores no participantes, a menos que esos servicios se incluyan como servicios cubiertos en el apéndice A de este Certificado y se autoricen según lo exige el Plan. No obstante, la autorización previa no es necesaria para servicios de emergencia, servicios de planificación familiar, tratamiento de enfermedades contagiosas en el departamento de salud local del miembro, vacunas en el departamento de salud local del miembro, servicios de centros y programas de salud para niños y adolescentes y centros de salud con calificación federal.

6.5 Servicios no cubiertos. El miembro puede ser responsable de pagar los servicios no cubiertos que reciba, si sabía o razonablemente debería haber sabido que los servicios no estaban cubiertos en el momento en que se suministraron. El Plan podrá recuperar del miembro los gastos por servicios no cubiertos.

Artículo VII. Servicios cubiertos y coordinación de la atención

7.1 Servicios cubiertos. El miembro tiene derecho a los servicios cubiertos que se especifican en el apéndice A, cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:

7.1.1 Los servicios cubiertos se especifican como servicios cubiertos en el contrato de Medicaid al momento en que se brindan los servicios. Los detalles de todos los servicios cubiertos de Medicaid están en las publicaciones y manuales de la póliza del Programa Medicaid.

7.1.2 Los servicios cubiertos son médicamente necesarios. Salvo disposición legal en contrario, la determinación de un proveedor participante de que un servicio cubierto es médicamente necesario no es vinculante para el Plan. Solo los servicios médicamente necesarios cubiertos por el contrato de Medicaid son beneficios cubiertos.

7.1.3 El proveedor de atención primaria del miembro brinda, receta, ordena o coordina con anticipación los servicios cubiertos, excepto si el miembro accede directamente a los servicios de un médico especialista u otro proveedor participante en virtud de los términos expresos de este Certificado.

7.1.4 Los servicios cubiertos son previamente autorizados por el Plan, cuando sea necesario.

7.1.5 Los proveedores participantes brindan los servicios cubiertos, excepto en los casos en que este Certificado especifique que un miembro puede obtener servicios cubiertos de un proveedor no participante.

7.2 Servicios de emergencia. En caso de emergencia, el miembro debe acudir directamente al departamento de emergencias del hospital. El miembro o una persona responsable deben notificar al Plan o al proveedor de atención primaria lo antes posible después de recibir los servicios de emergencia. Toda atención de seguimiento y continuación se coordinará con el proveedor de atención primaria del miembro.

7.3 Atención urgente. Se obtendrá atención urgente de un proveedor de atención médica urgente participante. Toda atención de seguimiento y continuación se coordinará con el proveedor de atención primaria del miembro.

7.4 Servicios fuera del área.

7.4.1 Servicios cubiertos. El Plan cubre los servicios de emergencia mientras el miembro se encuentre provisoriamente fuera del área de servicios. El miembro o una persona responsable deben notificar al Plan lo antes posible después de recibir los servicios de emergencia. La atención médica de rutina mientras el miembro se encuentra fuera del área de servicios no es un servicio cubierto, a menos que el Plan lo autorice previamente.

7.4.2 Hospitalización. Si una emergencia requiere hospitalización, el miembro, el hospital o una persona responsable deben comunicarse con el Plan y el proveedor de atención primaria del miembro lo antes posible después del inicio de la hospitalización de emergencia. Tal vez el Plan o el proveedor de atención primaria del miembro exijan que el miembro se traslade a un hospital participante cuando sea físicamente posible.

7.5 Servicios de coordinación de la atención. El Plan referirá a los miembros a agencias u otros proveedores para ciertos servicios para los que el miembro pueda ser elegible, pero que no sean servicios cubiertos. Estos servicios se establecen en el apéndice B.

Artículo VIII. Exclusiones y limitaciones

8.1 Exclusiones. Los servicios, equipos y suministros enumerados en el apéndice C son servicios no cubiertos.

8.2 Limitaciones.

8.2.1 Los servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones y restricciones descritas en las publicaciones y manuales de la póliza del Programa Medicaid y en este Certificado.

8.2.2 El Plan no tiene responsabilidad ni obligación de pago de servicios, equipos o suministros brindados por proveedores no participantes, a menos que esos servicios, equipos o suministros sean servicios cubiertos y estén autorizados previamente por el Plan, excepto si este Certificado especifica, de otro modo, que el miembro puede obtener los servicios cubiertos de proveedores no participantes.

8.2.3 Una remisión de un proveedor de atención primaria por servicios no cubiertos no convierte a estos servicios en servicios cubiertos.

8.2.4 El Plan no cubrirá servicios, equipos o suministros no entregados, provistos, recetados, ordenados o coordinados por el proveedor de atención primaria del miembro según lo exige el Plan o, cuando sea necesario, no autorizados previamente por el Plan, excepto si este Certificado especifica, de otro modo, que el Plan cubrirá tales servicios.

8.2.5 El Plan no cubrirá servicios, equipos o suministros que no sean médicamente necesarios.

Artículo IX. Vigencia y finalización

9.1 Vigencia.

Este Certificado entra en vigencia en la fecha que se especifica en el Artículo 3 y permanece vigente cada año a partir de entonces, salvo especificación en contrario en el contrato de Medicaid o salvo rescisión de conformidad con este Certificado.

9.2 Finalización del Certificado por parte del Plan o del MDHHS.

9.2.1 Este Certificado finalizará en forma automática en la fecha de finalización efectiva del contrato de Medicaid. La inscripción y cobertura de todos los miembros finalizarán a la medianoche de la fecha de finalización de este Certificado, excepto disposición en contrario en el contrato de Medicaid.

9.2.2 En caso de cese de operaciones o disolución del Plan, este Certificado puede finalizar de inmediato por orden de un tribunal o agencia administrativa o de la Junta de Directores del Plan. El Plan será responsable de los servicios cubiertos a los miembros salvo indicación en contrario en el contrato de Medicaid.

9.2.3 El MDHHS será responsable de notificar a los miembros sobre la finalización de este Certificado en virtud de esta Sección 9.2. El Plan no notificará a los miembros sobre la finalización de este Certificado. El hecho de que los miembros no reciban notificación de la finalización de este Certificado no continuará ni extenderá la cobertura de los miembros más allá de la fecha de finalización de este Certificado.

9.3 Finalización de la inscripción y cobertura por parte del MDHHS o a pedido del Plan.

9.3.1 La inscripción del miembro en el Plan y la cobertura en virtud de este Certificado finalizarán cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones, con la aprobación del MDHHS:

- a. El miembro se muda fuera del área de servicios.
- b. El miembro deja de ser elegible para el Programa Medicaid o el Plan según lo determine el MDHHS.
- c. El miembro fallece.
- d. El miembro es internado en un centro de enfermería especializada para la atención de custodia o servicios de salud restaurativos, durante más de 45 días, a menos que el miembro sea un paciente de cuidados terminales.
- e. El miembro va a prisión en un centro correccional.

9.3.2 El Plan puede pedirle al MDHHS que finalice la inscripción y cobertura del miembro con causa, aviso y aprobación razonables del MDHHS, por cualquiera de los siguientes motivos:

- a. El miembro no puede establecer o mantener una relación médico-paciente satisfactoria con los proveedores participantes disponibles.
- b. Situaciones violentas/que ponen en peligro la vida y que involucren actos físicos de violencia; amenazas verbales o físicas de violencia contra los proveedores del Plan, personal o el público en ubicaciones del Plan; o situaciones de acecho.

9.3.3 La cobertura del miembro en virtud de este Certificado cesa de manera automática en la fecha de finalización efectiva de la inscripción del miembro, excepto lo dispuesto en la Sección 9.5.

9.3.4 El Plan no solicitará al MDHHS que finalice la inscripción y la cobertura del miembro basándose en el estado de salud del miembro, las necesidades de atención médica o el hecho de que el miembro haya ejercido sus derechos en virtud de la Política y procedimiento de quejas y apelaciones del Plan.

9.3.5 En todos los casos, el MDHHS tomará la decisión final con respecto a la finalización de la inscripción de un miembro en virtud de la presente Sección 9.3. El MDHHS también determinará la fecha de entrada en vigencia de la finalización.

9.4 Cancelación de la inscripción por parte del miembro.

9.4.1 El miembro puede cancelar su inscripción en el Plan por cualquier motivo durante los primeros 90 días de inscripción. Después del período de 90 días, es posible que el MDHHS requiera un período anual de inscripción abierta de conformidad con el contrato de Medicaid. Después del período de inscripción abierta anual, el miembro puede cancelar su inscripción en el Plan con causa. En caso de que el miembro desee cancelar la inscripción en el Plan, el miembro, o una persona autorizada en su nombre, debe comunicarse con el agente de inscripción del MDHHS.

9.4.2 La cobertura del miembro en virtud de este Certificado cesa de manera automática en la fecha de cancelación de la inscripción efectiva del miembro. La fecha de entrada en vigencia de la cancelación de inscripción será determinada por el MDHHS.

9.5 Continuación de los beneficios. Si el miembro es paciente internado en un hospital en la fecha en que finaliza la inscripción del miembro en el Plan, el Plan debe pagar la estadía en el hospital como paciente internado hasta la fecha de alta, sujeto a los términos y las condiciones del acuerdo de miembro, contrato de Medicaid y Manual del proveedor de Medicaid.

Artículo X. Coordinación de beneficios

10.1 Propósito. Para evitar la duplicación de beneficios a miembros por parte del Plan y otros pagadores, el Plan coordinará los beneficios para el miembro en virtud de este Certificado con beneficios disponibles de otros pagadores que también proporcionen cobertura para el miembro. El MDHHS notificará al Plan acerca de todos los demás pagadores que brinden beneficios de atención médica al miembro. Cada miembro o persona autorizada deberá certificar que, a su leal saber y entender, los pagadores identificados por el MDHHS son

los únicos de quienes el miembro tiene derecho a recibir pagos de beneficios de atención médica. Cada miembro o persona autorizada también deberá notificar al Plan cuando se pone a disposición del miembro el pago de beneficios de atención médica de otro pagador.

10.2 Cesión.

10.2.1 A pedido del plan, el miembro deberá ceder al Plan lo siguiente:

- a. Todo seguro y otros beneficios del plan de salud, incluido Medicare y otros beneficios gubernamentales o privados, a pagar por la atención médica del miembro.
- b. Todos los derechos a los pagos y dinero abonado por reclamaciones de atención médica recibido por el miembro.

10.2.2 Los miembros no cederán beneficios o pagos por servicios cubiertos en virtud del acuerdo del miembro a otra persona o entidad.

10.3 Medicare. Para miembros con cobertura de Medicare, Medicare será el pagador primario antes de otro plan de salud contratado por el MDHHS.

10.4 Notificación. Cada miembro notificará al Plan cuando tenga conocimiento sobre cualquier seguro médico o beneficios de plan de salud, derechos a pagos o dinero abonado por reclamaciones de atención médica.

10.5 Orden de los beneficios. En el establecimiento del orden de la responsabilidad del pagador de los beneficios de atención médica, el Plan seguirá las pautas de coordinación de beneficios autorizadas por el MDHHS y el DIFS y las disposiciones correspondientes de la Ley de Coordinación de Beneficios de Michigan, Ley Pública 64 de 1984, con sus modificaciones, MCL 550.251 et seq., según lo exige la Sección 21074 del Código de Salud Pública de Michigan, Ley Pública 368 de 1978, con sus modificaciones, MCL 333.21074.

10.6 Derechos del Plan. El Plan tendrá los siguientes derechos:

10.6.1 Determinar si el miembro tiene un seguro de salud u otra cobertura de beneficios de salud para servicios cubiertos, y en qué medida.

10.6.2 Establecer, de conformidad con este artículo, las prioridades para determinar la responsabilidad primaria entre los pagadores que están obligados a prestar servicios de atención médica o seguros de salud.

10.6.3 Requerir que el miembro, un proveedor participante o un proveedor no participante presente una reclamación ante el pagador primario antes de que determine el monto de la obligación de pago del Plan, si la hubiera.

10.6.4 Recuperar del miembro, proveedor participante o no participante, según corresponda, el gasto de los servicios cubiertos suministrados al miembro en la medida en que tales servicios están cubiertos o sean indemnizados por otro pagador.

10.7 Interpretación. Nada de lo contenido en este artículo se interpretará en el sentido de una obligación de pago del Plan hasta que determine si es el pagador primario o secundario y los beneficios que son pagaderos por el pagador primario, si lo hubiera. El Plan debe seguir

los requisitos del Manual del proveedor de Medicaid y del contrato de Medicaid en relación con la coordinación de beneficios.

Artículo XI. Subrogación

11.1 Cesión y demanda. Si el miembro tiene derecho a un resarcimiento de cualquier persona o entidad por su enfermedad o lesión, excepto del plan de beneficios de salud o seguro médico del miembro, que está sujeto al Artículo 10 de este Certificado, el miembro, como condición para recibir los servicios cubiertos en virtud del presente, deberá hacer lo siguiente:

11.1.1 Pagar o ceder al Plan todas las sumas recuperadas por demanda, acuerdo o de otro modo por la lesión o enfermedad hasta el monto de los gastos de atención médica del Plan por la lesión o enfermedad, pero sin superar los daños monetarios cobrados.

11.1.2 Autorizar al Plan a subrogarse a los derechos de resarcimiento del miembro, incluido el derecho a iniciar una demanda en nombre del miembro a costo y cargo del Plan hasta el monto de los gastos de atención médica del Plan por la lesión o enfermedad.

11.2 Costos y honorarios del abogado. En caso de que el Plan inicie una demanda en nombre del miembro o el miembro inicie una demanda y el Plan se una a esta y como resultado se adjudiquen daños y perjuicios por un monto que supere los gastos de atención médica reales del Plan, el Plan tendrá derecho a recuperar los costos de la demanda y los honorarios de abogados de ese monto excedente, hasta el monto correspondiente a tales costos y honorarios.

Artículo XII. Disposiciones varias

12.1 Ley aplicable. Este Certificado se emite e interpretará en virtud de las leyes del estado de Michigan.

12.2 Políticas y procedimientos. El Plan adoptará las políticas, los procedimientos, las reglas y las interpretaciones razonables para fomentar la administración ordenada y eficiente del acuerdo de miembro, del contrato de Medicaid y del Plan.

12.3 Aviso. Excepto que se indique algo distinto en cualquier otra sección de este Certificado, cualquier aviso requerido o permitido por el Plan al miembro en virtud de este Certificado debe realizarse por escrito y entregarse personalmente o depositarse en el correo postal de los EE. UU., de primera clase, con franqueo prepagado y dirigido al miembro a la dirección que figura en el expediente en las oficinas administrativas del Plan. Excepto que se indique algo distinto en cualquier otra sección de este Certificado, cualquier aviso requerido o permitido por el miembro al Plan en virtud de este Certificado debe realizarse por escrito y entregarse personalmente o depositarse en el correo postal de los EE. UU., de primera clase, con franqueo prepagado y dirigido al Plan a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of Michigan
Attn: Member Services
880 West Long Lake Road
Troy, Michigan 48098-4504

Apéndice A - Detalle de beneficios de servicios cubiertos

Los siguientes son los servicios cubiertos en virtud del acuerdo del miembro. Todos los servicios cubiertos están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones que se establecen en el acuerdo de miembro.

1. Pruebas de alergias, evaluaciones e inyecciones, incluidos los costos de suero.
2. Servicios y suministros quirúrgicos para pacientes ambulatorios. Servicios y suministros para pacientes ambulatorios entregados por un centro de cirugía para un procedimiento quirúrgico cubierto.
3. Servicios de ambulancia Servicios de ambulancia profesionales, incluidos los servicios de ambulancia aérea, para las siguientes situaciones o afecciones:
 - a. Transporte en ambulancia al departamento de emergencias de un hospital debido a una emergencia.
 - b. Transporte en ambulancia desde un hospital a otro centro, incluido un centro de enfermería especializada (participante o no participante).
 - c. Transporte de un hospital no participante a uno participante, si se brinda en el centro donde está internado el paciente.
 - d. Transporte en ambulancia ida y vuelta entre un hospital o centro de internación del paciente y otro centro para exámenes u otros servicios médicamente necesarios que no se puedan brindar en el centro donde está internado el paciente.
4. Terapia con medicamentos antineoplásicos. Los medicamentos antineoplásicos tienen cobertura en virtud de la Sección 21054b del Código de Salud Pública.
5. Examen de detección de plomo en sangre y seguimiento. Los servicios de examen de detección de plomo en sangre y seguimiento tienen cobertura para miembros menores de 21 años.
6. Extractores de leche materna; uso personal, doble eléctrica.
7. Terapia de rehabilitación cardíaca.
8. Atención quiropráctica. Hasta 18 visitas por año calendario limitadas a diagnósticos y procedimientos específicos.
9. Dispositivos y medicamentos anticonceptivos. Tienen cobertura los dispositivos, suministros y medicamentos anticonceptivos. Los suministros y medicamentos de planificación familiar de venta libre tienen cobertura sin receta.
10. Servicios dentales. Los servicios de diagnóstico, prevención, restauración, periodontales, protésicos y de cirugía oral médica o clínicamente necesarios, incluidas las extracciones, están cubiertos para los miembros mayores de 19 años inscritos en el Plan Healthy Michigan, así como para todos los inscritos mayores de 21 años inscritos en Medicaid. Los miembros de Medicaid menores de 21 años reciben cobertura dental a través de Healthy Kids Dental. El Plan brindará a los miembros los nombres de los dentistas participantes

en su área, que estén disponibles para brindar servicios dentales. El Plan brinda traslados ida y vuelta, o solo de ida, ilimitados, para servicios cubiertos y médicamente necesarios, cada año calendario. Los miembros pueden usar este beneficio para visitar a cualquier proveedor dental de Molina Healthcare.

11. Servicios de tratamiento para diabetes. De conformidad con MCLA 500.3406(p) los siguientes equipos, suministros y capacitación educativa para el tratamiento de diabetes, si se consideran médicamente necesarios y los receta un proveedor participante, son servicios cubiertos:
 - a. Monitores de glucosa en sangre y monitores de glucosa en sangre para personas legalmente ciegas.
 - b. Tiras reactivas para detección de glucosa, lectura visual y tiras reactivas de orina, lancetas y dispositivos de lanceta con resorte.
 - c. Jeringas.
 - d. Bombas de insulina y suministros médicos necesarios para usar la bomba de insulina.
 - e. Capacitación para el autocontrol de la diabetes, para asegurarse de que las personas con diabetes estén capacitadas sobre el correcto control y tratamiento de su afección; sujeto a la finalización de un programa educativo certificado sobre diabetes y si los servicios son necesarios en virtud del plan integral de atención para garantizar el cumplimiento de la terapia o brindar los conocimientos y habilidades necesarias.
 - f. Los siguientes medicamentos son servicios cubiertos para el tratamiento de la diabetes si los ordena un proveedor participante y se consideran médicamente necesarios:
 1. Insulina.
 2. Medicamento no experimental para control de azúcar en sangre.
 3. Medicamentos usados para el tratamiento de dolencias del pie, infecciones y otras afecciones médicas del pie, tobillo o uñas asociadas con la diabetes.
12. Artículos desechables y otros suministros médicos:
 - a. Tienen cobertura los artículos desechables si reemplazan una función corporal normal (p. ej., suministros para ostomía y urología).
 - b. Están cubiertos los siguientes suministros para diabéticos: insulina, jeringas, reactivos, glucómetros estándar y lancetas. Las bombas de insulina pueden tener cobertura para diabetes insulino dependiente no controlada tipo I.
13. Suministros y equipos médicos duraderos. El equipo médico duradero está cubierto de conformidad con las pautas del MDHHS.
14. Servicios de emergencia.
15. Servicios de enfermedad renal en etapa terminal.

16. Planificación familiar. Está cubierta la planificación familiar, tal como asesoramiento sobre anticonceptivos y exámenes y procedimientos físicos asociados, y diagnóstico y examen de detección de infertilidad limitados. Los siguientes son servicios cubiertos, aunque no se brinden en relación con el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión:
- a. Esterilizaciones voluntarias. La ligadura de trompas y la vasectomía están cubiertas para los miembros mayores de 21 años. Las vasectomías solo tienen cobertura si se realizan en el consultorio del médico. Siempre que se realice un procedimiento de esterilización, se firmará un formulario de consentimiento 30 días antes del procedimiento y se presentará ante el Plan. Se excluye la reversión de esterilizaciones. Diafragmas y dispositivos intrauterinos (DIU).
 - b. Asesoramiento sobre anticonceptivos y planificación familiar.
 - c. Aborto. Los abortos están cubiertos en caso de violación o incesto; cuando sean médicamente necesarios para salvar la vida de la madre; como tratamiento por complicaciones médicas como consecuencia de un aborto optativo; o como tratamiento por un aborto espontáneo, incompleto o inminente o por embarazo ectópico.
17. Atención de audición. Están cubiertos los suministros y exámenes de la audición. Están cubiertas las baterías para audífonos y el mantenimiento y reparación de los audífonos. Se distribuyen 36 baterías desechables para audífonos cada 6 meses. Los audífonos tienen cobertura para todas las edades.
18. Educación sobre salud.
19. Atención médica en el hogar. Están cubiertas las visitas de atención médica domiciliaria. Los servicios cubiertos incluyen visitas de enfermería de atención domiciliaria por parte de enfermeros con licencia o profesionales registrados y auxiliares médicos a domicilio en ciertas circunstancias.
20. Servicios de cuidados terminales.
21. Servicios hospitalarios.
- a. Servicios de internación. Los suministros y servicios de internación hospitalaria, incluidos servicios profesionales, alojamiento y comidas en habitación compartida, atención de enfermería general y servicios relacionados.
 - b. Servicios ambulatorios. Servicios y suministros profesionales y de centros que se brinden en forma ambulatoria.
 - c. Servicios terapéuticos y de diagnóstico. Servicios y suministros para pruebas de laboratorio, radiológicas y otras pruebas de diagnóstico y tratamientos terapéuticos.
22. Terapia de infusión.
23. Programa de salud para bebés y madres.

24. Atención de maternidad.

- a. Hospitales y médicos. Servicios y suministros brindados por un hospital o médico participante para atención prenatal, pruebas genéticas, parto y atención posparto.
- b. Servicios de partera enfermera certificada.
- c. Atención de recién nacidos. Un recién nacido hijo de una miembro es elegible para los servicios cubiertos durante un mes después del nacimiento.
- d. Servicios de atención domiciliaria. Una visita médica posparto domiciliaria de rutina para la madre y el bebé.
- e. Duración de la internación. La miembro y el recién nacido tendrán derecho a un mínimo de 48 horas de servicios hospitalarios para pacientes internados después del parto normal, y 96 horas de servicios hospitalarios para pacientes internados después de una cesárea.
- f. Clases de crianza y parto.
- g. Condiciones especiales para mujeres que se inscriben al Plan y están embarazadas al momento de la inscripción. Estas miembros pueden elegir o conservar un obstetra de Medicaid de su elección y tendrán derecho a recibir toda la atención prenatal y de obstetricia médicamente necesaria sin autorización previa del Plan. Los servicios se pueden brindar sin autorización previa, independientemente de si el proveedor es participante del Plan.
- h. Servicios de doula. Seis (6) visitas durante los períodos prenatal y posparto, y una (1) visita de asistencia al trabajo de parto y parto. Los servicios de doulas deben ser recomendados por un proveedor de atención médica autorizado.

25. Servicios para bajar de peso médicamente necesarios. Los servicios para bajar de peso médicamente necesarios tienen cobertura para miembros con afecciones médicas con riesgo para la vida. Se requiere autorización previa.

26. Servicios de salud mental. Está cubierta la terapia ambulatoria a corto plazo. El beneficio de salud mental ambulatorio no pretende cubrir enfermedades mentales persistentes o graves de niños y adolescentes con trastornos emocionales graves.

27. Transporte no emergente. Se brinda transporte no emergente a servicios cubiertos. Los servicios cubiertos incluyen citas con el médico, radiografías, laboratorio, farmacia, suministros médicos y otra atención médica.

28. Cirugía bucal y maxilofacial.

- a. La cirugía bucal y maxilofacial y radiografías relacionadas son el servicio cubierto si las realiza un proveedor participante, según las políticas de autorización previa del Plan, para las siguientes afecciones:
 - 1. ii. Tratamiento y reparación de emergencia de fracturas de mandíbula y dislocación facial de la mandíbula.

2. iii. Reparación de emergencia de lesión traumática por lesión no ocupacional en dientes naturales sanos, si el tratamiento se produce dentro de las 24 horas de la lesión inicial (solo estará cubierta la primera visita para el tratamiento).
 - b. Cirugía ortognática. Está cubierta la cirugía ortognática (cirugía para corregir la relación o posiciones de los huesos y tejido blando de la mandíbula) por síndromes congénitos que afecten de manera directa el crecimiento, desarrollo y función de la mandíbula y estructuras circundantes.
29. Trasplantes de órganos y tejidos. Los trasplantes de córnea y riñón son beneficios cubiertos. Los trasplantes de órganos extrarrenales (corazón, pulmón, corazón/pulmón, hígado, páncreas, médula ósea, incluidos recolección de células madre periférica, autóloga y alogénica e intestino delgado) tienen cobertura según cada miembro en particular si se consideran médicamente necesarios según los estándares de atención actualmente aceptados. El Plan tiene la política de evaluar, documentar y actuar en relación con el pedido de un miembro de trasplante extrarrenal. El miembro puede obtener copia de la política si la solicita al Plan. Los medicamentos antineoplásicos tienen cobertura en virtud de la Sección 21054b del Código de Salud Pública.
30. Servicios fuera de la red. Los servicios brindados por proveedores fuera de la red tienen cobertura si son médicamente necesarios y autorizados por el Plan, y no se pueden obtener de manera razonable de un proveedor de la red, dentro o fuera del estado de Michigan, en forma oportuna.
31. Cirugía plástica y reconstructiva. La cirugía plástica y reconstructiva para mejorar la función o asemejarse a una apariencia normal está cubierta si la cirugía se realiza en estructuras anormales del cuerpo debido a defectos congénitos, anomalías de desarrollo, traumatismo, infección, tumores o enfermedad. La cirugía reconstructiva de mama cuando se realizó previamente una mastectomía por cáncer tiene cobertura. Algunas cirugías plásticas y reconstructivas deben cumplir criterios específicos para tener cobertura.
32. Servicios de podología. Los servicios de podología están cubiertos.
33. Medicamentos recetados.
 - a. Los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que figuran en la Lista de medicamentos preferidos (SPDL) única o en el Formulario común de Michigan están cubiertos.
 - b. La mayoría de los medicamentos del formulario tienen cobertura cada 30 días, y algunos medicamentos están cubiertos hasta 102 días.
 - c. Los preservativos tienen cobertura, limitada a 36 cada 30 días.
 - d. Los medicamentos y suministros médicos de venta libre tienen cobertura si se cuenta con receta.
 - e. No tienen cobertura los medicamentos para la infertilidad.

- f. El uso fuera de lo indicado en la etiqueta de medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal y el costo razonable de suministros médicamente necesarios para el administrador del medicamento según lo exige MCL 500.3406q.
 - g. Los medicamentos cubiertos pueden requerir autorización previa o estar sujetos a límites de cantidad, terapia escalonada u otros requisitos.
34. Servicios de atención profesional de médicos y otros profesionales de atención médica. Se brinda cobertura para el miembro por visitas al consultorio del médico, pediatra certificado y enfermeros y otros profesionales de atención médica. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:
- a. Servicios de salud preventivos, visitas al consultorio por enfermedad o lesión, consultas, control de bienestar infantil, atención de alergias y exámenes específicos del sexo/edad, periódicos y de rutina.
 - b. Vacunas pediátricas y para adultos de rutina según lo recomendado por las pautas de servicios de Salud Pública de EE. UU.
 - c. Educación sobre salud.
35. Dispositivos de prótesis y ortopedia. Los soportes y dispositivos de prótesis y ortopedia estándar tienen cobertura según las pautas del MDHHS. Los dispositivos de prótesis son dispositivos artificiales hechos a medida para reemplazar en forma total o parcial una parte del cuerpo (p. ej., una extremidad artificial). Las prótesis mamarias después de una mastectomía tienen cobertura.
36. Exámenes radiológicos y procedimientos de laboratorio. Análisis de laboratorio y servicios de radiología terapéuticos y de diagnóstico si no se excluyen en otra parte del Certificado.
37. Atención de enfermería de rehabilitación. Se cubren servicios de restauración o rehabilitación intermitentes o a corto plazo (en un centro de enfermería) hasta 45 días.
38. Servicios de restauración o rehabilitación (en un lugar de servicio que no sea un centro de enfermería).
39. Servicios por cáncer de mama y mamografía de detección. La mamografía de detección de cáncer de mama, servicios de diagnóstico, servicios de tratamiento ambulatorio y servicios de rehabilitación tienen cobertura según la Sección 500.3406d del Código de Seguros.
40. Las consultas de segunda opinión quirúrgica tienen cobertura cuando son recomendadas por el médico participante o si así lo desea un miembro inscrito o su representante.
41. Centro de enfermería especializada. Ciertos servicios de centro de enfermería especializada tienen cobertura según las pautas del departamento.
42. Servicios de telesalud.

43. Terapia. Tienen cobertura las terapias restaurativas del habla y ocupacional y fisioterapia a corto plazo. La terapia a corto plazo es el tratamiento que se prevé que mejore de manera significativa la afección del miembro durante los 60 días a partir de la fecha del inicio de la terapia. La cobertura es la siguiente:
- Fisioterapia. Tiene cobertura la fisioterapia en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital participante, consultorio de un médico participante u hogar del miembro.
 - Terapia ocupacional. Tiene cobertura la terapia ocupacional suministrada en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital participante, consultorio de un médico participante u hogar del miembro.
 - Terapia del habla. Tiene cobertura la terapia del habla suministrada en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital participante o consultorio de un médico participante. No tiene cobertura la terapia del habla para el tratamiento de retrasos de desarrollo del habla. No tiene cobertura la terapia del habla en el hogar.
 - Tratamiento para dejar de fumar. Tiene cobertura el tratamiento para dejar de fumar incluido el apoyo del comportamiento y farmacéutico.
44. Tratamiento de enfermedades contagiosas. El tratamiento de enfermedades contagiosas no requiere autorización previa si se recibe en un departamento de salud local u otra clínica.
45. Servicios de la vista. Tienen cobertura los exámenes de la vista, lentes y monturas con receta. El beneficio incluye un examen de la vista y un par de anteojos cada veinticuatro meses. En caso de extravío, robo o rotura de los anteojos, están cubiertos los de repuesto. Los anteojos de repuesto se limitan a 2 pares de anteojos al año para miembros menores de 21 años y 1 par al año para miembros de 21 años en adelante. Los lentes de contacto tienen cobertura solo si el miembro tiene un problema de la visión que no se puede corregir con anteojos.
46. Bienestar infantil/EPSTD. Se cubren los servicios de bienestar infantil y EPSTD para miembros menores de 21 años.

Los beneficios adicionales para los inscritos en el Plan Healthy Michigan incluyen los siguientes:

- Servicios de recuperación de las habilidades.

Apéndice B - Servicios de coordinación de la atención

Los siguientes servicios son de coordinación de la atención, y los brinda el Plan a los miembros en virtud del acuerdo del miembro:

- Servicios de discapacidad del desarrollo. Servicios, incluidas las terapias (habla, lenguaje y ocupacional y fisioterapia), suministrados a personas con discapacidades del desarrollo, y se facturan a través de proveedores del Programa Comunitario de Servicios de Salud Mental o distritos escolares intermedios. El Plan brindará a los miembros

información sobre estos servicios a pedido, podrá remitir a los miembros para estos servicios y coordinará los servicios con la agencia coordinadora según corresponda.

2. Servicios contra el abuso de sustancias. El acuerdo del miembro no cubre los servicios contra el abuso de sustancias. Los miembros pueden ser elegibles para recibir servicios contra el abuso de sustancias a través de las agencias de coordinación en su área. El Plan brindará a los miembros información sobre estos servicios a pedido, podrá derivar a los miembros para estos servicios y coordinará los servicios con la agencia coordinadora según corresponda.
3. Coordinación con el departamento de salud local. El Plan coordinará ciertos servicios con el departamento de salud local del miembro y realizará ciertas remisiones según corresponda.
4. Servicios de centro de enfermería. Servicios de rehabilitación y restauración intermitentes o a corto plazo en un centro de enfermería después de 45 días y atención de custodia suministrada en un centro de enfermería.
5. Servicios escolares. Servicios brindados por el distrito escolar y facturados a través de distritos escolares intermedios.
6. Servicios de transporte. El transporte por servicios no cubiertos por el Plan, incluidas las terapias (habla, lenguaje y ocupacional y fisioterapia), suministrado a personas con discapacidades del desarrollo que se facturan a través del Programa Comunitario de Servicios de Salud Mental.

Apéndice C - Servicios excluidos y limitaciones

Los servicios, los equipos o los suministros excluidos o limitados en virtud del contrato de Medicaid quedan excluidos o limitados en virtud del acuerdo del miembro, incluso si los recomienda un proveedor de atención primaria o proveedor participante o si aparecen en el formulario de remisión del Plan. Las exclusiones y limitaciones incluyen, entre otras, las siguientes:

1. Abortos. Abortos terapéuticos electivos y servicios relacionados.
2. Acupuntura. Los servicios de acupuntura no están cubiertos.
3. Tratamientos y procedimientos alternativos. Quedan excluidos los tratamientos y procedimientos alternativos no reconocidos o aceptados en general por la comunidad médica. También quedan excluidos los procedimientos y tratamientos que son de naturaleza principalmente educativa.
4. No están cubiertos los servicios o suministros que no son médicamente necesarios.
5. Servicios de ambulancia. El uso de ambulancia para transporte por cualquier motivo que no sea una emergencia o porque la afección médica del miembro requiere el uso de ambulancia no es un servicio cubierto.
6. Autopsia. Los servicios de autopsia no están cubiertos.

7. Biorretroalimentación. Los servicios de biorretroalimentación no están cubiertos.
8. Evaluación cognitiva o reentrenamiento y servicios relacionados. Los servicios cognitivos, entrenamiento o reentrenamiento y atención, suministros o procedimientos relacionados quedan excluidos, cualquiera sea la persona que los suministra.
9. Procedimientos/cirugía estética. Quedan excluidos cirugía, medicamentos, inyecciones, procedimientos y servicios relacionados para cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo para mejorar o cambiar la apariencia o para la autoestima del miembro. Los ejemplos incluyen, entre otros, rinoplastia electiva, extracción de venas varicosas/arañitas y reducción mamaria electiva. La alteración estética realizada en simultáneo con una cirugía por una afección médica no tiene cobertura. No tienen cobertura los implantes capilares, prótesis capilar o pelucas. Tal como lo indica el apéndice A, la cirugía mamaria reconstructiva después de la mastectomía tiene cobertura.
10. Servicios por orden judicial. Los cargos por servicios ordenados por un tribunal no tendrán cobertura, a menos que sean médicamente necesarios y se cumplan todos los requisitos del Plan.
11. Atención de custodia o domiciliaria. Queda excluida la atención de custodia o domiciliaria, incluida la atención en un hogar de ancianos.
12. Servicios dentales No tienen cobertura ortodoncia, suministros y aparatos, incluidas férulas y frenos. También quedan excluidos los servicios y suministros por daños en los dientes debido al acto natural de la masticación. No tienen cobertura los implantes dentales/grapa de hueso mandibular.
13. Servicios de discapacidad del desarrollo. No tienen cobertura los servicios suministrados a un miembro con discapacidad del desarrollo y facturados a través de proveedores del Programa Comunitario de Servicios de Salud Mental. Los miembros pueden ser elegibles para recibir servicios de discapacidad del desarrollo a través de proveedores o agencias en sus áreas, tal como se indica en el apéndice B del Certificado.
14. Equipos, procedimientos, tratamientos, suministros o dispositivos de agentes biológicos, medicamentos de investigación o experimentales. Estos servicios no están cubiertos.
15. Formularios. Los cargos por el tiempo destinado a completar formularios, reclamaciones o informes necesarios no tienen cobertura.
16. Atención médica suministrada por el Gobierno. Los gastos médicos incurridos en un hospital estatal o por servicios de un médico u otro profesional de la salud estatal quedan excluidos.
17. Análisis capilar.
18. Servicios del programa de exención basado en el hogar y la comunidad.
19. Internación hospitalaria. No tienen cobertura los días de internación por motivos no médicos.

20. Terapias a largo plazo. Las terapias a largo plazo que superan el beneficio definido no tienen cobertura.
21. Suministros y equipos médicos. Quedan excluidos de la cobertura: reemplazo o reparación de la mayoría de los artículos cubiertos debido a mal uso, pérdida o abuso según la definición del Manual del proveedor de Medicaid; artículos experimentales; baterías (excepto las baterías para audífonos); artículos para comodidad y conveniencia como mesas para la cama, almohadillas térmicas, cascos de protección, colchones ajustables, soportes para el teléfono, aires acondicionados, baños sauna, jacuzzi, bañeras y ascensores.
22. Servicios no médicos. Quedan excluidos los servicios no médicos, como rehabilitación vocacional en el sitio y evaluaciones de trabajo o capacitación, evaluaciones ambientales del lugar de trabajo, hogar o escuela o asesoramiento para empleados.
23. Parto obstétrico domiciliario. No tienen cobertura los servicios y suministros relacionados con el parto obstétrico domiciliario.
24. Aparatos dentales. Los aparatos dentales asociados con la cirugía bucal y maxilofacial, ortognática y de la articulación temporomandibular quedan excluidos.
25. Otra cobertura. El Plan es un pagador de último recurso en virtud del contrato de Medicaid. La cobertura queda excluida para servicio, equipo o suministro de atención médica si un tercero es responsable del pago de los beneficios en virtud de la ley estatal o federal o un plan de seguro médico privado o gubernamental o programa de beneficios de salud, incluido, entre otros, Medicare. Los beneficios por parte de un tercero pagador y el Plan se coordinarán según el Artículo 10 del Certificado.
26. Artículos personales y de conveniencia. Quedan excluidos los artículos personales y de conveniencia, incluidos, entre otros, equipos y accesorios para el hogar.
27. Servicios de ayuda domiciliaria y cuidado personal.
28. Medicamentos recetados. Los siguientes medicamentos recetados quedan excluidos de la cobertura:
 - a. Medicamentos recetados para fines estéticos.
 - b. Medicamentos de investigación o experimentales.
 - c. Medicamentos recetados para el tratamiento de la infertilidad.
 - d. Medicamentos de combinaciones de vitaminas y minerales (solo vitaminas prenatales, para enfermedad renal en etapa terminal y preparaciones de flúor pediátrico tienen cobertura).
 - e. Los medicamentos psicotrópicos de clase H7Z y antipsicóticos según lo indicado en la categoría "Clases para psicotrópicos y VIH/sida" en [Michigan.fhsc.com](https://michigan.fhsc.com); medicamentos de clases antirretrovirales incluidos inhibidores de la proteasa e inhibidores de la transcriptasa inversa; medicamentos para el tratamiento por abuso de sustancias según lo dispuesto bajo la categoría "Clases para psicotrópicos y VIH/sida" [Michigan.fhsc.com](https://michigan.fhsc.com).

29. Servicios de enfermería de guardia privada. Quedan excluidos los servicios de enfermería para pacientes ambulatorios y para pacientes internados de guardia privada.
30. Servicios reproductivos. Queda excluida la reversión de esterilización electiva. Quedan excluidos: fertilización in vitro, transferencia intratubárica de gametos (GIFT), inseminación artificial, transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT), inseminación intrauterina (IUI), alquiler de vientre y tratamientos para la infertilidad.
31. Servicios de distrito escolar. Quedan excluidos los servicios brindados por el distrito escolar y facturados a través de distritos escolares intermedios.
32. Servicios suministrados por un miembro o Familiar. Los servicios, la atención o el tratamiento suministrados a un miembro o a sus familiares, incluidos, entre otros, cónyuge, madre, padre, abuelos, tíos, primos, hermanos, hijos, sobrinos, nietos o cualquier persona que viva con el miembro.
33. Servicios que requiera un tercero. Quedan excluidos los servicios que requiera un tercero, como por ejemplo: exámenes físicos, servicios de diagnóstico, recetas y vacunas en relación con la obtención o continuidad de un empleo; obtención o mantenimiento de licencia emitida por el Gobierno federal o gobiernos municipal o estatal; obtención o continuidad de la cobertura de seguro; obtención de una admisión en una escuela; o asistencia o participación en atletismo. Quedan excluidas las evaluaciones psiquiátricas o médicas para determinaciones legales a excepción de la ubicación para tutela temporal.
34. Suplementos nutricionales y alimentos especiales. No tienen cobertura los suplementos nutricionales y alimentos, excepto para alimentación enteral y parenteral cuando son el único medio de nutrición.
35. Terapia del habla. Tiene cobertura la terapia del habla, sin incluir servicios suministrados a personas con discapacidades del desarrollo y facturados a través de proveedores del Programa Comunitario de Servicios de Salud Mental o distritos escolares intermedios.
36. Abuso de sustancias. Los servicios contra el abuso de sustancias, incluidos exámenes de detección y evaluación, desintoxicación, asesoramiento ambulatorio intensivo, otros servicios ambulatorios y tratamiento con metadona, quedan excluidos. Los miembros pueden ser elegibles para recibir servicios contra el abuso de sustancias a través de proveedores o agencias en sus áreas, tal como se indica en el apéndice B del Certificado.
37. Síndrome de articulación temporomandibular (TMJ). No tiene cobertura la cirugía de TMJ.
38. Quedan excluidos los servicios de transporte que no son beneficios cubiertos por el contrato de Medicaid.

