

Bienvenido
a Molina Healthcare.
Está en familia.



Manual del miembro de **Michigan**
Medicaid
Última actualización enero de 2021



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 discriminar por cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Molina no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Esto incluye la identidad de género, el embarazo y los estereotipos de sexo.

Para ayudarlo a hablar con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin costo alguno:

- Asistencia y servicios a personas con discapacidades
 - o Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
 - o Materiales escritos en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, braille)
- Servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés
 - o intérpretes capacitados
 - o material escrito traducido a su idioma
 - o material escrito de manera sencilla con lenguaje fácil de entender.

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

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

Si siente que Molina no le proporcionó estos servicios o lo trató de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir la queja, lo ayudaremos. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889 o TTY 711.

Envíe su queja por correo a la siguiente dirección:

Coordinador de Derechos Civiles
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

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

También puede presentar una queja por derechos civiles a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. para Derechos Civiles. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington D.C. 20201

También puede enviarlo a una página web a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-898-7969 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-898-7969 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-898-7969 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-898-7969（TTY：711）。

1-888-898-7969 (TTY: 711)
 1-888-898-7969 (TTY: 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-898-7969 (TTY: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-888-898-7969 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-888-898-7969 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

লক্ষ্য করন: যিদ আপিন বাংলা, কথা বলেত পারেন, তাহেল নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পিরেষবা

উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-888-898-7969 (TTY: 711)।

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-898-7969 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-898-7969 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-898-7969 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
1-888-898-7969（TTY：711）まで、お電話にてご連絡ください。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-898-7969 (телетайп: 711).

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-898-7969 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-898-7969 (TTY: 711).

¡Gracias por elegir Molina Healthcare!

Desde que nuestro fundador, el Dr. C. David Molina, abrió su primera clínica en 1980, nuestra misión ha sido brindar atención médica de calidad a todos. Estamos aquí para usted. Y hoy, como siempre, tratamos a nuestros miembros como nuestra familia.

La versión más actualizada del manual está disponible en MolinaHealthcare.com/Medi-Handbook.

En este manual encontrará la siguiente información útil:

Su membresía (página 3)

- Tarjeta de identificación de miembro
- Referencia rápida
- Números de teléfono

Su médico (página 7)

- Encuentre un médico
- Programe su primera consulta
- Médicos y hospitales de Molina

Sus beneficios (página 11)

- Servicios médicos
- Aparatos auditivos
- Teléfono celular sin costo
- Servicios dentales y de la visión
- Medicamentos cubiertos

Sus beneficios adicionales (página 17)

- Aplicación móvil de Molina
- Educación para la salud
- Programas de salud
- Recursos de la comunidad
- Transporte

NOTA: Si tiene problemas para leer o comprender esta o cualquier otra información de Molina Healthcare, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). Podemos explicarle en inglés o en su idioma principal. Puede que contemos con la información impresa en otros idiomas, sin costo para usted. Puede solicitarla en braille, letra grande o en audio, sin costo para usted. Si tiene una discapacidad auditiva o visual, podremos brindarle ayuda adicional, sin costo para usted.

Su póliza (página 27)

- Departamento de Servicios para Miembros 28
- Cambio en la información 28
- Materiales para Miembros 28
- Redeterminación de elegibilidad para Medicaid 29
- Sección de información sobre el proveedor 29
- Su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) 29
- Cambiar su PCP 30
- Transición de atención (TOC) 30
- Restricciones para proveedores 30
- Estándares de idoneidad de la red 30
- Servicios de atención de rutina y atención especializada 31
- Pautas para el tipo de atención médica/cita 31
- Servicios preventivos para mujeres 32
- Servicios de planificación familiar 33
- Atención de maternidad y prenatal 33
- Servicios del Programa de Salud Materno Infantil (Maternal and Infant Health Program, MIHP) 34
- Servicios cubiertos 35
- Sección de servicios no cubiertos 42
- Servicios no cubiertos por Molina Healthcare 42
- Servicios que no cubre Medicaid 43
- Si debe consultar a un médico que no es parte de Molina 43
- Telesalud 44
- Cuidado urgente frente a Sala de emergencias 44
- Cómo obtener atención de emergencia 45
- Fuera del estado/fuera del área 46
- Medicamentos cubiertos 46
- Medicamentos de farmacia especializada 47
- Segundas opiniones 48
- Apoyos y servicios comunitarios 48
- Salud mental 48
- Abuso de sustancias 48
- Equipo médico duradero 49
- Servicios de cuidado paliativo 49
- Servicios de Centros de salud de calificación federal (FQHC), Clínicas de salud rural (RHC) y Centros de salud tribal (THC) 49

Su póliza (continuación)

- Servicios para dejar de fumar 49
- Cómo acceder a los servicios hospitalarios 50
- Información y pago a proveedores 51
- Pago de la prima de MIChild 51
- Pagos y facturas de Medicaid 51
- Conocer lo nuevo 52
- Cancelación de inscripción 52
- Otro seguro 52
- Servicios de atención médica especial para niños (CSHCS) 53
- Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT) 54
- Quejas y Apelaciones 54
- Departamento de seguros y servicios financieros 58
- Proceso de audiencia estatal justa 59
- Derechos y responsabilidades 60
- Directivas anticipadas 63
- Five Wishes 64
- Fraude, derroche y abuso 65
- Privacidad del miembro 66
- Notificación de las normas de privacidad 68
- Definiciones 72
- Certificado de cobertura 86
- Artículo I. Condiciones generales 86
- Artículo II. Definiciones 86
- Artículo III. Elegibilidad e inscripción 90
- Artículo IV. Relación con proveedores participantes y no participantes 91
- Artículo V. Departamento de Servicios para Miembros 94
- Artículo VI. Pago de servicios cubiertos 98
- Artículo VII. Servicios cubiertos y servicios de coordinación de la atención 99
- Artículo VIII. Exclusiones y limitaciones 101
- Artículo IX. Vigencia y finalización 101
- Artículo X. Coordinación de beneficios 103
- Artículo XII. Disposiciones varias. 105
- Apéndice A - Detalle de beneficios de Servicios cubiertos 106
- Apéndice B - Servicios de coordinación de la atención 113
- Apéndice C - Servicios excluidos y limitaciones 115

La atención médica es un viaje y usted se encuentra en el camino correcto. Estos son los pasos que debe seguir...



1. Revise su Kit de bienvenida

Debería haber recibido su tarjeta de identificación de Molina Healthcare. Hay una para usted y una para cada miembro de su familia. Llévela con usted en todo momento. Si todavía no ha recibido su tarjeta de identificación, visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) o descargue la **aplicación móvil de Molina** desde la Apple App Store o la Google Play Store. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). Necesita una tarjeta de identificación de Molina Healthcare y una tarjeta de Medicaid mihealth del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS, por sus siglas en inglés). Se requieren ambas tarjetas, junto con su identificación válida, para obtener servicios cubiertos.



2. Regístrese en MyMolina y en la aplicación móvil de Molina

Registrarse es fácil. Visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) y descargue la **aplicación móvil de Molina** desde la Apple App Store o la Google Play Store para registrarse. Una vez registrado, podrá cambiar de proveedor de cuidados primarios (Primary Care Provider, PCP), ver el historial de servicios, solicitar una nueva tarjeta de identificación y mucho más. ¡Conéctese desde cualquier dispositivo, en cualquier momento!



3. Hable sobre su salud

Lo llamaremos para una breve conversación sobre su salud. Esto nos ayudará a identificar cómo brindarle la mejor atención posible. Avísenos si su información de contacto se ha modificado.



4. Conozca a su PCP

PCP es la abreviación en inglés de proveedor de atención primaria. Él o ella será su médico personal. Para elegir o cambiar a su médico, visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) o use la **aplicación móvil de Molina**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). Llame a su médico dentro de los siguientes 60 días para programar su primera consulta.



5. Conozca sus beneficios

Con Molina, tiene cobertura médica y servicios adicionales gratis. Ofrecemos traslados gratuitos a su médico. También ofrecemos ayuda con su salud.

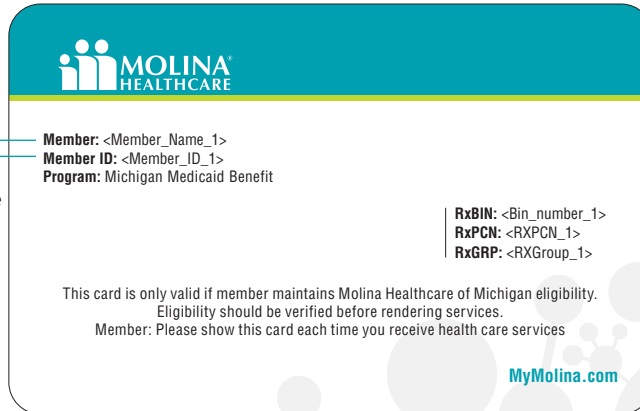
Su membresía

Tarjeta de identificación

Hay una tarjeta de identificación para cada miembro.

Su nombre

Su número de
identificación
de miembro



To change your PCP, view eligibility information and more, please visit www.MolinaHealthcare.com. Questions? Please call Molina Healthcare Member Services at 1-888-898-7969 / TTY 1-888-665-4629, Monday through Friday, 8:00 am to 5:00 pm.

Submit all Medical Claims to:

MOLINA HEALTHCARE, INC

P.O. Box 22668

Long Beach, California 90801

Pharmacy Benefits are administered by



Pharmacy Help Desk: (800) 791-6856

*If your card is lost or stolen, please
call Member Services at (888) 898-7969*

MolinaHealthcare.com

Información de contacto
de Servicios para
Miembros

Usted necesita su tarjeta de identificación para hacer lo siguiente:



**Consultar a su
doctor, especialista
u otro proveedor**



**Acudir a una sala
de emergencias**



**Recibir atención
médica urgente**



Ir a un hospital



**Obtener suministros
médicos o medica-
mentos recetados**



**Realizar estudios
médicos**

Referencia rápida

Necesidad	Emergencia	Acceso en línea - Encuentre o cambie a su médico - Actualice su información de contacto - Solicite una tarjeta de identificación - Reciba recordatorios de atención médica - Monitoree las visitas a consultorios	Cómo obtener atención - Atención preventiva - Atención médica urgente - Enfermedades leves - Lesiones leves - Inmunizaciones (vacunas) - Exámenes físicos y controles
	Llame al 911	Visite MyMolina.com o descargue la aplicación móvil de Molina y regístrese. Encuentre un proveedor en el siguiente enlace: MolinaHealthcare.com/ProviderSearch	Llame a su médico: <u>Nombre y teléfono</u> Centros de cuidado urgente Encuentre un proveedor o centro de cuidado urgente MolinaHealthcare.com/ProviderSearch Línea de Consejos de Enfermeras 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

Los detalles de su plan

- Preguntas sobre su plan
- Preguntas sobre programas o servicios
- Problemas con la tarjeta de identificación
- Servicios de idiomas
- Transporte
- Ayuda con sus visitas
 - Cuidado prenatal
 - Consultas preventivas infantiles con el (PCP) o el obstetra ginecólogo

Departamento de Servicios para Miembros

(888) 898-7969

De lunes a viernes, en horario de atención normal, de 8 a. m. a 5 p. m.

Para programar un traslado a una cita, llame a Servicios para Miembros.

Cambios/eventos de la vida

- Cobertura
- Información de contacto
- Matrimonio
- Divorcio
- Nacimiento
- Fallecimiento

Departamento de Servicios para Miembros

(888) 898-7969; TTY: 711

Línea de ayuda para beneficiarios del MDHHS

(800) 642-3195, TTY (866) 501-5656

Administración del Seguro Social

(800) 772-1213

TTY/TDD: 800-325-0778

Su médico

Encuentre un médico

Su proveedor de atención médica primaria (PCP) lo conoce y se ocupa de sus necesidades de salud. Su médico debe hacerlo sentir cómodo. Es fácil elegir uno con nuestro Directorio de proveedores. El Directorio de proveedores es una lista de médicos, hospitales, farmacias, etc. Puede elegir uno para usted. Y puede elegir otro para sus familiares. O bien, puede elegir uno para todos ustedes.

Programe su primera consulta para conocer a su médico. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) si necesita ayuda para concertar una cita o encontrar a un médico.

Si no elige un médico, Molina elegirá uno por usted. Molina escogerá un médico de su área. Encontraremos para usted un médico que hable su idioma. También puede ver a médicos que haya consultado antes. Usted puede cambiar a su PCP en cualquier momento.

PCP: _____

Número de teléfono del PCP: _____

Programe su primera visita

Visite a su médico dentro de los 60 días de haberse inscrito. Conozca más sobre su salud. Y permita que su médico sepa más sobre usted.

Su médico hará lo siguiente:

- Tratará la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina.
- Revisará sus estudios y resultados.
- Le recetará medicamentos.
- Lo enviará a otros médicos (especialistas).
- Lo hospitalizará, si es necesario.

Servicios de intérprete

Si necesita hablar en su propio idioma, podemos conseguir un intérprete para que hable con usted. También puede ayudarlo a hablar con su médico o proveedor. Un intérprete podrá ayudarlo a lograr lo siguiente:

- Concertar una cita.
- Hablar con su médico o enfermero.
- Obtener atención de emergencia.
- Presentar un reclamo, una queja o una apelación.
- Recibir información sobre la toma de medicamentos.
- Hacer un seguimiento de una aprobación previa que pueda necesitar para un servicio.
- Hablar el lenguaje de señas.

Este es un servicio gratuito. Si necesita un intérprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Debe asistir a un médico que sea parte de Molina.

Si por algún motivo desea cambiar su médico principal, ingrese a [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) o a la [aplicación móvil de Molina](#). También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).



Recuerde que puede comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermeras, disponible las 24 horas, al (888) 275-8750 (inglés) o (866) 648-3537 (español)
TTY: (866) 735-2929 (inglés) o (866) 833-4703 (español) en cualquier momento.
Nuestro personal de enfermería lo ayudará si necesita atención urgente.

Sus beneficios

Servicios médicos

Contamos con una creciente familia de médicos y hospitales. Para encontrar un médico o farmacia, visite MolinaHealthcare.com/ProviderSearch.

El directorio en línea contiene información de proveedores, como nombres, teléfonos, direcciones, especialidades y calificaciones profesionales.

Audífonos

Los exámenes de audición y suministros auditivos, incluidas las baterías de los audífonos y su mantenimiento y reparación, tienen cobertura para todas las edades. Medicaid cubre un audífono cada 5 años. Los miembros pueden recibir 36 baterías para aparatos auditivos cada 6 meses. Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. EST (TTY: 711). También puede visitar MolinaHealthcare.com.

Servicios dentales y de la visión

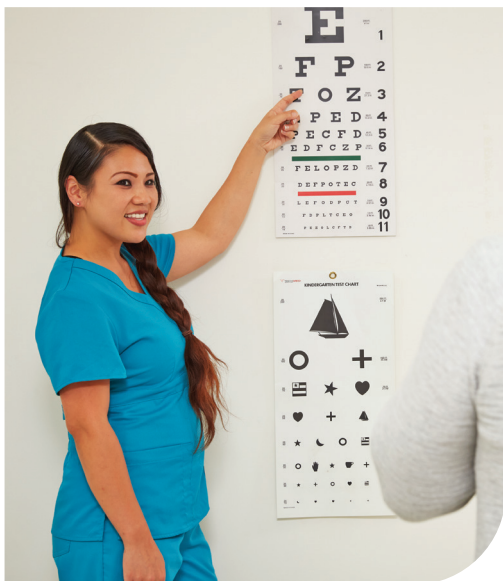
Visión

Cada 2 años, Molina cubre los exámenes oftalmológicos para miembros de 2 años de edad en adelante y 1 par de anteojos. En caso de extravío, robo o rotura de los anteojos, se cubren anteojos de repuesto. Los anteojos de repuesto se limitan a 2 pares al año para miembros menores de 21 años y 1 par al año para miembros de 21 años en adelante. Las lentes de contacto solo están cubiertas si los problemas de la vista no se pueden corregir con anteojos.

Revise el Directorio de proveedores de Molina Healthcare en [MyMolina.com](https://www.molinahc.com) o en la [aplicación móvil de Molina](#) para encontrar óptometras o médicos que puedan proporcionarle estos servicios.

El beneficio de la visión de Molina Healthcare incluye exámenes oftalmológicos y anteojos de repuesto.

Para encontrar un proveedor de servicios de la visión o para saber si su proveedor actual está incluido, visite [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahc.com) y consulte los proveedores de servicios de la visión disponibles para usted en el Directorio de proveedores. Si es miembro nuevo de Molina, podrá continuar viendo a su proveedor de servicios de la visión actual durante 90 días, si el doctor no figura en la lista. Su proveedor puede llamar a Molina Healthcare, si desea que se lo incluya en nuestra red. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) si tiene alguna pregunta.



Servicios dentales

Molina Healthcare les brinda servicios dentales a las embarazadas. Las mujeres miembros de Medicaid embarazadas pueden utilizar su tarjeta de identificación de Medicaid de Molina Healthcare para obtener servicios dentales.

Los servicios dentales de Molina bajo Medicaid se brindan a los miembros sin costo alguno. El beneficio dental de Molina incluye limpiezas, empastes y otros servicios preventivos.

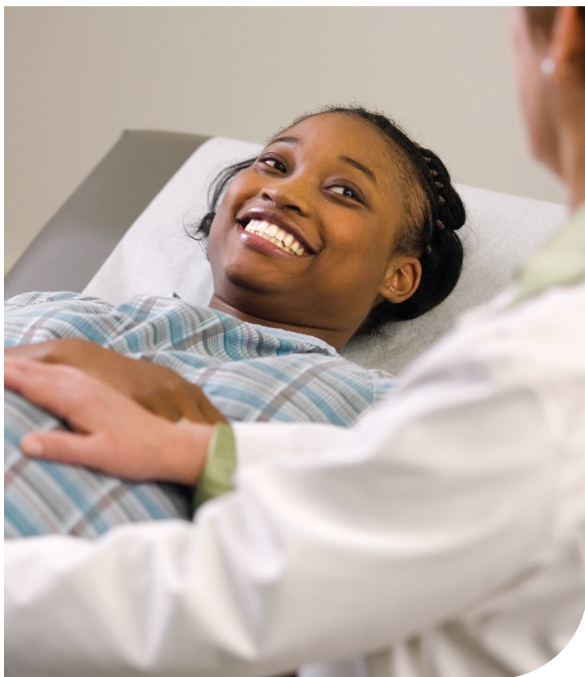
Descripción	Limitaciones
Servicios preventivos y de diagnóstico	No aplicable
Atención dental de emergencia	No aplicable
Radiografías	No aplicable
Servicios de cirugía bucal	No aplicable
Empastes y otros servicios restaurativos	No aplicable
Tratamiento tópico con flúor	Menores de 21 años
Extracciones dentales	No aplicable

Las mujeres miembro de Medicaid que están embarazadas reciben cobertura dental desde el primer día del mes en que Molina toma conocimiento del embarazo hasta el período posparto. El período posparto abarca los 3 meses posteriores a la finalización del embarazo.



Visite [MyMolina.com](https://www.MyMolina.com) si desea revisar su cobertura para atención médica. Para encontrar un proveedor de Servicios dentales de Molina, visite [MolinaHealthcare.com](https://www.MolinaHealthcare.com), seleccione Medicaid, luego Encontrar un médico o farmacia para ver los Proveedores de servicios dentales de Molina disponibles.

Estamos seguros de que podrá encontrar un Proveedor de servicios dentales de Molina adecuado cerca suyo.



Es importante que las mujeres embarazadas reciban atención dental adecuada durante el embarazo para la salud y el bienestar de la madre y del bebé. Molina Healthcare brindará los nombres de dentistas participantes en su área, que estén disponibles para brindar servicios dentales. Molina brinda viajes ida y vuelta, o solo de ida, ilimitados, para servicios cubiertos y médicamente necesarios, cada año natural. Las mujeres miembros de Medicaid embarazadas pueden usar este beneficio para visitar a cualquier proveedor de Molina Healthcare.

Si tiene preguntas sobre este beneficio, llámenos. Estamos aquí para ayudarlo. Llame al programa M.O.M. al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). También puede visitar [MolinaHealthcare.com](https://www.MolinaHealthcare.com).

Todas las mujeres miembros de Medicaid que no estén embarazadas pueden llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios de Medicaid de Michigan para obtener ayuda para encontrar un dentista al (800) 642-3195 o visitar www.medicaiddentistry.com. Healthy Kids Dental es un programa de atención médica de Medicaid disponible para niños menores de 21 años de bajos ingresos. Si está actualmente inscrita en Healthy Kids Dental y queda embarazada, permanecerá en Healthy Kids dental para los servicios dentales prenatales. Si desea obtener más información sobre Healthy Kids Dental y sobre los beneficios dentales para los que su hijo puede ser elegible, o si desea localizar un dentista en su área, visite www.HealthyKidsDental.org.

Teléfono celular sin costo

Tenga un teléfono para usar las 24 horas del día los 7 días de la semana. Puede recibir <1,000> minutos y <1 GB> de datos GRATIS cada mes. Como miembro de Molina, también puede enviar mensajes de texto ilimitados. Si está interesado en un tener un teléfono celular sin costo, llame al (877) 631-2550.

Medicamentos cubiertos

Molina Healthcare cubre todos sus medicamentos si son medicamento necesarios. No hay ningún costo para usted por la compra de estos medicamentos.

Todos los planes de Medicaid de Michigan incluyen una Lista de Medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) única. Estos son los medicamentos que el estado prefiere que le recete su proveedor. Puede encontrar una lista de los medicamentos preferidos en [MyMolina.com](https://www.mymolina.com).

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

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



Sus beneficios adicionales

MyMolina.com: Gestione su plan de salud en línea

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 de Molina

Puede administrar su atención médica en cualquier momento y en cualquier lugar con la aplicación móvil de Molina. Con la nueva aplicación móvil, puede ver su tarjeta de identificación de miembro, buscar un médico o centro cercano, llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras disponible las 24 horas o a la Línea de crisis de salud conductual disponible las 24 horas, y mucho más.

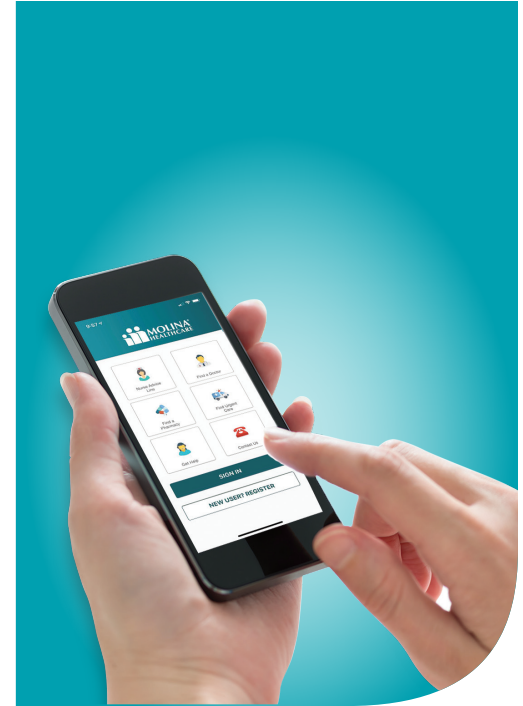
Cuando descargue la aplicación móvil de Molina, podrá acceder a todas las mismas funciones que en [MyMolina.com](https://www.mymolina.com), además de las siguientes funciones:

- o Tarjetas de identificación virtuales mejoradas con opciones de uso compartido e impresión
- o Buscador de cuidado urgente
- o Buscador de farmacias
- o Verificador de síntomas
- o Opción de médico favorito
- o Identificación mediante reconocimiento facial

¡Descargue la aplicación móvil de Molina hoy!

La aplicación móvil de Molina se puede utilizar en cualquier teléfono inteligente Apple o Android:

1. Descargue el lector de QR a través de la Apple App Store o la Google Play Store.
2. Escanee el siguiente código QR para ir a la aplicación. También puede buscar la aplicación Molina Mobile en la App Store o en la Google Play Store.



3. Descargue la aplicación móvil de Molina.
4. Abra la aplicación y disfrute los excelentes beneficios de Molina desde la palma de su mano.

Consejo asesor de miembros

En Molina Healthcare, deseamos brindarle un mejor servicio. Valoramos su opinión y nos gustaría invitarlo a postularse para el Consejo asesor de miembros de Molina. El Consejo asesor de miembros analiza y recomienda maneras para que Molina mejore sus servicios a los miembros de Molina. Los miembros del Consejo deben ser mayores de 21 años y ser miembros actuales de Molina. El Consejo se reunirá una vez al año en su área. Los miembros del Consejo asesor deberán participar en las conversaciones sobre sus experiencias con los servicios y proveedores de Molina. Molina usará la información del miembro sobre sus experiencias y sus sugerencias para mejorar los servicios de atención médica que brinda a todos los miembros. Si desea postularse u obtener más información sobre el Consejo asesor de miembros de Molina, llame al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este (TTY/TDD: 711).

Programas de educación para la salud

¡Viva bien y manténgase saludable! Nuestros programas gratuitos lo ayudan a controlar el peso, a dejar de fumar o a obtener ayuda con enfermedades crónicas. Recibirá materiales educativos, consejos de cuidados y más. También tenemos programas para mujeres embarazadas. Si tiene asma, diabetes, problemas cardíacos o cualquier otra enfermedad crónica, un miembro del personal de enfermería o uno de nuestros Administradores de Atención se pondrá en contacto con usted. También puede registrarse en [MyMolina.com](https://www.mymolina.com), nuestro portal seguro para miembros, o llamar al Departamento de



Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Si está embarazada, queremos que tenga un embarazo y un bebé saludables. Molina Healthcare tiene un programa GRATUITO para ambos. Se llama el Programa Moms of Molina (M.O.M.). Un coordinador de enfermería especial trabaja con usted y sus médicos para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Brindamos información sobre atención prenatal y servicios de apoyo gratuito para futuras mamás.

Podemos ayudarlo con lo siguiente:

- Mantenerse saludable
- Buscar a un médico para usted y su recién nacido
- Coordinar las consultas con el médico durante el embarazo y después del nacimiento de su bebé
- Coordinar el transporte a las consultas médicas
- Ocuparse de las necesidades especiales mientras está embarazada
- Buscar clases y asesoramiento para el parto y la crianza
- Obtener información sobre dónde encontrar comida, vivienda y ropa de bebé, y qué esperar mientras está embarazada
- Mantenerse en contacto con su médico

Recuerde obtener atención prenatal regular desde el principio, y asistir a todas las citas con el médico, aunque no sea su primer bebé. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) y pregunte por el personal de enfermería de M.O.M.

Transporte

Molina Healthcare brindará transporte a servicios cubiertos. El servicio de transporte se proporciona cuando usted no tiene otro medio para llegar a sus citas con el médico, para radiografías, pruebas de laboratorio, a la farmacia, para obtener suministros médicos u otra atención médica. Para ahorrarse otro viaje, surta sus recetas inmediatamente después de una visita médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) para programar una cita. Es importante que llame con 3 días hábiles de anticipación a su cita para programar el traslado gratuito. Puede solicitarlo el mismo día para transporte médico urgente que no es de emergencia (non-emergency medical transportation, NEMT).

Si debe viajar para recibir servicios y no tiene manera de llegar allí, Molina siempre podrá ayudarlo. Además, para cada miembro, Molina brinda viajes de ida y vuelta, o solo de ida, ilimitados (es posible que se requiera una autorización previa en el caso de los viajes de larga distancia) para servicios cubiertos y médicamente necesarios, cada año natural. Los miembros pueden usar este beneficio para visitar a cualquier proveedor de Molina Healthcare.

Molina Healthcare también cubrirá el transporte de emergencia al hospital. Llame al 911 cuando tenga una emergencia y necesite transporte inmediato.

Tenga a mano su tarjeta de identificación del miembro.





Administración de la atención

Contamos con un equipo de enfermeros y trabajadores sociales que están listos para brindarle servicios. Los denominamos administradores de la atención. Son muy útiles. Le brindarán atención adicional si tiene los siguientes problemas de salud:

- Asma
- Trastornos de la salud conductual
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- Diabetes
- Presión arterial alta
- Embarazo de alto riesgo

Hay disponibles servicios adicionales. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) si cree que puede recibir beneficios de Administración de la atención.

Conectores de la comunidad

El Programa de Conectores de la comunidad es un programa diseñado para mejorar el acceso a la atención a través de la participación de un Conector de la comunidad de Molina. Los Conectores de la comunidad de Molina ayudan a los miembros a encontrar lo siguiente:

- Opciones de vivienda para personas sin hogar
- Un hogar médico
- Ubicaciones de los bancos de comida
- Información sobre grupos de apoyo
- Asistencia en facturas de servicios públicos
- Opciones de transporte

Sus beneficios adicionales

Los Conectores de la comunidad ayudan a los miembros con lo siguiente:

- Solicitudes de estampillas para comida
- Determinaciones del Seguro Social
- Solicitudes de servicios sociales y de salud
- Organización de la comida a domicilio
“Meals on Wheels”
- Metas de salud
- Determinar la elegibilidad para Medicaid
- Conversaciones con el Proveedor de Atención Primaria

Cómo atendemos

- Visitas a domicilio, a comunidades y hospicios
- Entrevistas presenciales y telefónicas
- Actuamos como un defensor o intercesor de miembros
- Ayudamos a eliminar las barreras para recibir atención médica
- Ayudamos a programar citas con los proveedores
- Ayudamos con problemas de farmacia
- Realizamos controles de seguridad en el hogar

Si cree que puede beneficiarse con nuestro Programa de Conectores de la comunidad, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. EST (TTY: 711).

Administración de casos

El personal de Molina Healthcare ayudará a coordinar su atención.

Vivir con problemas de salud y poder administrarlos puede ser difícil. Ofrecemos servicios especiales y programas para miembros que necesiten ayuda adicional con un problema de salud. Esto puede ser para cualquier adulto o niño que recibe servicios de atención médica por un problema actual de salud. Los programas se ofrecen sin costo alguno.

Molina Healthcare puede ayudarlo a:

- Acceder a los servicios que usted es elegible para recibir.
- Concertar citas y exámenes.
- Programar el transporte.
- Identificar cualquier brecha en la atención o necesidades de atención médica.
- Acceder a los recursos para ayudarlo con las necesidades especiales de atención médica o ayudar a sus cuidadores que lidian con el estrés del día a día.
- Coordinar la mudanza de un entorno a otro. Esto puede incluir el alta del hospital.
- Evaluar su elegibilidad para apoyos y servicios de atención médica a largo plazo.
- Conectarse con los recursos de la comunidad.
- Encontrar servicios que podrían no ser beneficios. Esto incluye programas de servicios sociales y comunitarios como fisioterapia con escuelas o “Meals on Wheels” (Comida a domicilio).
- Organizar los servicios con un proveedor de atención primaria (PCP), familiares, cuidadores y con cualquier otro proveedor identificado.
- Ayudarlo a navegar en el sistema de atención médica.
- Ayudarlo con las necesidades de medicamentos.
- Ayudarlo a entender nuevos diagnósticos.

¿Cómo se inscriben los miembros?

Los programas de Administración de casos son voluntarios, pero el miembro debe cumplir ciertos requisitos. También puede ser derivado a uno de nuestros programas mediante:

- Referidos de proveedores
- Autorreferidos

¿A quién contacto si deseo más información?

Sus beneficios adicionales

Llame al (866) 891-2320 (TTY: 711). Nuestro personal puede brindarle más información. También le pueden informar en qué programas se encuentra inscrito actualmente. Además, puede solicitar una remisión o que lo eliminen de un programa.

Recursos de la comunidad

Somos parte de su comunidad. Y nos esforzamos para que esta sea más saludable.

Encontrará recursos locales, eventos de salud y organizaciones comunitarias a su disposición. Ofrecen fantásticos programas y convenientes servicios. Y, lo mejor de todo, es que la mayoría son gratuitos o tienen un bajo costo para usted.

- Marque 2-1-1. Este servicio es un servicio gratuito y confidencial que lo ayudará a encontrar recursos locales. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Línea de ayuda para beneficiarios del MDHHS (800) 642-3195, TTY (866) 501-5656
- Mujeres, bebés y niños (WIC) (800) 942-1636

El Programa de Nutrición Suplementario para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) ofrece a las mujeres embarazadas y niños pequeños alimentos y otros servicios de forma GRATUITA. No es necesario que le pida a su PCP los servicios del WIC. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) o al personal de enfermería de M.O.M. al (866) 449-6828.

Para ver el listado completo de Recursos comunitarios, visite <https://tinyurl.com/Molina-Community-Resource>.

Campaña anual de colecta de abrigos Molina HOPE

Desde 2016, Molina Healthcare of Michigan ha entregado más de 25,000 abrigos a los residentes necesitados del estado. Se distribuyen también accesorios de invierno, incluidos sombreros, guantes y bufandas. Todos los años, Molina invita a los miembros de Molina Michigan y a la comunidad a asistir al Molina HOPE Coat Drive. Recibirán

un abrigo nuevo para cada miembro de su familia y accesorios de invierno. También tendrán la oportunidad de disfrutar de refrigerios, comida, pintura facial, artesanías, manualidades, y mucho más.

Si le interesa obtener más información sobre el programa anual Molina HOPE Coat Drive, llame al (248) 729-4923 o escriba un correo electrónico a MHMCommunityOutreach@MolinaHealthcare.com.



Su póliza

Departamento de Servicios para Miembros

Molina Healthcare brinda Servicios para Miembros gratis a través del número de teléfono gratuito (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). Respondemos preguntas sobre beneficios del plan y otras inquietudes, incluido lo siguiente:

- Información General
- Cambiar su domicilio o número de teléfono
- Cambiar de doctor
- Reclamos
- Bienestar
- Solicitar una tarjeta de identificación de miembro
- Beneficios
- Dirección y número de teléfono del PCP
- Presentar una queja o una apelación
- Preguntas sobre la inscripción o la cancelación de la inscripción

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros:

- Visite la oficina de Molina Healthcare
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).
- Visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.com)

Si no habla inglés, tenemos representantes que hablan español y árabe para servirlo. Para cualquier otro idioma, llame a nuestra línea de idiomas al (800) 752-6096. Si tiene impedimentos auditivos, utilice el servicio de Retransmisión de Michigan

al (800) 649-3777. Si desea recibir materiales escritos en otro idioma que no sea inglés o en un formato diferente por necesidades especiales, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). Estos materiales se ofrecen sin costo alguno.

Cambio en la información

Si cambia su nombre, dirección, número de teléfono o el tamaño de su familia, llame a la Línea de Ayuda para Beneficiarios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) al (800) 642-3195, TTY (866) 501-5656.

Estos cambios incluyen cobertura, información de contacto, matrimonio, divorcio, nacimiento y fallecimiento.

Puede cambiar su dirección o números de teléfono en el portal MIBridges, donde también encontrará otros recursos útiles. Esto se puede hacer desde su teléfono celular. Ingrese en

<https://www.mibridges.michigan.gov/access/>

Materiales para Miembros

Puede solicitar copias impresas o electrónicas de los materiales para miembros, como el Directorio de proveedores, el manual del miembro y los avisos de apelaciones y quejas. Podemos explicarle en inglés o en su idioma principal. Es posible que contemos con la información impresa en otros idiomas. Puede solicitarla en braille, letra grande o en audio, sin costo para usted. Si tiene una

discapacidad auditiva o visual, podremos brindarle ayuda adicional, sin costo para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) para solicitar una copia gratuita de los materiales para miembros. Recibirá manuales del miembro dentro de 5 días hábiles a partir de la solicitud.

Redeterminación de elegibilidad para Medicaid

El proceso de redeterminación es importante para conservar los beneficios de Medicaid. Cuando deba realizar la Redeterminación, recibirá la documentación de redeterminación de Medicaid por parte del MDHHS. Una vez completada la documentación de Redeterminación, debe devolverla a su trabajador de caso asignado. Su documentación de redeterminación debe presentarse o enviarse por correo postal a la oficina local del MDHHS en la fecha indicada en la documentación. Para renovar sus beneficios en línea y acceder a su caso, visite www.mibridges.michigan.gov/access.

Si no está seguro de cuál es su fecha de redeterminación, o si necesita ayuda para completar la documentación, llame a la Línea de ayuda para beneficiarios de Medicaid de Michigan al (800) 642-3195.

Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, comuníquese con el equipo de Renovaciones de Beneficios de Molina al teléfono 866-916-0917, de lunes a viernes, de 10:00 a. m. a 7:00 p. m. EST (TTY: 711).

Sección de información sobre el proveedor Su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP)

Para empezar, debe elegir un PCP. Los PCP son médicos, enfermeros, o asistentes médicos que ofrecen servicios de Medicina familiar, Pediatría o Medicina interna. Su PCP brinda la mayor parte de su atención. Su PCP también puede enviarlo a un especialista, a otro proveedor de atención médica y a hospitales.

Encontrará una lista de PCP en MolinaHealthcare.com o en MyMolina.com. Si desea solicitar una copia impresa de nuestra lista de PCP sin costo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). Si lo necesita, un especialista puede ser su PCP. Si no elige un PCP dentro de 30 días después de la inscripción, elegiremos uno por usted. Nos aseguraremos de que los servicios de PCP y de hospitales estén disponibles dentro de las 30 millas o 30 minutos de su hogar.

Molina Healthcare y su PCP se preocupan por su salud. Su PCP puede ayudarlo a evitar problemas de la siguiente manera:

- al detectar afecciones médicas, dentales y de otro tipo de forma anticipada;
- mediante el tratamiento de los problemas antes de que se agraven, y
- al educarlo sobre su salud.

Si tiene una afección médica crónica como la diabetes o enfermedad renal, puede pedir a un especialista que se ocupe de usted como PCP. Llámenos y lo ayudaremos.

Cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP o elegir un nuevo PCP en cualquier momento. Sus solicitudes entrarán en vigor de inmediato. Si desea cambiar de PCP, visite [MyMolina.com](https://www.mylolina.com) o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) y lo ayudaremos. También puede solicitar un nuevo PCP por escrito. Llame a Servicios para Miembros y pida un Formulario de selección de PCP con un sobre de devolución con franqueo prepago. Si su salud o seguridad están en peligro, se le asignará otro PCP de inmediato.

Transición de atención (TOC)

Si es nuevo en Molina Healthcare, puede conservar sus médicos y servicios durante al menos 90 días después de su fecha de inscripción. Los ejemplos incluyen servicios médicos, de salud conductual y de farmacia.

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

Si es miembro de Molina y su médico ya no participa en Molina, puede acudir a su médico actual si recibe un tratamiento para ciertas enfermedades crónicas.

Molina no aprobará la continuación de la atención recibida de un médico no participante en los siguientes casos:

- Usted requiere solo el monitoreo de una afección crónica.

- El médico tiene una restricción y usted podría estar en riesgo.
- El médico no está dispuesto a continuar con su atención.
- La atención con el proveedor que no forma parte de la red se inició después de que usted se inscribió en Molina.
- El médico no cumple con las políticas o los criterios de Molina.

Molina lo ayudará a elegir nuevos médicos y a recibir servicios de la red de Molina. Su médico puede llamar a Molina al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. si quiere unirse a nuestra red.

Restricciones para proveedores

Los miembros de Molina pueden acceder a los proveedores participantes en cualquier red contratada. Se entiende que algunas organizaciones de proveedores pueden tener sus propios requisitos de red.

Estándares de idoneidad de la red

La idoneidad de la red es la capacidad del plan de salud de suministrar acceso a una cantidad adecuada de proveedores de atención primaria (PCP), especialistas, hospitales, farmacias y proveedores dentales de la red, para brindar atención a sus miembros. Los miembros pueden solicitar una copia impresa de los Estándares de idoneidad de la red que publica el MDHHS sin costo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Servicios de atención de rutina y atención especializada

Su PCP lo ayudará a obtener sus servicios de atención médica.

- Llame a su PCP para coordinar una cita.
- Si no puede acudir a la cita, llame y cancele la cita lo antes posible.
- Lleve con usted su tarjeta de identificación de Molina Healthcare, su tarjeta de Medicaid mihealth y una identificación válida.
- Sea puntual.
- Un padre o tutor legal deberán llevar a un menor de edad a la cita médica. Si el padre, la madre o el tutor legal no pueden llevar al menor de edad, comuníquese con su médico para conocer los siguientes pasos antes de que un médico vea a su hijo.

Puede recibir atención especializada de un proveedor participante, incluidos los servicios de atención médica preventivos y de rutina de un obstetra/ginecólogo, especialistas en salud para mujeres y pediatras. No hay ningún costo por recibir estos servicios. Si bien Molina Healthcare of Michigan no requiere referidos, consulte a su PCP para asegurarse de que no haya otras necesidades de referidos.

Puede ingresar en MolinaHealthcare.com para ver la lista de especialistas de Molina y otros proveedores. Puede solicitar una copia impresa de nuestra lista de especialistas y otros proveedores sin costo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Pautas para el tipo de atención médica/cita

Si corresponde, el consultorio de su médico o dentista debe fijar citas en los siguientes plazos:

Tipo de atención médica/cita	Plazo
Atención después de horario (servicios de emergencia)	De inmediato - las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Atención médica urgente	Dentro de las 48 horas
Atención primaria de rutina	Dentro de los 30 días hábiles de la solicitud
Cita de atención preventiva	Dentro de los 30 días hábiles de la solicitud
Atención sintomática no urgente	Dentro de los 7 días hábiles de la solicitud
Atención especializada	Dentro de las 6 semanas de la solicitud
Atención especializada aguda	Dentro de los 5 días hábiles de la solicitud

Tipo de atención médica/cita	Plazo
Salud conductual*	- De inmediato para emergencias potencialmente mortales - Atención médica rutinaria dentro de los 10 días hábiles de la solicitud - Emergencia que no pone en riesgo la vida dentro de las 6 horas posteriores a la solicitud - Atención médica urgente dentro de las 48 horas de la solicitud

*La Salud conductual se limita a los Servicios cubiertos

Pautas de citas dentales	Plazo
Servicios dentales de emergencia	De inmediato - las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Atención médica urgente	Dentro de las 48 horas

Pautas de citas dentales	Plazo
Atención médica rutinaria	Dentro de los 21 días hábiles de la solicitud
Atención preventiva	Dentro de las 6 semanas de la solicitud
Cita inicial	Dentro de las 8 semanas posteriores a la solicitud

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) si tiene problemas para programar o no puede conseguir una cita en el plazo correspondiente. Si tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencias.

Servicios preventivos para mujeres

Las mujeres pueden consultar a un obstetra/ginecólogo de Molina Healthcare o a un especialista en salud femenina si necesitan atención de control para mujeres. No hay ningún costo por recibir estos servicios. Si bien Molina Healthcare of Michigan no requiere referidos, consulte a su PCP para asegurarse de que no haya otras necesidades de referidos.

- Las mujeres de 50 años o más deben hacerse una mamografía para detectar el cáncer de mama una vez al año.

- Las mujeres se deben realizar una prueba de Papanicoláu cada año para detectar el cáncer de cuello uterino.
- Las mujeres de entre 16 y 25 años sexualmente activas deben hacerse la prueba de clamidia una vez al año para detectar esta enfermedad de transmisión sexual (ETS).

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer: los beneficios médicos de las mujeres incluyen servicios de reconstrucción mamaria si los desea después de una mastectomía.

Servicios de planificación familiar

Los Servicios de planificación familiar están cubiertos. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Asesoramiento para ayudarlo a decidir cuándo tener hijos.
- Ayudarlo a decidir cuántos niños desea tener.
- Información y recetas para anticonceptivos. Por ejemplo, preservativos y píldora anticonceptiva. No hay ningún costo por la compra de estos artículos.
- Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Si bien Molina Healthcare of Michigan no requiere referidos, consulte a su PCP para asegurarse de que no haya otras necesidades de referidos

para recibir servicios de planificación familiar. Puede obtener servicios de planificación familiar de cualquier médico, clínica o departamento de salud local, dentro o fuera de la red. Los servicios de planificación familiar son voluntarios y confidenciales. Medicaid pagará todos los servicios que se reciban fuera de la red. Utilizará su tarjeta mihealth para recibir los servicios.

Atención de maternidad y prenatal

La atención temprana es importante para la salud de la embarazada y su bebé.

- Si cree estar embarazada, llame a su doctor y pida una cita. Es importante comenzar el cuidado prenatal en las primeras 12 semanas de embarazo.
- Si bien Molina Healthcare of Michigan no requiere referidos, consulte a su PCP para asegurarse de que no haya otras necesidades de referidos para recibir los servicios de atención de maternidad de rutina.
- Si necesita ayuda para encontrar un médico, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).
- Si necesita ayuda para concertar una cita con el médico, llame al personal de enfermería del M.O.M. al (888)-898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

- Asegúrese de acudir a su médico inmediatamente después de tener a su bebé para recibir el cuidado de seguimiento (entre 3 y 8 semanas, o entre 21 y 56 días después del nacimiento de su bebé). Si tuvo una cesárea, el seguimiento sería dentro de 1-2 semanas de la cirugía.
- Ofrecemos servicios prenatales, de posparto y de maternidad.
- Ofrecemos información sobre dietas, ejercicios y otros servicios importantes de atención médica.

Al momento del nacimiento, su hijo se convierte en miembro de Molina Healthcare. Es importante que le informe a su trabajador del MDHHS y a Molina el nacimiento de su hijo lo antes posible. Si tiene preguntas sobre la inscripción de su recién nacido en Molina Healthcare, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Nos aseguraremos de lo siguiente:

- Su bebé obtenga asistencia médica
- El médico de su bebé aparece en la tarjeta de identificación de Molina Healthcare

Servicios del Programa de Salud Materno Infantil (Maternal and Infant Health Program, MIHP)

El Programa de salud materno infantil (Maternal and Infant Health Program, MIHP) es un servicio cubierto que ayuda a las mujeres miembro embarazadas y sus bebés a recibir la alimentación, apoyo y transporte adecuados para todos los servicios de salud. El Programa también lo ayuda a entender la importancia de recibir el cuidado prenatal, los controles preventivos del niño y las inmunizaciones cuando están programados.

Este programa de visita domiciliaria ayuda a fomentar los embarazos saludables, los partos con resultados positivos y el desarrollo saludable del bebé. Estos servicios incluyen lo siguiente:

Para la mamá y el bebé:

- Información sobre anticoncepción.
- Asesoramiento nutricional, el programa WIC y distribuidores de alimentos.
- Educación sobre parto y lactancia.
- Transporte a citas médicas y del programa WIC.
- Cunas/sillas infantiles para el auto/seguridad de la silla infantil para el auto.
- Asistencia para la vivienda.
- Clases de crianza.
- Educación sobre el cuidado y la seguridad de bebés.

Usted y su bebé pueden recibir la visita de una enfermera en su hogar o en el lugar de su elección.

Servicios dentales:

Las mujeres embarazadas reciben atención dental gratuita para limpiezas, empastes y otros servicios.

Visite MolinaHealthcare.com/ProviderSearch para encontrar un dentista.

Dejar de fumar:

Fumar durante el embarazo puede dañar a su bebé. Visite <https://michigan.quitlogix.org> si necesita ayuda para dejar de fumar o fumar menos.

WIC:

El Programa de Nutrición Suplementario para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) ofrece a las mujeres embarazadas y niños pequeños alimentos y otros servicios de forma gratuita. No es necesario que le pida a su PCP los servicios del WIC. Visite <https://tinyurl.com/Michigan-WIC> para obtener más información.

Si desea más información sobre estos servicios de apoyo, llame al Programa de M.O.M. al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Servicios cubiertos

Proceso de aprobación

La Aprobación previa o Autorización previa (Prior Approval/Prior Authorization, PA) es una solicitud de servicio de su médico. Usted no la necesita para la mayoría de los servicios médicos. Pero, algunos servicios sí requieren de una aprobación previa. El personal médico de Molina Healthcare y su médico revisan la necesidad de esta atención antes de brindar los servicios. Se aseguran de que sea adecuada para su afección médica.

Para conocer la lista de servicios cubiertos que requieren Autorización previa, consulte la tabla

de Servicios cubiertos. También puede visitar MolinaHealthcare.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) -

Transporte en ambulancia	No se requiere Autorización previa (PA), excepto para ambulancias aéreas que no sean de emergencia.
Salud conductual: Salud mental	Se requieren PA para algunas pruebas neuropsicológicas y psicológicas y para terapia electroconvulsiva (electroconvulsive therapy, ECT) ambulatoria. Molina cubre los servicios de salud mental ambulatoria.
Análisis de plomo en sangre para miembros menores de 21 años	No se requiere PA.
Bombas de extracción de leche materna; uso personal; doble y eléctrica	No se requiere PA.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación	
Servicios de enfermera partera certificada	No se requiere PA.
Servicios de enfermera especializada en medicina familiar y pediatría certificada	No se requiere PA.
Servicios quiroprácticos (espalda)	No se requiere PA.
Servicios dentales para mujeres embarazadas miembros de Medicaid	Los servicios de rutina no requieren de PA. Los servicios dentales que no sean atención médica rutinaria requieren PA. Un médico dental participante brindará servicios dentales a embarazadas. Medicaid cubre lo siguiente: • Exámenes bucales periódicos • Extracciones • Servicios médicos preventivos y reconstituyentes • Dentaduras postizas y parciales

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación	
Servicios de diagnóstico (radiografías, análisis de laboratorio obtención de imágenes)	Servicios de diagnóstico seleccionados (incluidas TC, IRM, angiografía por resonancia magnética [MRA, por sus siglas en inglés], Tomografía por emisión de positrones [PET, por sus siglas en inglés] y tomografía computarizada por emisión de fotón único [SPECT, por sus siglas en inglés]) requieren PA.
Equipo médico duradero (como muletas y sillas de ruedas)	Algunos 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 los servicios de planificación familiar, los medicamentos, los suministros ni los dispositivos.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación	
Servicios de Centros de salud de calificación federal (FQHC), Clínicas de salud rural (RHC) y Centros de salud tribal (THC)	No se requiere PA. Puede elegir recibir servicios de un Centro de salud de calificación federal (Federally Qualified Health Center, FQHC), Clínica de salud rural (Rural Health Clinic, RHC) o Centro de salud tribal (Tribal Health Center, THC) ubicados en su condado. No es necesario que le solicite a su PCP los servicios de FQHC, THC o RHC. También puede obtener servicios de FQHC, RHC y THC fuera de la red sin autorización previa.
Servicios de habilitación y rehabilitación	Se requiere PA para fisioterapia, terapia ocupacional y evaluaciones del habla. No se requiere PA para servicios de habilitación.
Educación para la salud	No se requiere PA.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación	
Audífonos para todas las edades	No se requiere PA, a menos que se exceda el beneficio. • Audífonos: una vez cada 5 años • Se distribuyen 36 baterías desechables para aparatos auditivos cada 6 meses. • Moldes auditivos de repuesto: • 4 cada 12 meses por aparato auditivo (entre 0 y 2 años de edad) • 2 cada 12 meses por aparato auditivo (entre 3 y 12 años de edad) • 1 cada 12 meses por aparato auditivo (de 13 años de edad en adelante)
Servicios de atención médica domiciliaria	A partir del 1 de enero del 2020, se requiere PA después de la evaluación inicial más 6 consultas.
Servicios de cuidado paliativo	No se requiere PA.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación

Servicios hospitalarios para pacientes internados	Los servicios hospitalarios para pacientes internados (excepto admisiones de emergencia) y admisiones optativas, incluidos servicios de parto, y todas las cirugías para pacientes internados, requieren PA. Se exige notificación a Molina Healthcare dentro de las 24 horas de admisión o al siguiente día hábil para admisiones de emergencia. También incluye los Centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) y Centros de atención aguda a largo plazo (LTAC, por sus siglas en inglés).
Servicios de interpretación para miembros que no hablan inglés e interpretación telefónica para personas con impedimentos auditivos	No se requiere PA.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación

Servicios del Programa de salud materno infantil	No se requiere PA. Identificador de riesgo y hasta 9 visitas para la mamá con un proveedor del MIHP. Identificador de riesgo y hasta nueve 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.
Suministros médicos	Algunos suministros médicos requieren PA.
Servicios para bajar de peso médicamente necesarios	Se requiere PA.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación	
Servicios del centro de enfermería para estadía de rehabilitación o restauración intermitente o a corto plazo, hasta 45 días.	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 a fin de obtener información sobre los proveedores disponibles.
Servicios de obstetricia (atención de maternidad: prenatal y posparto, incluidos los servicios de embarazo de riesgo) y ginecológicos	No se requiere PA.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación	
Visitas al consultorio (rutina)	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: • Examen físico completo • Revisión y actualización de inmunizaciones • Exámenes de detección de enfermedades cardíacas apropiados para la edad (análisis de presión arterial, glucemia y colesterol) • Exámenes preventivos de detección de riesgo de cáncer (exploración pélvica, prueba de Papanicoláu, exámenes de detección colorrectal y de próstata) • Pruebas de enfermedades de transmisión sexual

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación	
Visitas al consultorio (rutina)	• Evaluación de signos de depresión • Asesoramiento sobre problemas con el alcohol, la depresión, la obesidad y el tabaco
Servicios fuera del estado/fuera del área (autorizados por el Plan)	Se requiere PA. Los servicios de emergencia no están incluidos.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Algunos servicios para pacientes ambulatorios requieren PA.
Servicios de actividades de promoción, incluida la atención para embarazadas y prevención infantil	No se requiere PA.
Clases de crianza y parto	No se requiere PA.
Servicios de podología (pies)	Si el médico es un PAR (proveedor participante), los servicios y procedimientos en el consultorio están cubiertos y no se requiere PA.
Servicios de médicos	No se requiere PA para profesionales PAR.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación	
Medicamentos recetados, incluidos ciertos medicamentos recetados de venta libre	Los medicamentos seleccionados, incluidos los inyectables y algunos medicamentos de venta libre, requieren PA. No hay ningún costo para usted por la compra de estos medicamentos.
Servicios preventivos	No se requiere PA. No hay ningún costo por recibir estos servicios.
Servicios del proveedor de atención primaria	No se requiere PA.
Prótesis y ortopedia	Se requiere PA.
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 la remisión de un proveedor.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación	
Vacunas (inmunizaciones)	No se requiere PA.
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, estos están cubiertos.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación	
Terapias (del lenguaje, fisioterapia, terapia ocupacional y terapias de apoyo en las actividades de la vida cotidiana), sin incluir los servicios suministrados a personas con discapacidades de desarrollo, los cuales se facturan a través de proveedores del Programa de servicios comunitarios de salud mental (CMHSP, por sus siglas en inglés) o Distritos escolares intermedios	Se requiere PA para lo siguiente: Terapia ocupacional: después de la evaluación inicial, más 36 consultas por año de tratamiento en el consultorio y en un entorno ambulatorio. Fisioterapia: después de la evaluación inicial, más 36 consultas por año de tratamiento en el consultorio y en entornos ambulatorios. Terapia del habla: después de la evaluación inicial, más 6 consultas en el consultorio y en entornos ambulatorios en el hogar.
Programa para dejar de fumar incluido el apoyo conductual y farmacéutico	No se requiere PA.
Servicios de trasplantes	Se requiere PA.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación	
Transporte, incluida ambulancia y otros transportes médicos de emergencia.	No se requiere PA, excepto para ambulancias aéreas 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 visión	No se requiere PA.
Examen preventivo del niño/EPsDT para niños menores de 21 años	No se requiere PA.
Servicios de especialistas de salud para mujeres	No se requiere PA.
Exámenes anuales preventivos para adultos	No se requiere PA.

Esta no es una lista completa. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio tiene cobertura, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Algunos hospitales y proveedores no pueden proporcionar ciertos servicios cubiertos que necesite por motivos morales o religiosos. Si tiene preguntas sobre un servicio o cómo acceder a los servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Sección de servicios no cubiertos

Servicios no cubiertos por Molina Healthcare

Molina Healthcare no pagará los servicios o suministros recibidos sin seguir las indicaciones de este manual. Los siguientes servicios no están cubiertos por Molina Healthcare, pero pueden ser suministrados por Medicaid u otro programa:

- Servicios de custodia en una residencia para ancianos
- Servicios dentales
 - ** Las mujeres embarazadas miembros de Medicaid son elegibles para servicios dentales
- Servicios del programa de exención basado en el hogar y la comunidad
- Servicios psiquiátricos para pacientes internados en hospitales
- Servicios reconstituyentes o de rehabilitación “esporádicos” o de corto plazo en un centro de enfermería después de 45 días

- Servicios de salud mental para los inscritos que cumplen con las pautas de la póliza de Medicaid para enfermedades mentales graves o trastornos emocionales graves
- Atención psiquiátrica durante la hospitalización parcial ambulatoria
- Servicios de ayuda domiciliaria o cuidado personal.
- Servicios suministrados por el distrito escolar y facturados a través de Distritos escolares intermedios
- Servicios, incluidas las terapias (habla, lenguaje, física, ocupacional), prestados a personas con discapacidades de desarrollo y que se facturan a través de proveedores del Programa de Servicios Comunitarios de Salud Mental o servicios por duplicado en un Distrito escolar intermedio
- Tratamiento contra el abuso de sustancias y servicios de desintoxicación
- Transporte para los servicios que no cubre Molina Healthcare
- Servicios del Programa de Lesiones Cerebrales Traumáticas

Servicios que no cubre Medicaid

Los siguientes servicios no están cubiertos por Medicaid:

- Abortos (optativos) y servicios relacionados. Los abortos y los servicios relacionados están cubiertos cuando

son médicamente necesarios para salvar la vida de la madre, si el embarazo es producto de una violación o incesto, si el tratamiento se debe a complicaciones médicas que ocurren como consecuencia de un aborto electivo o si es para tratar un aborto espontáneo, incompleto o con riesgo, o un embarazo ectópico.

- Servicios para el tratamiento de infertilidad.
- Medicamentos, procedimientos y equipos experimentales/en fase de investigación.
- Cirugía cosmética (electiva).

Esta no es una lista completa de los servicios que no están cubiertos por Medicaid o Molina Healthcare. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio tiene cobertura, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). También puede llamar si necesita ayuda para obtener estos servicios.

Si debe consultar a un médico que no es parte de Molina

Si un proveedor de Molina Healthcare no puede brindarle los servicios cubiertos y necesarios, Molina Healthcare deberá cubrir los servicios necesarios a través de un proveedor que se encuentre fuera de la red. Su costo no puede ser más de lo que sería si el proveedor fuese parte de la red de Molina Healthcare. Esto deberá realizarse de manera oportuna siempre que la red de proveedores de Molina no pueda ofrecer ese servicio.

Si usted está fuera del área de servicios de Molina Healthcare y necesita atención médica que no es de emergencia, el proveedor deberá contactar primero a Molina Healthcare para recibir aprobación antes de brindar ningún servicio. Es importante que recuerde que debe recibir servicios que Molina Healthcare cubre en los centros y proveedores que pertenezcan a la red de Molina Healthcare.

Telesalud

Telesalud es el acceso a doctores por teléfono o video, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Nuestros proveedores autorizados por el Consejo Médico de EE. UU. pueden diagnosticar, atender e incluso recetar medicamentos, si es necesario, para una amplia variedad de necesidades médicas, como gripe, alergias, sarpullidos, molestias estomacales y mucho más. Si su proveedor ofrece servicios de telesalud, estos están cubiertos.

Cuidado urgente frente a Sala de emergencias

¿Sabía usted que hay otros lugares donde acudir para recibir tratamiento además de la Sala de emergencias (Emergency Room, ER) cuando su necesidad médica no es potencialmente mortal? Estos lugares se llaman Clínicas de atención médica urgente y fuera del horario de atención.

¿Qué son las Clínicas de atención médica urgente y fuera del horario de atención?

Las Clínicas de atención urgente y fuera del horario de atención tratan problemas médicos que no pueden esperar hasta su próxima visita al doctor, pero no son potencialmente mortales.

Ventajas de la Clínica de atención médica urgente y fuera del horario de atención

- Tiempos de espera más breves
- Atención sin cita previa
- Muchas están abiertas por las noches y los fines de semana
- Los pacientes reciben atención médica de las mismas personas que una sala de emergencias o una clínica de atención médica primaria

Si no puede ver a su médico, puede ir a una Clínica de atención médica urgente o fuera del horario de atención en los siguientes casos:

- Esguince o torsión de tobillo
- Tos, catarro o dolor de garganta
- Erupción cutánea leve
- Dolor de oído
- Cortes, golpes y esguinces
- Fiebre o síntomas de gripe
- Cuidado general de heridas.
- Mordida de un animal
- Infección del tracto urinario
- Fiebre
- Asma leve
- Vacuna contra la gripe

Debe acudir a la ER si sufre una lesión o enfermedad súbita, como las siguientes:

- Envenenamiento (número de teléfono gratuito del Centro de toxicología: [800] 222-1222, TTY: 711)
- Sangrado excesivo
- Quemadura muy grave
- Mucha dificultad para respirar (problema respiratorio)
- Sobredosis de drogas
- Herida de bala
- Dolor en el pecho
- Fracturas

Recuerde...

- Su médico
- Clínica de atención médica urgente y fuera del horario de atención
- Sala de emergencias

Si cree que tiene una emergencia potencialmente mortal, llame al 911.

Para encontrar una clínica de atención urgente o una clínica que atienda fuera del horario de atención cercana, llame a la Línea de Consejos de Enfermeras, disponible las 24 horas, de Molina Healthcare of Michigan al (888) 275-8750 (inglés) o al (866) 648-3537 (español) TTY: 711.

Cómo obtener atención de emergencia

Molina Healthcare cubrirá todos los servicios de emergencia sin autorización previa en los casos en que una persona, que actúe de manera razonable, considere que tiene una emergencia.

Debe recibir atención de emergencia si tiene dolores fuertes o una lesión o enfermedad grave que vaya a causar una discapacidad de por vida o la muerte si no recibe tratamiento inmediato.

Ejemplos de afecciones de emergencia:

- Dolores torácicos o ataques al corazón
- Asfixia o dificultad para respirar
- Sangrado excesivo
- Envenenamiento
- Fracturas

Si es posible, llame a su PCP o al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). Pueden ayudarlo a recibir la atención necesaria. Si no puede llamar a su PCP o a Molina Healthcare, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano para recibir atención de emergencia.

SIEMPRE LLEVE CON USTED SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MOLINA HEALTHCARE Y LA TARJETA MIHEALTH Y MUESTRE SU IDENTIFICACIÓN VÁLIDA CUANDO VAYA A LA SALA DE EMERGENCIAS. NUNCA ACUDA A UNA SALA DE EMERGENCIAS POR ATENCIÓN MÉDICA RUTINARIA.

Molina Healthcare también cubrirá traslados de emergencia al hospital. Llame al 911 cuando tenga una emergencia y necesite transporte inmediato.

Molina Healthcare tiene una Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas que puede ayudarlo a comprender y recibir la ayuda médica que necesita. Llame al (888) 275-8750 para atención en inglés o al (866) 648-3537 para atención en español.

Quizás necesite atención después de dejar la sala de emergencias. De ser así, no asista a la sala de emergencias para la atención médica posterior. Programe una cita con su médico. Si necesita ayuda para ver a un médico, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). Si no tiene una emergencia, no vaya a la sala de emergencias. Llame a su médico. Si necesita atención médica que no es de emergencia después del horario de atención habitual, también puede visitar un Centro de cuidado urgente. Puede encontrar los Centros cuidado urgente en el directorio de proveedores. Si necesita ayuda para encontrar un centro, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). También puede visitar **MolinaHealthcare.com**.

Fuera del estado/fuera del área

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

- Vaya al centro de cuidado urgente o sala de emergencias más cercana para recibir atención. El hospital o el centro de cuidado urgente puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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.

Medicamentos cubiertos

Molina Healthcare utiliza la misma lista de medicamentos preferidos (PDL) única que todos los planes de Atención Médica Administrada de Medicaid y de pago por cada servicio (FFS, por sus siglas en inglés) de Medicaid en Michigan.

Este uso compartido de una lista única de medicamentos entre todos los planes de atención médica administrada y de pago por cada servicio ayuda a los recetadores y los miembros a saber qué medicamentos están cubiertos con autorización previa o sin esta.

Para asegurarse de que reciba la atención médica que necesita, quizás solicitemos que su proveedor nos envíe una solicitud, denominada autorización previa (PA). Su proveedor deberá explicar por qué necesita cierto medicamento o una cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar la solicitud de PA antes de que pueda recibir el medicamento. Los siguientes son motivos por los cuales podemos requerir PA de un medicamento:

- Existe un medicamento sin una marca registrada u otro medicamento alternativo disponible.
- El medicamento se puede usar mal o se puede abusar de su uso.
- El medicamento figura como fármaco no preferido en la Lista de medicamentos preferidos (PDL).
- Debe probar otros medicamentos primero.

Algunos medicamentos también pueden tener límites de cantidad y algunos medicamentos en ningún caso tienen cobertura. Los siguientes son medicamentos que nunca tienen cobertura:

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

Si no aprobamos una solicitud de PA para un medicamento, le enviaremos una carta. La carta le explicará cómo puede apelar nuestra decisión. También detallará sus derechos a una audiencia justa estatal.

Algunos medicamentos requieren el uso del genérico cuando está disponible. Si su proveedor cree que usted necesita un medicamento de marca registrada, puede presentar una solicitud de PA. Molina Healthcare tiene un proceso para determinar si debe aprobar un medicamento de marca.

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. Recuerde surtir sus medicamentos antes de salir del estado.

Consulte nuestro Directorio de proveedores para encontrar farmacias de la red. Para encontrar farmacias de la red, visite **MolinaHealthcare.com**, seleccione "Medicaid", luego "Qué está cubierto" y, a continuación, "Medicamentos de venta con receta". También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) para encontrar una farmacia de la red cerca de usted.

Para acceder al Formulario de medicamentos comunes de Michigan, también puede ingresar a **MolinaHealthcare.com**, seleccionar "Medicaid", luego "Qué está cubierto" y, a continuación "Medicamentos de venta con receta". Para solicitar una copia impresa o electrónica de nuestro formulario, sin costo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Medicamentos de farmacia especializada

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 su receta en

la farmacia, recibirá orientación del seguro y apoyo clínico especializado, por teléfono, de un grupo de expertos en farmacia especializada, capacitados en cada área terapéutica, disponibles las 24 horas, los 365 días del año. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) para obtener más información.

Segundas opiniones

Si no está de acuerdo con el plan de atención médica que su proveedor tiene para usted, tiene derecho a una segunda opinión. Hable con otro proveedor o con un proveedor fuera de la red. Este servicio se ofrece sin costo alguno. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) para saber cómo obtener una segunda opinión.

Apoyos y servicios comunitarios

Los apoyos y servicios comunitarios tratan necesidades de salud, fomentan la prevención y educación para la salud y están creados para satisfacer las necesidades de la comunidad. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) para saber dónde y cómo recibir ayudas y servicios comunitarios.

Salud mental

Molina Healthcare cubre visitas ambulatorias para servicios de salud mental. Si bien Molina Healthcare of Michigan no requiere referidos, consulte a su PCP para asegurarse de que no hay otras necesidades de referidos para recibir servicios de salud mental. Asegúrese de ir a un proveedor de salud mental de Molina. Si padece de alguna enfermedad mental grave, es posible que se lo remita al Programa de Servicios de Salud Mental de la Comunidad de su condado. Si tiene preguntas al respecto, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Abuso de sustancias

Usted puede tener un problema de abuso de sustancias si:

- Alguien le dijo alguna vez que debe reducir el consumo de alcohol.
- Su consumo de alcohol o su conducta es molesta para otras personas.
- Se siente culpable por beber o tomar drogas.
- Alguna vez ha tomado una bebida a primera hora de la mañana para tranquilizar los nervios o deshacerse de la resaca.

Pida ayuda. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios.

Equipo médico duradero

Molina Healthcare cubre los equipos médicamente necesarios. Para obtener más información, llame a su PCP o al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Servicios de cuidado paliativo

El servicio de cuidado paliativo es un programa cubierto que brinda atención para pacientes terminales. Si desea obtener más información sobre el cuidado paliativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Servicios de Centros de salud de calificación federal (FQHC), Clínicas de salud rural (RHC) y Centros de salud tribal (THC)

Puede elegir recibir servicios de un Centro de salud de calificación federal (Federally Qualified Health Center, FQHC), Clínica de salud rural (Rural Health Clinic, RHC) o Centro de salud tribal (Tribal Health Center, THC) ubicados en su condado. No es necesario que le pida a su PCP los servicios de FQHC, RHC o THC.

Puede también recibir servicios de FQHC, RHC y THC fuera de la red sin aprobación previa.

Servicios para dejar de fumar

Molina Healthcare cubre servicios para dejar de fumar para todos los miembros, incluidos los servicios de diagnóstico, de terapia y de asesoramiento y farmacoterapia (incluida la cobertura de medicamentos recetados y agentes sin receta para dejar de fumar aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos [FDA, por sus siglas en inglés]).

Para inscribirse en el programa “I Can Quit”, llame a la Línea gratuita para dejar de fumar de Michigan (Michigan Tobacco Quit Line) al (800) 480-7848. El tabaquismo es la principal causa evitable de enfermedades y muertes prematuras. Sin importar su edad, o el tiempo que hace que fuma o consume tabaco, es importante dejar de hacerlo. Dejar de fumar reduce el riesgo de cáncer de pulmón, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y enfermedades pulmonares.

Estos son algunos beneficios de dejar de fumar:

Después de 20 minutos: la presión arterial disminuye

- Después de 24 horas: se reduce la posibilidad de sufrir un ataque al corazón
- Después de 1 año: se reduce el alto riesgo de padecer enfermedades cardíacas
- Después de 5 a 15 años: se reduce el riesgo de padecer accidentes cerebrovasculares

Hay muchas maneras de dejar de fumar. Es posible que hasta deba probar diferentes maneras antes de lograrlo. No pierda las esperanzas. Lo

importante es que deje de fumar. Tenga en cuenta que nunca es tarde... especialmente si vive con una enfermedad crónica.

CONSEJOS PARA AYUDARLO A DEJAR DE FUMAR:

1. Admita que tiene un problema, a usted mismo y a las personas que lo rodean.
2. Lleve un registro de cuándo y por qué fuma.
3. Establezca una fecha para dejarlo.
4. Limite el tiempo que pasa con personas fumadoras.
5. Escriba una lista de motivos para no fumar. Tenga esa lista con usted. Asegúrese de revisar estos motivos cuando sienta la necesidad de fumar.
6. Hable con su médico sobre las opciones de tratamiento.
7. Llame a la línea gratuita para dejar de fumar de Michigan (Michigan Tobacco Quit Line) al (800) 480-7848 para inscribirse en el programa "I Can Quit".

Cómo acceder a los servicios hospitalarios

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Debe tener una autorización previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de emergencia o servicios de atención médica urgente. Sin embargo, si usted obtiene servicios en un hospital o si es admitido en el hospital para servicios de emergencia o atención médica urgente fuera del área, se cubrirá su hospitalización.

Servicios médicos/quirúrgicos

Cubrimos los siguientes servicios para pacientes internados en el hospital o centro de rehabilitación participante, cuando los servicios son proporcionados general y habitualmente por hospitales generales de atención aguda o centros de rehabilitación dentro de nuestra área de servicio:

- Habitación y comidas, incluso una habitación privada si es médicamente necesario
- Atención especializada y unidades de cuidado intensivo
- Atención de enfermería general y especializada
- Quirófano y habitación de recuperación
- Servicios de proveedores participantes, incluidas las consultas y el tratamiento por parte de especialistas
- Anestesia
- Medicamentos recetados de acuerdo con las pautas del Formulario de medicamentos (para medicamentos recetados con el alta hospitalaria, diríjase a "Medicamentos Recetados")
- Materiales radioactivos utilizados con fines terapéuticos
- Equipo médico duradero y suministros médicos
- Diagnóstico por imágenes, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales,

incluidos IRM, TC y PET e imágenes de ultrasonido

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

Información y pago a proveedores

Puede solicitar información sobre los siguientes elementos relacionados con nuestros proveedores:

- Información de la licencia
- Cómo el plan paga a los proveedores
- Títulos
- Qué servicios necesitan autorización previa

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711), si tiene preguntas.

Molina Healthcare no impide que nuestros proveedores puedan hacer lo siguiente:

- Hablar en nombre de usted, el miembro
- Hablar del tratamiento y de los servicios
- Hablar de los arreglos de pago entre el médico y el plan

No dude en consultarnos sobre si tenemos acuerdos especiales con nuestros médicos que puedan afectar los referidos y otros servicios que pueda necesitar. Sepa que su salud es nuestra prioridad principal. No les pagamos a nuestros proveedores ni los alentamos de ninguna manera a dejar de brindar o denegar atención o servicios médicos. Las decisiones sobre su atención médica se basan en la necesidad médica.

Pago de la prima de MICHild

Molina Healthcare of Michigan cubre a miembros de MICHild con los mismos excelentes beneficios de Medicaid. Su cobertura es la misma, pero deberá pagar una prima.

El pago de la prima de MICHild es de \$10 por familia, por mes. MICHild le enviará una carta si tiene que pagar una prima. Si tiene alguna pregunta con respecto a la prima, llame a MICHild al (888) 988-6300 o TTY: (888) 263-5897.

Pagos y facturas de Medicaid

No hay copagos ni otros cargos por servicios médicos cubiertos. Si recibe una factura de un proveedor del plan por un servicio autorizado y cubierto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros. Nosotros lo ayudaremos. Puede que tenga que pagar servicios que no están cubiertos.

Quizás también deba pagar los servicios de los proveedores que no son parte de nuestra red. Si los servicios se prestaron ante una emergencia, no tiene que pagar nada. Si necesita asistencia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Conocer lo nuevo

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

- Servicios médicos
- Servicios para la salud mental
- Medicamentos
- Equipos

Cancelación de inscripción

Molina Healthcare puede pedir la cancelación de su inscripción en nuestra membresía por conductas abusivas, amenazantes o violentas hacia médicos y personal del médico o personal de Molina Healthcare. Puede solicitar una excepción a la inscripción si tiene una afección médica grave y recibe tratamiento activo por esa afección con un médico que no participa del plan de salud al momento de la inscripción.

Puede solicitar una “cancelación de inscripción con causa” de Molina Healthcare en cualquier momento durante el período de inscripción, que le permita inscribirse en otro plan de salud. A continuación, se indican los posibles motivos:

- Falta de acceso a los proveedores o servicios especializados necesarios
- Inquietudes con respecto a la calidad de la atención
- Los servicios no se prestan debido a objeciones morales o religiosas
- Si el período de inscripción abierta no estuvo disponible debido a la pérdida temporal de la elegibilidad de Medicaid

Otro seguro

Molina Healthcare necesita saber si usted tiene otro seguro médico además de su cobertura de Medicaid de Molina. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). Esto nos ayudará a administrar sus beneficios correctamente. Si Molina Healthcare no conoce su información de salud adicional, puede experimentar demoras en la farmacia u otros lugares de proveedores de atención médica.

Servicios de atención médica especial para niños (CSHCS)

El Programa de Servicios de atención médica especial para niños (CSHCS, por sus siglas en inglés) es un programa del estado de Michigan para niños y algunos adultos con necesidades de atención médica especiales. Molina ofrece estos servicios de atención médica y trabajará con las familias para coordinar la atención. Para los servicios cubiertos, brindaremos traslados gratuitos, ayudaremos a abordar las necesidades de farmacia y suministros médicos que receten los diversos médicos. Los miembros de CSHCS no tienen copagos. Los miembros de CSHCS reciben el mismo nivel de atención que se brinda a todos los miembros de Molina. CSHCS cubre más de 2,700 diagnósticos médicos.

Beneficios adicionales para los inscritos en los planes de salud de Medicaid con servicios de atención médica especial para niños

1. Ayuda de su Departamento de salud local con lo siguiente:
 - Recursos comunitarios: escuelas, salud mental comunitaria, apoyo financiero, cuidado de niños, primeros años y el Programa de Nutrición Suplementario para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
 - Transición a la edad adulta
 - Ortodoncia
 - Solo para diagnóstico específico de calificación de CSHCS, como paladar hendido/labio leporino
 - Servicio médicamente necesario, relacionado con la afección
 - No es para fines estéticos
2. Cuidado temporal de relevo
 - CSHCS cubre 180 horas de servicios de cuidado de respiro por año cuando el beneficiario requiere enfermería especializada y un asesor de enfermería de CSHCS determina que es apropiado
2. Ayuda del Centro familiar para niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica
 - Línea telefónica de CSHCS para familias: un número telefónico gratuito (800) 359-3722 disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Red de apoyo entre padres
 - Programas de entrenamiento de padres/profesionales
 - Ayuda financiera para ir a conferencias sobre afecciones médicas de CSHCS y “Relatively Speaking”, una conferencia para hermanos de niños con necesidades especiales
3. Ayuda del fondo de Necesidades especiales para niños El fondo de CSN

ayuda a las familias del programa CSHCS a obtener elementos no cubiertos por Medicaid ni por CSHCS. Para saber si cumple los requisitos para la ayuda del fondo de CSN, llame al (517) 241-7420.

Algunos ejemplos:

- Rampas para sillas de ruedas.
- Amarres y elevadores para camionetas.
- Triciclos terapéuticos.
- Aire acondicionado.
- Equipo recreativo adaptable.
- Mejoras a la instalación eléctrica de equipos elegibles.

Para obtener más información, llame a nuestro personal especialmente capacitado de CSHCS al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT)

La Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) brinda servicios de atención médica preventiva e integral para niños menores de 21 años inscritos en Medicaid. EPSDT se asegura de que los miembros reciban los servicios de especialidad, desarrollo, salud mental, dentales y preventivos adecuados. Estos servicios se ofrecen sin costo alguno. Si desea obtener más información sobre el programa EPSDT, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

Quejas y Apelaciones

Presentar una queja o una apelación Proceso de Quejas

Puede presentar una queja ante Molina Healthcare si no está satisfecho con el plan de salud. Esto se llama querella. También puede presentar una queja si no está satisfecho con uno de nuestros proveedores.

Puede presentar una queja por teléfono o por escrito. El Especialista en Apelaciones y Quejas (AnG, por sus siglas en inglés) de Molina Healthcare puede ayudarlo a redactar la queja. Si desea presentar una queja, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711). También puede enviar una queja por escrito a la siguiente dirección: Molina Healthcare of Michigan
Attention: Appeals and Grievance Department
880 West Long Lake Road, Suite 600
Troy, MI 48098-4504

Si su representante envía la queja y nosotros no recibimos su aprobación por escrito de ese representante, no comenzaremos el proceso de la queja hasta recibirla. Usted debe informarnos sobre su Representante autorizado por escrito, mediante un Formulario de designación de representante autorizado. Vamos a tomar una decisión con respecto a su queja en un plazo de 90 días naturales desde su recepción.

El Especialista en AnG analizará su queja. El Especialista en AnG indagará a otros miembros del personal con conocimientos sobre el tema. Puede ser un enfermero o médico que sepa acerca del problema (si se trata de un problema médico). Molina Healthcare mantendrá un registro por escrito de su queja. Será confidencial (privado). Las quejas sobre la atención médica que recibe se envían al Departamento de Mejoramiento de Calidad. Este Departamento analizará la queja con más detalle.

Proceso de apelaciones

Hay dos tipos de apelaciones internas: Apelación estándar y Apelación acelerada (rápida). Primero debe apelar a Molina antes de poder solicitar la Apelación externa.

Apelación estándar

Puede presentar una apelación si Molina Healthcare denegó, suspendió, finalizó o redujo un servicio solicitado. Esto se llama determinación adversa de beneficios.

- Tiene 60 días naturales desde la fecha de la determinación adversa de beneficios original para presentar una apelación.
- Usted tiene derecho a apelar por teléfono o por escrito ante el Revisor de apelaciones designado para Molina Healthcare. El Especialista en AnG de Molina Healthcare puede ayudarlo a escribir su apelación. Después de la apelación verbal u oral se

debe presentar una escrita y firmada. Si desea presentar una apelación, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

También puede enviar una Apelación al número de fax (248) 925-1799 o por escrito a: Molina Healthcare of Michigan
Attention: Appeals and Grievance Department
880 West Long Lake Road, Suite 600
Troy, MI 48098-4504

Su solicitud escrita deberá incluir lo siguiente:

- Su nombre
- Dirección
- Número de miembro
- Motivos de la apelación
- Evidencia que desee que se revise, como registros médicos, cartas de médicos u otra información que explique el motivo por el cual necesita el artículo o servicio. Llame a su médico si necesita esta información.
- Usted tiene derecho a incluir un Representante autorizado (cualquier persona que elija, incluso un abogado) durante el proceso de apelaciones y para que asista a la audiencia de Apelaciones. Usted debe informarnos sobre su Representante autorizado por escrito,

mediante un Formulario de designación de representante autorizado. Si su representante envía la apelación y nosotros no recibimos su aprobación escrita de ese representante, no comenzaremos el proceso de apelación hasta después de haberla recibido.

- Molina brindará al Miembro o su representante el archivo del caso del Miembro a pedido, incluidos los registros médicos, otros documentos y registros, y toda evidencia nueva o adicional que Molina considere, analice o genere en relación con la apelación de la determinación adversa de beneficios. Esta información se brindará sin cargo y antes del plazo de resolución para apelaciones.
- Usted puede presentar toda información que considere que ayude al Revisor de apelaciones designado a tomar una mejor decisión.
- El Especialista en AnG le informará el horario y lugar en que se llevará a cabo el proceso de apelación.
- Molina Healthcare usará un Revisor de apelaciones designado que no haya participado en la decisión inicial de revisión. El Revisor de apelaciones designado es un profesional de atención médica que tiene la experiencia clínica adecuada para tratar su

condición o enfermedad. Se le enviará una decisión por correo dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha en que Molina Healthcare recibió su apelación. Molina Healthcare se comunicará con usted de una manera que usted entienda.

- Se permiten 14 días naturales adicionales para obtener registros médicos u otra información médica importante si es que solicita más tiempo, o si el Plan puede demostrar que la demora es para su conveniencia. Recibirá una notificación escrita de esta extensión.
- El Especialista asociado en apelaciones del miembro lo ayudará a presentar apelaciones por escrito, incluidos los servicios de intérprete necesarios. Se encuentra disponible la interpretación telefónica para todos los idiomas. Los miembros con impedimentos auditivos deben usar la línea de retransmisión de Michigan llamando al (800) 649-3777 y los miembros que no hablen inglés tienen la ayuda de nuestros representantes bilingües, así como servicios de la Línea de idiomas para todos los idiomas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) para obtener ayuda.

- También puede solicitar ayuda al Programa de asistencia al consumidor de seguros de salud (HICAP, por sus siglas en inglés). Ofrecen ayuda gratuita con cualquier pregunta, inquietud, conflicto y queja que tenga.
Health Insurance Consumer Assistance Program (HICAP)
P.O. Box 30220
Lansing, MI 48909
Teléfono: (877) 999-6442
Página web: Michigan/HICAP
Correo electrónico: DIFS-HICAP@Michigan.gov
- Molina Healthcare continuará sus beneficios si se aplican todas las siguientes condiciones:
 - La apelación se presenta dentro de los plazos oportunos. La apelación se debe presentar:
 - * Dentro de los 10 días naturales posteriores a la determinación adversa de beneficios original de Molina Healthcare.
 - * Desde o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción.
 - La apelación implica la finalización, suspensión o reducción de un curso de tratamiento previamente autorizado.
 - Los servicios fueron solicitados por un médico autorizado.
 - El período de autorización no ha caducado.
 - Solicita beneficios permanentes.
- Si Molina Healthcare continúa o restablece sus beneficios mientras está pendiente la apelación, los beneficios continuarán hasta que se presente alguna de las siguientes situaciones:
 - Usted cancela la apelación.
 - Usted no solicita una Audiencia Imparcial Estatal en un plazo de 10 días naturales desde el momento en que Molina Healthcare envía por correo una determinación adversa de beneficios.
 - La Audiencia estatal justa toma una decisión adversa para usted.
 - La autorización caduca o se alcanzan los límites de la autorización.
- Si Molina Healthcare revierte la decisión de acción adversa o la Audiencia Imparcial Estatal revierte la decisión, Molina Healthcare debe pagar los servicios otorgados mientras esté pendiente la apelación, además de autorizar o brindar los servicios cuestionados lo antes posible según lo que requiera su afección médica.
- Es posible que deba pagar el costo de los servicios si se confirma la denegación.
- Molina Healthcare le notificará nuestra decisión por escrito.

Apelación acelerada (rápida)

Si usted o su médico consideran que el plazo habitual de 30 días naturales para apelaciones causará un daño a su salud o afectará sus funciones corporales normales, su apelación puede ser acelerada (rápida). Usted, su Proveedor o un Representante autorizado pueden presentar una apelación rápida dentro de los 10 días naturales posteriores a la fecha en que se recibió la determinación adversa de beneficios. En apelaciones rápidas le notificaremos nuestra decisión de forma verbal dentro de las 72 horas. Haremos el seguimiento por escrito en un plazo de 2 días. Tiene el derecho a solicitarnos una copia de las pautas de beneficios utilizadas para tomar la decisión. Puede solicitar una apelación rápida ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS, por sus siglas en inglés) después de haber presentado una apelación rápida ante Molina Healthcare. Si Molina Healthcare rechaza su solicitud de apelación rápida, podrá solicitar una revisión externa rápida ante el DIFS dentro de los 10 días naturales posteriores a la denegación.

Apelaciones externas

Existen dos tipos de Apelaciones externas después de que Molina rechace su apelación. Podrá presentar una Revisión externa ante el DIFS o una Audiencia estatal justa de Medicaid ante el MDHHS.

Departamento de seguros y servicios financieros

Puede pedir una revisión externa si no recibe respuesta dentro de los 30 días naturales de parte de Molina Healthcare. También puede pedir una revisión externa si no está conforme con el resultado de su apelación. Puede apelar por escrito ante el DIFS para una revisión externa. 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
(877) 999-6442
Número de fax: (517) 284-8848
En línea: <https://difs.state.mi.us/Complaints/ExternalReview.aspx>

Su solicitud escrita deberá incluir lo siguiente:

- Su nombre
- Dirección
- Número de miembro
- Motivos de la apelación
- Evidencia que desee que se revise, como registros médicos, cartas de médicos u otra información que explique el motivo por el cual necesita el artículo o servicio. Llame a su doctor si necesita esta información.

Deberá apelar por escrito ante el DIFS dentro de los 127 días naturales posteriores a la recepción

de la respuesta final de Molina Healthcare. Molina Healthcare puede explicarle el proceso de revisión externa. También le enviamos por correo los formularios de revisión externa. El DIFS le enviará la apelación a una Organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) para su revisión. Se le enviará una decisión por correo en 14 días naturales después de la aceptación de su apelación.

Usted, su Representante autorizado o su médico también pueden solicitar una decisión de apelación rápida por parte del DIFS a la misma dirección que figura más arriba, dentro de los 10 días naturales de haber recibido el aviso de resolución final de la apelación. El DIFS le enviará la apelación a una IRO para su revisión. Recibirá una decisión sobre su atención dentro de las 72 horas. Durante este plazo, sus beneficios continuarán.

Proceso de audiencia estatal justa

Si tiene problemas sobre la atención que recibe, primero debe presentar una apelación a Molina. Si no está conforme con la decisión de Molina, puede apelar directamente al MDHHS a través del proceso de Audiencia estatal justa. Esto se debe hacer dentro de los 120 días naturales del aviso de resolución final de la apelación. Molina Healthcare incluirá un formulario de solicitud de audiencia estatal con un sobre con franqueo prepago con nuestra decisión. A continuación, se presentan los pasos para el proceso de Audiencia justa de Medicaid del estado.

Paso 1 Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711); o a Michigan ENROLLS al (888) 367-6557 (TTY: [888] 263-5897), o a Michigan Office of Administrative Hearings and Rules al (800) 648-3397 para solicitar un formulario de solicitud de audiencia para usted. También puede llamar si tiene preguntas sobre el proceso de la audiencia.

Su solicitud escrita deberá incluir lo siguiente:

- Su nombre
- Dirección
- Número de miembro
- Motivos de la apelación
- Evidencia que desee que se revise, como registros médicos, cartas de médicos u otra información que explique el motivo por el cual necesita el artículo o servicio. Llame a su doctor si necesita esta información.

Paso 2 Complete el formulario de solicitud y envíelo a la dirección que aparece en el formulario. Molina lo ayudará a llenar y enviar el formulario de solicitud.

Paso 3 Se programará una audiencia. El estado realizará la audiencia. Podrá asistir a la audiencia en persona o por teléfono. Se le pedirá que le informe al estado el motivo por el cual no está de acuerdo con nuestra decisión. Puede pedirle ayuda a un amigo, pariente, defensor, proveedor o abogado.

Paso 4 El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan le enviará por correo los resultados después de la audiencia. En la decisión por escrito se le explicará si tiene derechos de apelación adicionales. Si su queja se soluciona antes de la fecha de su audiencia, debe llamar para pedir un formulario de solicitud de retiro de audiencia. Para solicitar este formulario, llame al (800) 648-3397. La dirección para solicitar este formulario de Retiro de solicitud de audiencia es:

Michigan Department of
Health and Human Services
Michigan Office of Administrative
Hearings and Rules
P.O. Box 30763
Lansing, MI 48909
Attn: Hearings/Appeals
(800) 648-3397
<https://courts.michigan.gov/self-help/mahs/pages/default.aspx>

Derechos y responsabilidades

Estos derechos y responsabilidades están publicados en los consultorios de los médicos. También están publicados en **MolinaHealthcare.com**. El personal y los proveedores de Molina Healthcare cumplirán con todos los requisitos relativos a sus derechos.

Los miembros de Molina Healthcare tienen los siguientes derechos:

- Obtener información sobre la estructura y el funcionamiento del plan de salud, sus servicios, sus proveedores médicos y otros proveedores, y sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros.
- Recibir un aviso sobre cualquier cambio significativo en el Paquete de Beneficios, al menos, treinta (30) días antes de la fecha de vigencia prevista del cambio.
- Elegir a su proveedor de atención primaria.
- Saber si se requiere un copago o una contribución.
- Conocer los nombres, la formación y la experiencia de sus proveedores de atención médica.
- Ser tratado con respeto, y recibir reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
- Tener acceso directo a la red de especialistas en salud femenina y proveedores de pediatría de los servicios cubiertos necesarios para proporcionar servicios de rutina y servicios médicos preventivos sin remisiones.

- Recibir los servicios de un Centro de Salud Acreditado a Nivel Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) y de una Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, RHC).
- Participar en la toma de decisiones con su médico acerca de su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento y a hablar abiertamente sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus problemas de salud, independientemente del costo o la cobertura.
- Recibir una respuesta imparcial y oportuna a las solicitudes de servicios.
- Expresar quejas o apelaciones acerca de la organización o la atención que se proporciona.
- Saber que su información de miembro se mantendrá en confidencialidad. Solo se utiliza en los informes enviados del estado para demostrar que el Plan está cumpliendo con las normas y las leyes estatales.
- Consultar cómo se le paga a su doctor.
- Poder presentar una apelación, una queja (reclamo) o solicitar una Audiencia Imparcial Estatal (cuando Molina haya tomado una decisión y usted no esté satisfecho con esa decisión).
- Obtener ayuda con la presentación de una apelación, una queja (reclamo) o solicitar una Audiencia Imparcial Estatal (cuando Molina haya tomado una decisión y usted no esté satisfecho con esa decisión).
- Recibir información y plazos para la presentación de una apelación, una queja o una Audiencia Imparcial Estatal.
- Hacer recomendaciones acerca de la política sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros del Plan.
- Utilizar cualquier hospital u otro establecimiento para recibir atención de emergencia.
- Recibir información detallada sobre la cobertura de emergencias y atención médica después de las horas de consulta.
- Recibir toda la información, como, entre otros, avisos de inscripción, materiales informativos, materiales educativos, opciones de tratamiento disponibles y alternativas. La información debe estar redactada de una manera y en un formato que sea de fácil comprensión.
- No sufrir ninguna forma de restricción o reclusión usada a modo de fuerza, control, conveniencia o represalia.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica sin costo y solicitar su corrección.
- Recibir servicios de atención médica cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS, por sus siglas en inglés).
- Recibir servicios de atención médica cubiertos.

- Ser libre de ejercer sus derechos sin afectar negativamente el trato que le brinda Molina, nuestros proveedores o el Estado.
- No ser objeto de otras conductas de discriminación prohibidas por las leyes estatales y federales.
- Presentar una solicitud de las pautas de la práctica clínica que se entregan a pedido.
- Obtener una segunda opinión médica.
- Obtener ayuda con cualquier necesidad lingüística especial.
- Recibir servicios de interpretación por teléfono de forma gratuita para todos los idiomas que no sean inglés, y no solo aquellos identificados como de uso frecuente.

Los miembros de Molina Healthcare tienen las siguientes responsabilidades:

- Proporcionar a Molina Healthcare, a sus médicos y a los proveedores la información necesaria para brindarle atención.
- Conocer, comprender y seguir los términos y condiciones del plan de salud.
- Seguir los planes e instrucciones del cuidado que haya acordado con sus médicos.
- Buscar información para hacer uso de los servicios.

- Participar en la toma de decisiones sobre su atención médica. Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas.
- Informar sobre otros beneficios del seguro, cuando cumpla con los requisitos de elegibilidad, al especialista del Departamento de Salud y Servicios Humanos y a la Línea de Ayuda para Beneficiarios llamando al (800) 642-3195, TTY (866) 501-5656.
- Presentar su tarjeta de identificación de Molina Healthcare, su tarjeta mihealth de Medicaid y un documento de identificación válido a todos los proveedores antes de recibir los servicios.
- No permitir que otra persona use su tarjeta de identificación de Molina Healthcare o su tarjeta mihealth de Medicaid.
- Elegir un proveedor primario, programar una cita dentro de los 60 días de la inscripción y establecer una relación con el proveedor que ha elegido.
- Programar citas para realizarse los chequeos médicos de rutina y las inmunizaciones (vacunas).
- Asistir a las citas médicas y llegar a tiempo.
- Proporcionar toda la información sobre su historial médico.
- Proporcionar toda la información sobre sus problemas médicos actuales.

- Hacer preguntas sobre su atención.
- Seguir las recomendaciones médicas de su proveedor.
- Respetar los derechos de otros pacientes y de los trabajadores de la salud.
- Utilizar los servicios de la sala de emergencias solo cuando crea que una lesión o una enfermedad podría ocasionarle la muerte o lesiones permanentes.
- Notificar a su proveedor principal si recibió un tratamiento de emergencia necesario y requiere de un cuidado de seguimiento.
- Informar cambios que puedan afectar su cobertura a su especialista del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Esto puede ser un cambio de domicilio, nacimiento de un hijo, fallecimiento, matrimonio o divorcio, o cambios en los ingresos.
- Solicitar de inmediato Medicare u otro seguro si es elegible.

Directivas anticipadas

(Poder notarial duradero para atención médica de Michigan)

Una directiva anticipada es un documento escrito de planificación de atención anticipada que explica cómo se tomarán las decisiones médicas para un paciente que no pueda expresar sus deseos sobre la atención médica.

El Poder notarial duradero para atención médica (DPAHC, por sus siglas en inglés) es el formulario de Directiva anticipada reconocido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (Ley Pública 386 de 1998). Esto le permite a usted elegir a otra persona para que tome las decisiones sobre su atención, custodia y tratamiento médico si no puede tomar esas decisiones usted mismo. De este modo, se cumple su deseo de aceptar o rechazar tratamiento cuando no pueda tomar esa decisión por usted mismo. Según la Ley de Michigan:

- Toda persona de 18 años o más, en pleno uso de sus facultades, puede tener un DPAHC en caso de que algo suceda y no pueda tomar sus propias decisiones.
- Esta ley le permite seleccionar a un pariente u otra persona como su defensor del paciente para tomar decisiones con respecto a su tratamiento médico por usted.
- Puede cambiar a la persona que designe como su defensor en cualquier momento.
- Puede escribir en el formulario los tipos de tratamiento que desea y los que no desea.
- Si escribe en el formulario que desea que su defensor de paciente ordene a los médicos que suspendan o retiren el tratamiento de soporte vital en ciertas situaciones, los médicos deben cumplir sus deseos.
- Se le recomienda llevar una copia de su DPAHC con usted en todo momento.

Si considera que un proveedor de atención médica no se está cumpliendo con su voluntad, o si no cumple con su DPAHC, puede presentar una queja ante:

**Department of Licensing and Regulatory Affairs
BPL/Investigations & Inspections Division**

PO Box 30670

Lansing, MI 48909-8170

(517) 373-9196 o a bhpinfo@michigan.gov

La página web de Quejas y Alegatos de la Oficina de Profesionales Médicos (BHP, por sus siglas en inglés) es www.michigan.gov/healthlicense (haga clic en "Professional Licensing" [Licencias Profesionales] y "File a Complaint" [Presentar una queja]).

Para presentar una queja por la manera en que el plan de salud satisface sus preferencias, escriba o llame al siguiente contacto:

**Department of Insurance and Financial Services
(DIFS)**

Número de teléfono gratuito: (877) 999-6442 o michigan.gov/difs.

Five Wishes

Five Wishes es el primer testamento vital que habla de sus necesidades personales, emocionales y espirituales, así como también de sus deseos médicos. Le permite elegir a la persona que desee que tome la decisión de atención médica por usted si no puede tomarla usted mismo. Five Wishes le permite decir exactamente cómo desea el tratamiento en caso de enfermar de gravedad.

Five Wishes es para personas mayores de 18 años, casadas, solteras, padres, hijos adultos y amigos.

Puede que ya tenga un testamento vital o un poder notarial duradero para atención médica. En cambio, si desea usar Five Wishes, todo lo que tiene que hacer es completar y firmar un nuevo formulario de Five Wishes según indicación. En cuanto lo firme, se anula cualquier directiva anticipada que haya tenido antes. Para asegurarse de que se utiliza el formulario correcto haga lo siguiente:

- Destruya todas las copias de su antiguo testamento vital o poder notarial duradero para atención médica. O escriba "revocado" en letra grande sobre la copia que tenga. Notifique a su abogado, si este lo ayudó a preparar esos formularios anteriores.
- Informe a su agente de atención médica, familiares y médico que ha completado un Five Wishes nuevo. Asegúrese de que sepan sus nuevos deseos.

Para pedir una copia de Five Wishes, comuníquese con:

Aging with Dignity

P.O. Box 1661

Tallahassee, Florida 32302-1661

(850) 681-2010

De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. EST

info@fivewishes.org

<https://fivewishes.org>

No hay ningún costo para usted por registrar su Directiva anticipada. No hay ningún costo para que los proveedores de atención médica tengan acceso a su Directiva anticipada.

Si registra su Directiva anticipada, siempre tendrá derecho a revocarla.

Fraude, derroche y abuso

El Plan de Fraude, Despilfarro y Abuso de Molina Healthcare beneficia a Molina, sus empleados, miembros, proveedores, pagadores y reguladores al aumentar la eficacia, reducir el despilfarro y mejorar la calidad de los servicios. Molina Healthcare se toma en serio la prevención, detección e investigación de fraude, despilfarro y abuso, y cumple con las leyes estatales y federales. Molina Healthcare investiga todos los casos de sospecha de fraude, despilfarro y abuso y los informa con la mayor brevedad a los organismos gubernamentales, de ser apropiado. Molina Healthcare toma medidas disciplinarias apropiadas, incluido el cese del empleo, el cese del estado de proveedor o la terminación de la membresía, entre otros.

Definición:

“Abuso” se refiere a las prácticas del proveedor que no son coherentes con las prácticas fiscales, comerciales o médicas correctas y generan un costo innecesario al programa Medicaid o un reembolso por servicios que no son médicamente

necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos de profesionalismo para la atención médica. También incluyen prácticas en el receptor que generan un costo innecesario al programa Medicaid. (42 CFR §455.2)

Estos son algunos ejemplos de abuso:

- Usar los servicios de una sala de emergencias por motivos que no sean de emergencia
- Consultar a más de un doctor para obtener la misma receta médica
- Comportarse de forma amenazante u ofensiva en un consultorio médico, un hospital o una farmacia
- Recibir cualquier servicio que no sea médicamente necesario

Definición:

“Fraude” es el engaño o la tergiversación intencional que realiza una persona a sabiendas de que el engaño podría generar un beneficio no autorizado para esa o alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituya un fraude según la legislación federal o estatal. (42 CFR § 455.2)

Estos son algunos ejemplos de fraude:

- Usar la tarjeta de identificación del miembro de otra persona.
- Cambiar una receta médica escrita por un médico.
- Cobrar por servicios no prestados.
- Cobrar por el mismo servicio más de una vez.

A continuación, encontrará algunas maneras de detener un fraude:

- No le entregue su tarjeta de identificación de Molina Healthcare, su tarjeta de identificación médica o el número de identificación a ninguna persona que no sea un proveedor de atención médica, una clínica u hospital y solo cuando recibe atención médica.
- Nunca le preste a nadie su tarjeta de identificación de Molina Healthcare.
- Jamás firme un formulario de seguro en blanco.
- Tenga cuidado al entregar su número de de seguro social.

Definición:

"Despilfarro" quiere decir un gasto de atención médica que se puede eliminar sin reducir la calidad de la atención. El despilfarro de calidad incluye sobreutilización, infrautilización y uso ineficaz. El despilfarro por ineficiencia incluye la redundancia, demoras y complejidad innecesaria de procesos. Por ejemplo: intento de obtener reembolso por artículos o servicios donde no hubo intención de engaño o declaración falsa, pero el resultado de los métodos de facturación equivocados o ineficientes (p. ej., codificación) provoca costos innecesarios para el programa Medicaid/Medicare.

Si cree que hubo fraude, despilfarros y abuso, puede informarlo de forma anónima:

En línea: www.MolinaHealthcare.alertline.com

Correo electrónico: MHMCompliance@MolinaHealthcare.com

Teléfono: (866) 606-3889

Fax: (248) 925-1797

Por correo postal común:

Molina Healthcare of Michigan

Attention: Compliance Director

880 West Long Lake Road, Suite 600

Troy, MI 48098-4504

O bien puede comunicarse:

En línea: www.michigan.gov/fraud

Teléfono: 1-855-MI-FRAUD (1-855-643-7283)

Por correo postal común:

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) Office of Inspector General

P. O. Box 30062

Lansing, MI 48909

Privacidad del miembro

Su privacidad es importante para nosotros.

Respetamos y protegemos su privacidad. Molina usa y comparte su información para brindarle a usted beneficios de salud. Molina desea mantenerlo informado sobre cómo se usa y se comparte su información.

Su Información Médica Protegida (PHI)

PHI son las siglas en inglés de información médica protegida (Protected Health Information). La PHI incluye su nombre, número de miembro u otros datos que se puedan usar para identificarlo y que Molina Healthcare usa o comparte.

¿Por qué Molina utiliza o comparte su Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI)?

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

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

Molina Healthcare necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no se haya especificado anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Revisar su PHI
- Obtener una copia de su PHI
- Enmendar su PHI
- Poder pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras
- Obtener una lista de lugares o personas a quienes les hemos proporcionado su PHI

¿Cómo protege Molina Healthcare su PHI?

Molina Healthcare emplea varias maneras para proteger la PHI a través de nuestro plan de salud. Esto incluye PHI en forma escrita, oral o en computadoras. A continuación, figuran algunas maneras en las que Molina Healthcare protege su PHI:

- Molina Healthcare tiene políticas y reglas para proteger la PHI.
- Solo el personal de Molina Healthcare que necesite conocer la PHI puede usarla.
- Se capacita al personal de Molina Healthcare para proteger y asegurar la PHI.
- El personal de Molina Healthcare debe acordar por escrito el cumplimiento de las reglas y de las políticas que protegen y resguardan la PHI.
- Molina Healthcare resguarda la PHI en nuestras computadoras. La PHI en nuestras computadoras se mantiene en privado mediante el uso de firewalls y contraseñas.

¿Qué puede hacer si cree que sus derechos de privacidad no se han protegido?

- Llame o escriba a Molina Healthcare para presentar una queja.
- Presente una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Lo mencionado anteriormente es solo un resumen. Nuestra Notificación de las normas de privacidad incluye más información sobre cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestra

Notificación de las normas de privacidad está incluida a continuación. También está disponible en nuestra página web **MolinaHealthcare.com**. También puede solicitar una copia de nuestra Notificación de las normas de privacidad llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DE MOLINA HEALTHCARE OF MICHIGAN

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of Michigan ("Molina" o "nosotros") usa y comparte Información médica protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud. Usamos y compartimos la información para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su información por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener la privacidad de la información médica. Tenemos políticas establecidas para obedecer la ley. La fecha de vigencia de este aviso es el 1 de marzo del 2007.

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

¿Por qué Molina Healthcare utiliza o comparte su PHI?

Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

Para tratamientos

Molina Healthcare puede usar o compartir su PHI para darle o facilitar su atención médica. Este tratamiento también incluye referencias entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

Para pagos

Molina Healthcare puede utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad del cobro que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica

Molina Healthcare puede usar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamo para informarle a usted acerca de un programa de salud que pudiera ayudarle. También

podemos usar o compartir su PHI para resolver inquietudes de los miembros. Su PHI también se puede utilizar para asegurarse de que se paguen las reclamaciones correctamente.

Las operaciones de atención médica implican muchas necesidades comerciales diarias. Esto incluye, pero no se limita a lo siguiente:

- Mejorar la calidad
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma)
- Realizar o facilitar revisiones médicas
- Servicios legales, incluidos los programas de detección de fraude y situaciones de abuso
- Acciones que nos permiten cumplir con la ley
- Satisfacer las necesidades de los miembros, entre las cuales se incluye la solución de reclamos y quejas

Compartiremos su PHI con otras compañías (“asociados comerciales”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud.

Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

¿Cuándo Molina Healthcare utiliza o comparte su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?

Además del tratamiento, pago y funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina Healthcare utilice y comparta su PHI para diversos fines que incluyen lo siguiente:

Está permitida la divulgación de su PHI a familiares, otros parientes y sus amigos íntimos personales si:

- La información es directamente relevante para la participación de la familia o los amigos en su cuidado o en el pago por dicho cuidado.
- Usted aceptó verbalmente la divulgación o tuvo la oportunidad de objetarla y no lo hizo.

Requisitos legales

Utilizaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Salud Pública

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

Supervisión de la atención médica

Su PHI puede usarse o compartirse con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

Investigación

Su PHI puede usarse o compartirse para investigación en ciertos casos, cuando se aprueba por una comisión revisora institucional o de privacidad.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI puede usarse o compartirse para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su PHI puede usarse o compartirse con la policía con el fin de ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

Salud y seguridad

Se puede compartir PHI para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Se puede compartir su PHI con el Gobierno para funciones especiales, tales como actividades de seguridad nacional.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica
Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o negligencia.

Indemnización al trabajador

Su PHI se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de Indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines

La PHI puede compartirse con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarlos a cumplir con su trabajo.

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

Molina Healthcare necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no se haya especificado en esta notificación. Usted puede cancelar una autorización por escrito que usted nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

¿Cuáles son sus derechos de información médica?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones para el uso o la divulgación de la PHI (difusión de su PHI)**

Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá completar un formulario para realizar su solicitud.

- **Solicitar comunicaciones confidenciales de PHI**

Usted puede pedirle a Molina Healthcare que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá completar un formulario para realizar su solicitud.

- **Revisar y copiar su PHI**

Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esto puede incluir los registros utilizados para realizar cobertura, reclamaciones y otras decisiones como miembro de Molina Healthcare. Deberá completar un formulario para realizar su solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud.

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá completar un formulario para realizar su solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si denegamos su solicitud.

- **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (Compartir su PHI)**

Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
- A personas sobre su propia PHI.
- La información compartida con su autorización.
- La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
- Como parte de un conjunto limitado de datos para actividades de investigación o salud pública.
- PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o con fines de inteligencia.
- A instituciones correccionales que tengan la custodia de un recluso.
- Compartida antes del 14 de abril del 2003.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un período de 12 meses. Deberá completar un formulario para solicitar una lista de divulgaciones de PHI.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de esta notificación. Llame a nuestro gerente

del Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711).

¿Qué puede hacer si no se protegieron sus derechos?

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja ante Molina Healthcare y el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica en ninguna medida. Usted puede presentar una queja ante nosotros en:

Molina Healthcare of Michigan

Attention: Compliance Director
880 West Long Lake Road, Suite 600
Troy, MI 48098-4504
Teléfono: (888) 898-7969
(TTY: 711).

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

Office for Civil Rights

EE. UU. Department of Health & Human Services

233 N. Michigan Ave. – Suite 240
Chicago, IL 60601
(800) 368-1019; (800) 537-7697
(TDD) (312) 886-1019 FAX

¿Cuáles son las obligaciones de Molina Healthcare?

Molina Healthcare tiene la obligación de hacer lo siguiente:

- Mantener privada su PHI.

- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso sobre nuestras obligaciones y normas de privacidad en relación con la PHI.
- Cumplir con los términos de este aviso.

Este aviso está sujeto a modificaciones.

Molina Healthcare se reserva el derecho a cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este aviso. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si efectuamos cambios materiales, se le enviará un nuevo aviso por correo de los EE. UU.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

Molina Healthcare of Michigan

Member Engagement
880 West Long Lake Road, Suite 600
Troy, MI 48098
Teléfono: (888) 898-7969
(TTY: 711).

Definiciones

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 incluyen prácticas del Inscrito que generan un costo innecesario.

La Ley: la Ley de Seguro Social.

Directiva anticipada: una instrucción legal escrita, como un testamento vital, directiva personal, decisión anticipada, poder notarial duradero o poder de representación para atención médica, 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 rechazan o limitan los servicios dentro de los plazos de la póliza de Molina Healthcare para decisiones de autorización estándar y aceleradas.

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

1. Denegación 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. El incumplimiento del Contratista de actuar dentro de los plazos previstos en los artículos § 438.408(b)(1) y (b)(2) en relación con la resolución estándar de las Quejas y Apelaciones.

6. Para un residente del área Rural con una sola Organización de atención administrada (MCO, por sus siglas en inglés), la denegación de solicitud de un Inscrito para ejercer su derecho, en virtud de §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.

Comité asesor sobre prácticas de vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés): un comité asesor federal convocado por el Centro de control de enfermedades, el Servicio de salud pública, Salud y Servicios Humanos para hacer recomendaciones sobre el uso y programación adecuados de vacunas e inmunizaciones para el público en general.

Agente (de la entidad): toda persona que tenga autoridad expresa o implícita para obligar o actuar en nombre del Estado, Contratista, Subcontratista o Proveedor de la red.
Formatos alternativos: provisión de información del inscrito en un formato que tenga en cuenta las necesidades especiales de aquellos que, por ejemplo, tienen limitaciones de la visión o tienen un nivel de dominio limitado de la lectura. Los ejemplos de Formatos alternativos deben incluir, entre otros, braille, letra grande, audio, video y la opción de que un representante del Inscrito le lea en voz alta su información.

Apelación: una apelación es la acción que puede realizar si está en desacuerdo con la decisión de cobertura o pago que tomó su Plan de salud de Medicaid. Puede apelar si su plan lleva a cabo alguna de las siguientes acciones:

- Rechaza su solicitud de un servicio de atención médica o servicio dental, suministro, artículo, aparato dental o dispositivo o medicamento recetado que usted considere que debería poder recibir.
- Reduce, limita o rechaza la cobertura de un servicio de atención médica o servicio dental, suministro, artículo, aparato dental o dispositivo o medicamento recetado que usted ya posee.
- Su plan deja de brindar o pagar todo o parte de un servicio de atención médica o servicio dental, suministro, artículo, aparato dental o dispositivo o medicamento recetado que usted considere que aún necesita.
- No brinda servicios dentales o de salud de manera oportuna.

Coordinador de apelaciones: supervisa al Especialista asociado en apelaciones y la coordinación, administración y adjudicación de las Quejas de miembros y proveedores.

Especialista en apelaciones y quejas: recibe, documenta, investiga y comunica la resolución de una apelación o queja al miembro o a su representante.

Autorización: una aprobación de un servicio.

Representante autorizado: un “representante autorizado” puede ser el suscriptor, padre de un menor cubierto por el contrato de Administración de salud mental (MHM, por sus siglas en inglés), persona con tutela legal, poder notarial médico duradero, derechos a representación por orden judicial, representante sucesorio de un miembro fallecido o una persona designada en declaración firmada y fechada por el miembro que identifique con claridad el alcance de la representación, incluida, si se especifica, la representación en una revisión externa. Un representante autorizado puede actuar en nombre del miembro en cualquier momento del proceso de apelaciones, según lo designado en la declaración de presentación. Si el miembro no puede brindar consentimiento, un familiar del miembro puede actuar como representante autorizado.

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 lo contrario) sin incluir los días festivos estatales o federales.

CAHPS®: Evaluación del consumidor de proveedores y sistemas de atención médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems).

Centros para Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): la agencia federal (y sus agentes designados) dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos responsable de la supervisión federal.

Programa de 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 MHP.

Reclamación correcta: todas las reclamaciones según la definición del Título 42 de CFR §447.45 y la MCL 400.111i.

Comité de asesoría clínica (CAC, por sus siglas en inglés): comité de asesoría clínica designado por el MDHHS.

Código de normativa federal: la codificación de normas y reglamentos permanentes y generales publicada en el Registro federal por los departamentos ejecutivos y agencias del Gobierno federal de los Estados Unidos.

Colaboración: el proceso de trabajar con otras personas para lograr objetivos compartidos.

Colaboración comunitaria: corresponde a un plan para el desarrollo de políticas y la definición de acciones a fin de mejorar la Salud de la población.

Evaluación comunitaria de necesidades de salud (CHNA, por sus siglas en inglés): examen sistemático de indicadores de estados de salud para una población determinada, que se usa para identificar los problemas clave y las ventajas de una comunidad. El objetivo final de una evaluación de salud comunitaria es desarrollar estrategias para tratar las necesidades de salud de la comunidad y los problemas identificados.

Trabajadores comunitarios de la salud (CHW, por sus siglas en inglés) o especialistas en soporte de pares: trabajadores de la salud pública de primera línea que son miembros confiables o que tienen un conocimiento inusualmente profundo de la comunidad que recibe los servicios. Esta relación de confianza permite a los CHW servir como enlace/vínculo/intermediario entre los servicios de salud/sociales y la comunidad, para facilitar el acceso a los servicios y mejorar la calidad y la competencia cultural del suministro de servicios.

Salud basada en la comunidad: corresponde a un énfasis sólido en los Determinantes sociales de salud, que crean la igualdad de salud y respaldan los esfuerzos para crear comunidades más resistentes mediante la coordinación de las estrategias de mejora de la Salud de la población.

Queja: una comunicación de un Beneficiario o del representante del Beneficiario al Contratista en la que se exprese una preocupación por la atención o el servicio prestado por el Contratista, el proveedor de servicios dentales o el Subcontratista de Transporte y que presenta un problema con una solicitud de solución que puede resolverse informalmente. Las quejas pueden ser orales o escritas.

Contratista: un plan de salud (Molina Healthcare) al cual se le concedió un contrato de Medicaid.

Copago: suma que debe pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como la consulta al médico, consultas dentales, consultas ambulatorias al hospital, medicamentos recetados

o aparatos o dispositivos dentales. El copago en general es un monto fijo. Por ejemplo, puede llegar a pagar \$2 o \$4 por una consulta médica, una consulta dental o un medicamento recetado.

Servicios cubiertos: todos los servicios prestados con cobertura de Medicaid, como se define en el Contrato que el Contratista acordó proporcionar o disponer que se proporcione a los Inscritos.

Servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS): el objetivo de la atención médica es reducir las disparidades de salud y proporcionar una atención óptima a los pacientes independientemente de su raza, origen étnico, idiomas nativos y creencias religiosas o culturales.

Días: días naturales, a menos, que se especifique lo contrario.

Seguro dental: seguro dental es el tipo de cobertura que paga los costos dentales de las personas. Le puede devolver a la persona el costo de un tratamiento o lesión dental. También le puede pagar directamente al proveedor. El seguro dental requiere el pago de primas (ver Prima) de la persona que recibe el seguro.

Plan dental: corresponde a un plan que ofrece servicios de atención médica a miembros que cumplen las normas de elegibilidad del Estado. El Estado tiene contrato con ciertas organizaciones dentales que brindan servicios dentales a las personas elegibles. El Estado paga la prima en nombre del miembro.

Servicios dentales: corresponden a los servicios de salud bucodental que suministra una persona autorizada en virtud de la ley estatal para ejercer la odontología.

Departamento de seguros y servicios financieros (DIFS): es el organismo responsable de la supervisión de las compañías aseguradoras, las Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) y las entidades financieras que realizan negocios en el Estado.

Revisor de apelaciones designado: toma decisiones sobre las Apelaciones. El Revisor de apelaciones designado no participa en un nivel previo de revisión o toma de decisiones, ni es un subordinado de la persona. El Revisor de apelaciones designado es un profesional de atención médica que tiene la experiencia clínica adecuada para tratar la afección o enfermedad el Miembro cuando la Apelación implica un tema clínico.

Equipo doctor duradero (DME, por sus siglas en inglés): equipos y suministros que ordena un proveedor de atención médica para el uso ampliado o cotidiano. Por ejemplo, equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras reactivas para análisis de sangre para diabéticos.

Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT): beneficios definidos en la sección 1905(r) de la Ley, incluidos los siguientes elementos: servicios de detección, servicios de la visión, servicios dentales, servicios de audición y cualquier 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, afecciones y enfermedades físicas y mentales descubiertas por los servicios de exámenes de detección, estén o no esos servicios cubiertos en el plan estatal.

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

Servicios dentales de emergencia: atención de un trastorno agudo de salud bucodental que requiere atención dental o médica, incluidos dientes rotos, sueltos o extraídos a causa de traumatismos, infecciones e inflamaciones de los tejidos blandos de la boca y complicaciones de cirugía bucal, como el alvéolo dental seco.

Condición médica de emergencia: lesión, enfermedad, síntoma o afección tan grave que cualquier persona razonable buscaría atención inmediata para evitar daños graves.

Servicios médicos de emergencia (EMS): los servicios necesarios para tratar una condición médica de emergencia.

Transporte médico de emergencia: servicios de ambulancia para una condición médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias: atención administrada para una emergencia médica o dental cuando usted cree que su salud está en peligro grave o necesita tratamiento dental de inmediato.

Servicios de emergencia: evaluación de una afección médica o dental de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (EMTALA, por sus siglas en inglés): se debe revisar y estabilizar a los inscritos sin autorización previa.

Inscrito: cualquier beneficiario de Medicaid que está actualmente inscrito en atención médica administrada de Medicaid en el Plan de salud de Medicaid del Contratista.

Servicios excluidos: atención médica o servicios dentales que su plan no paga ni cubre.

Apelación acelerada: Apelación realizada cuando el Contratista determina (según el pedido del Inscrito) o el Proveedor indica (al realizar el pedido en nombre del Inscrito o apoyar este pedido) que el tiempo necesario para la resolución estándar puede poner en grave peligro la vida, salud o capacidad de lograr, mantener o recuperar las funciones máximas del Inscrito. El Contratista tomará la decisión dentro de las 72 horas de la recepción de la Apelación acelerada.

Decisión de autorización acelerada: decisión de autorización que debe ser acelerada por un pedido del Proveedor o determinación del Contratista de que el cumplimiento del plazo estándar puede poner en grave peligro la vida o salud del Inscrito. El Contratista tomará la decisión en un plazo de 3 días hábiles posteriores a la fecha de recepción.

Experimental/de investigación: medicamentos, procedimientos de agentes biológicos, dispositivos o equipos que la Administración de servicios médicos determina que no fueron aceptados en general por la comunidad médica profesional como tratamientos efectivos y comprobados para las afecciones para las cuales se usan o deben usarse.

Descripción de los beneficios (EOB, por sus siglas en inglés): declaración a las personas cubiertas en la que se explica la atención médica o los servicios que se pagaron en su nombre.

Apelación externa: solicitud de una revisión externa e independiente de la determinación adversa final realizada por el Plan a través de su proceso de apelación interna.

Centro de Salud Acreditado a Nivel Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC): organizaciones basadas en la comunidad que prestan servicios integrales de atención médica a personas de todas las edades, sin importar su capacidad de pagar o estado de seguro médico sin autorización requerida.

Pago por cada servicio (FFS): una metodología de reembolso que proporciona un monto por cada servicio individual prestado.

Fraude: es el engaño o la tergiversación intencional que realiza una persona a sabiendas de que el engaño podría generar un beneficio no autorizado

para esa o alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituya un Fraude según la legislación federal o estatal (42 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 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.

Ley de Libertad de Información (FOIA, por sus siglas en inglés): permite el acceso del público en general a los datos de los gobiernos nacionales.

Queja: una queja que usted comunica a su plan. Por ejemplo, usted puede presentar una queja si tiene un problema para llamar al plan o si no está satisfecho con la manera en que un miembro del personal o un médico le trató. Una queja no es la manera de lidiar con un reclamo sobre una decisión de tratamiento o un servicio que no está cubierto (ver Apelación).

Dispositivos y servicios de recuperación de habilidades: servicios de atención médica que ayudan a la persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y el funcionamiento para la vida cotidiana. Los ejemplos incluyen terapia para niños que no caminan o hablan a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes internados o ambulatorios.

Disparidades de salud: un tipo particular de diferencia de salud que está estrechamente vinculado con la desventaja social o económica.

Equidad de salud: cuando todas las personas tienen la oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud y nadie se encuentra en desventaja de alcanzar este potencial debido a su posición social u otras circunstancias determinadas socialmente.

Seguro médico: seguro médico es el tipo de cobertura del seguro que paga los gastos médicos o de medicamentos de las personas. El seguro médico puede devolverle a la persona los gastos de una enfermedad o lesión o pagarle directamente al proveedor. El seguro médico requiere el pago de primas (ver Prima) de la persona que recibe el seguro.

Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés): la protección de las historias clínicas y la información que asegura que la información de cualquier persona es segura y solo se comparte con otros a través de su consentimiento.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO): una entidad que ha recibido y mantiene un certificado estatal de autoridad para operar como una Organización para el Mantenimiento de la Salud según se define en MCL 500.3501.

Conjunto de Datos e Información para la Eficacia de Atención Médica (HEDIS®, por sus siglas en inglés):

el resultado de un esfuerzo coordinado de desarrollo por parte de la Comisión Nacional de Garantía de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para proporcionar un conjunto ampliamente utilizado de medidas de rendimiento que proporciona cierta información objetiva que permite evaluar los planes de salud y poder responsabilizarlos.

Atención médica domiciliaria: amplia variedad de servicios de atención médica que un proveedor de atención médica decide que usted necesita en su hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. La atención médica domiciliaria lo ayuda a mejorar, recuperar la independencia y ser lo más autosuficiente posible.

Servicios de cuidado paliativo: los cuidados paliativos son una manera especial de cuidar de los enfermos terminales y brindar apoyo a su familia.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere la admisión como paciente internado y, en general, requiere de una estadía durante la noche. Una estadía para pasar la noche en observación podría ser atención para pacientes ambulatorios.

Cuidado ambulatorio en el hospital: atención en un hospital que normalmente no requiere la estadía de una noche.

Proveedor de Atención Médica para Indígenas Americanos (IHCP, por sus siglas en inglés): un programa de atención médica operado por los Servicios de Salud para Indígenas Americanos (HIS,

por sus siglas en inglés) o por una tribu indígena, organización tribal (también conocida como I/T/U), ya que estos términos se definen en la sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica para Indígenas Americanos (25 U.S.C. 1603).

Servicios de Salud para Indígenas Americanos/ Centros de Salud Tribales/Organizaciones Indígenas Urbanas (I/T/U): proveedores de atención médica específicamente para indígenas de los EE. UU./nativos de Alaska.

Cita inicial: el primer examen programado por el Proveedor para un nuevo paciente admitido en la práctica.

Inscripción Inicial: primera inscripción en el Plan de Salud de Medicaid después de determinar la elegibilidad; la reinscripción en un Plan de Salud de Medicaid después de una brecha en la elegibilidad de menos de dos meses no se considera una Inscripción Inicial.

Centros de Atención Intermedia para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/ID, por sus siglas en inglés): centros de atención específicamente para personas con discapacidades intelectuales.

LARA: Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios de Michigan.

Lista de Personas/Entidades Excluidas (LEIE, por sus siglas en inglés): lista de personas/entidades excluidas. Lista de personas/entidades que han sido desacreditadas o excluidas de otro modo

de acuerdo con las Regulaciones Federales de Adquisición y no se les permite pertenecer la Red de Proveedores del Contratista.

Medicaid: un programa federal/estatal autorizado bajo el Título XIX de la Ley de Seguro Social, con sus enmiendas, 42 U.S.C. 1396 y siguientes; y el Artículo 105 de la Ley N.º 280 de las Leyes Públicas de 1939, con sus enmiendas, sección 400.105 de las Leyes Compiladas de Michigan; que proporciona fondos federales equivalentes para un Programa de Asistencia Médica. Se debe cumplir con los requisitos médicos y financieros especificados de elegibilidad.

Plan de salud de Medicaid (MHP, por sus siglas en inglés): 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.

Programa de Asistencia Médica: programa de Medicaid de Michigan autorizado bajo el Título XIX de la Ley de Seguro Social.

Médicamente necesario: servicios o suministros de atención médica o dentales necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina o la práctica dental necesaria para el diagnóstico o tratamiento de la salud bucodental.

Rechazo de necesidad médica: denegación de beneficios médicos cubiertos según la definición de Molina Healthcare, incluidos los servicios de emergencia y hospitalización, según lo indicado en la Evidencia de cobertura-Resumen de beneficios, o atención o servicios que se puedan considerar beneficios cubiertos según las circunstancias.

Miembro: puede representar un miembro del Plan o el representante de un miembro, que incluye, entre otros: proveedor, familiar u otro miembro designado. Un miembro puede autorizar por escrito a cualquier persona, incluido, entre otros, un médico, a actuar en su nombre en cualquier etapa de un procedimiento de apelación firmando el “Formulario de Autorización de Representante”.

Comisión Nacional para el Aseguramiento de Calidad (NCQA): una organización 501^c(3) privada y sin fines de lucro dedicada a mejorar la calidad de la atención médica.

Red: grupo de médicos, proveedores dentales, hospitales, farmacias y otros expertos en atención médica contratados por su plan para brindar servicios médicos o dentales. Se incluyen dentistas y especialistas dentales.

Proveedor de la red/Proveedor participante: proveedor dental o de atención médica que tiene un contrato con el Plan y el Plan dental como proveedor de la atención.

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

Atención sintomática no urgente: un encuentro entre el inscrito y un proveedor que se asocia a la presentación de signos y síntomas médicos que no requieren atención médica urgente o inmediata.

Fuera de la red: servicios cubiertos prestados a un beneficiario por un proveedor que no forma parte de la red de proveedores del Contratista.

Personas con necesidades especiales de atención médica (PSHCN, por sus siglas en inglés): inscritos con necesidades especiales, incluidas personas con discapacidades físicas, mentales o de cuidado de la salud conductual, Inscritos con autismo, niños en cuidado de acogida, niños que han perdido la elegibilidad para el Programa de Servicios para Niños con Necesidades de Salud Especiales (CSHCS) y aquellos que han perdido la elegibilidad para CSHCS debido a los requisitos de edad del programa.

Servicios de médico: servicios de atención médica proporcionados por una persona autorizada en virtud de la ley estatal para ejercer la medicina.

Plan: un plan que ofrece servicios de atención médica o de salud bucodental a los miembros que pagan una prima.

Salud de la población: control para prevenir enfermedades crónicas y coordinar la atención para la continuidad de salud y bienestar. La utilización eficaz de estos principios mantendrá o mejorará la salud bucodental y física y el bienestar psicosocial de los individuos a través de soluciones de salud rentables y adaptadas, incorporando todos los niveles de riesgo a lo largo de la continuidad de la atención.

Posible Inscrito: beneficiario de Medicaid que está sujeto a la inscripción obligatoria o puede elegir voluntariamente inscribirse en un programa de atención médica administrada determinado, pero aún no es un Inscrito del MHP del Contratista.

Preautorización: aprobación del Plan que es necesaria antes de recibir un servicio de salud, servicio, aparato o dispositivo dental, equipo médico o surtido de recetas médicas, para que su plan pague el servicio, equipo médico o receta médica. A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o certificación previa. Su plan puede exigir una preautorización para ciertos servicios antes de recibirlos, excepto en caso de emergencia.

Prima: monto pagado por la atención médica o los beneficios dentales todos los meses. El Gobierno paga las primas del Plan de Salud de Medicaid en nombre de los miembros elegibles. El Estado paga las primas del Plan dental en nombre de los miembros elegibles.

Plan de Salud Prepago para Pacientes Internados

(PIHP, por sus siglas en inglés): presta servicios de salud conductual a los Inscritos salvo los servicios de salud conductual ambulatorios para estos.

Cobertura de medicamentos recetados: fármacos y medicamentos que, por ley, requieren una receta médica por parte de un médico autorizado.

Medicamentos recetados: medicamentos que, por ley, requieren una receta médica por parte de un médico autorizado.

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

Idioma dominante: idioma específico que no sea inglés que se habla como idioma primario por más del 5 % de los Inscritos del Contratista.

Servicios médicos preventivos (dentales): los servicios dentales preventivos incluyen servicios tales como evaluaciones bucodentales, limpiezas de rutina, radiografías, selladores y tratamientos con fluoruro.

Médico de atención primaria: médico autorizado que brinda y coordina sus servicios de atención médica. Su médico de atención primaria es la persona a la que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Esta persona se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse sano. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y lo deriva a ellos.

Proveedor de cuidados primarios (Primary Care Provider, PCP): médico autorizado, enfermera

especializada, enfermera clínica especializada o médico asociado, según lo permitido por la ley estatal, que proporciona y coordina sus servicios de atención médica. Su proveedor de atención médica primaria es la persona a la que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Esta persona se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse sano. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y lo deriva a ellos.

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

Proveedor: persona, centro u organización autorizado para brindar servicios dentales o médicos. Los médicos, dentistas, enfermeros y hospitales son ejemplos de proveedores médicos o dentales.

Directorio de proveedores: una lista de todos los proveedores contratados por Molina Healthcare.

Red de proveedores: grupo colectivo de Proveedores de la red que firmaron Contratos de Proveedor con el Contratista para brindar Servicios cubiertos de MCO. Esto incluye, entre otros, proveedores de servicios físicos, conductuales, farmacéuticos y auxiliares.

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

Región: agrupaciones de condados contiguos definidos y numerados de la siguiente manera:

1. Alger, Baraga, Chippewa, Delta, Dickinson, Gogebic, Houghton, Iron, Keweenaw, Luce, Mackinac, Marquette, Menominee, Ontonagon, Schoolcraft
2. Antrim, Benzie, Charlevoix, Emmet, Grand Traverse, Kalkaska, Leelanau, Manistee, Missaukee, Wexford
3. Alcona, Alpena, Cheboygan, Crawford, Iosco, Ogemaw, Oscoda, Otsego, Presque Isle, Montmorency, Roscommon.
4. Allegan, Barry, Ionia, Kent, Lake, Mason, Mecosta, Muskegon, Montcalm, Newago, Oceana, Osceola, Ottawa
5. Arenac, Bay, Clare, Gladwin, Gratiot, Isabella, Midland, Saginaw.
6. Genesee, Huron, Lapeer, Sanilac, Shiawassee, St. Clair, Tuscola
7. Clinton, Eaton, Ingham.
8. Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph, Van Buren
9. Hillsdale, Jackson, Lenawee, Livingston, Monroe, Washtenaw.
10. Macomb, Oakland, Wayne.

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 incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes internados o ambulatorios.

Atención de rutina (dental): servicios dentales que incluyen el diagnóstico y el tratamiento de afecciones médicas bucodentales para evitar el deterioro a un nivel más grave o minimizar/reducir el riesgo de desarrollo de una enfermedad dental o la necesidad de un tratamiento dental más complejo. Los ejemplos incluyen, entre otros, servicios como empastes y mantenedores de espacio.

Atención de rutina (médica): encuentro entre el Inscrito y un Proveedor no asociado con ningún síntoma médico. Los ejemplos incluyen consultas preventivas de niños pequeños y exámenes físicos anuales de adultos.

Rural: rural se define como cualquier condado no designado como metropolitano o metropolitano periférico por el Censo del 2000 de EE. UU. de la Oficina de Gestión y Presupuesto.

Clínica de salud rural (Rural Health Clinic, RHC): centro de atención médica público, con o sin fines de lucro, en áreas rurales con necesidades médicas. En Michigan, las RHC están certificadas

por el Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios (LARA) para participar en programas de Medicaid y Medicare bajo un acuerdo con CMS. Las RHC actuales en Michigan se enumeran en la siguiente página web: http://www.michigan.gov/documents/lara/MI_Rural_Health_Clinic_Directory_2-2016_515599_7.pdf

Área de servicios: zona geográfica en la que Molina Healthcare brinda servicios.

Decisión de Autorización de Servicio respuesta escrita del Contratista a la solicitud de autorización de servicio del Inscrito, proporcionada con la celeridad que requiera la afección del Inscrito y con plazos establecidos por el Estado que no superen los 14 días naturales siguientes a partir de la recepción de la solicitud de servicio, con una posible ampliación de hasta 14 días naturales adicionales si:

(i) el Inscrito o el Proveedor solicita una ampliación, o (ii) el Contratista justifica la necesidad de información adicional y la forma en que la ampliación favorece al Inscrito.

Solicitud de autorización de servicio: una solicitud de atención médica administrada de un Inscrito para la prestación de un servicio.

Servicios: cualquier función realizada en beneficio del Estado.

Infección de transmisión sexual (ITS): infecciones graves que se pueden detectar y tratar con identificación temprana.

Atención de enfermería especializada: servicios de enfermería, técnicos o terapeutas autorizados en su propia casa o en una residencia para ancianos.

Determinantes sociales de salud: estructuras sociales y sistemas económicos complejos, integrados y superpuestos que son responsables de la mayoría de las desigualdades en materia de salud. Estos sistemas económicos y estructuras sociales incluyen el entorno social, físico, los servicios de salud y los factores estructurales y sociales. Los Determinantes sociales de salud están delineados por la distribución de dinero, poder y recursos en las comunidades locales, países y en el mundo.

Especialista: un médico autorizado o especialista dental que se enfoca en un área específica de la medicina u odontología, o grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de afecciones y síntomas médicos o dentales.

Estado: el Estado de Michigan, incluidos los departamentos, divisiones, agencias, oficinas, comisiones, funcionarios, empleados y agentes. Michigan, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan o su Agente.

Audiencia Imparcial Estatal: una revisión imparcial por parte del MDHHS de una decisión tomada por el Contratista que el Inscrito cree que es inapropiada.

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

Atención médica urgente (dental): atención por afección o lesión dental suficientemente grave como para buscar atención inmediata, pero no tanto como para que deba acudir a la sala de emergencias. La atención dental urgente se puede tratar con una cita dental rápida.

Cuidado urgente (médico): atención médica proporcionada para una afección que, sin tratamiento oportuno, podría esperarse que se convierta en una emergencia, causar una discapacidad temporal de larga duración en una o más funciones del cuerpo o causar el desarrollo de una enfermedad crónica o la necesidad de un tratamiento más complejo. Los ejemplos de afecciones que requieren atención médica urgente incluyen dolor abdominal de origen desconocido, nuevos síntomas de mareos incesantes por causa desconocida y sospecha de fractura. El cuidado urgente requiere atención médica personal y oportuna dentro de las 24 horas desde la notificación del miembro de la existencia de una afección urgente.

Administración de Utilización (UM, por sus siglas en inglés): decisiones médicas relacionadas con la atención de una persona.

Programa Vacunas para Niños (VFC, por sus siglas en inglés): un programa federal que hace que las vacunas estén disponibles gratuitamente para inmunizar a niños menores de 18 años de edad que son elegibles para Medicaid.

Programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC): un programa de alimentación y nutrición suplementario.

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 condiciones de este Certificado.

1.2 Derechos y responsabilidades. Este Certificado describe y establece los derechos y 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; 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, incluidas las enmiendas, 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, sujetos a todos los términos y condiciones de este Certificado.

2.5 Departamento es el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan o su agencia sucesora que administra el programa Medicaid en el Estado de Michigan.

2.6 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) es la agencia estatal responsable de la inscripción y determinación de elegibilidad para Medicaid.

2.7 Emergencia significa una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos (incluidos dolores graves) de tal gravedad que una persona prudente con conocimiento promedio de salud y medicina puede esperar de manera razonable que la falta de atención médica inmediata puede 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 Medicamento, dispositivo, suministro, tratamiento, procedimiento o equipo experimental, en investigación o de investigación significa un medicamento, dispositivo, suministro, tratamiento, procedimiento o equipo que cumple con uno o

más de los siguientes criterios: (a) no se puede comercializar legalmente sin la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) y tal aprobación no había sido otorgada en el momento de su uso o uso previsto; (b) es objeto de una solicitud actual de dispositivo o medicamento nuevo en investigación presentada ante la FDA; (c) se brinda de conformidad con un ensayo clínico de Fase I o II; (d) se brinda 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 describe como experimental, en investigación o de investigación en documentos de información para el paciente o consentimiento informado; (f) se entregará o deberá entregarse sujeto a la aprobación y supervisión de una comisión revisora institucional (IRB, por sus siglas en inglés) 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 acreditada publicada es que el uso se debe limitar considerablemente a entornos médicos de investigación; (h) la opinión predominante entre los expertos expresada en la bibliografía científica o médica acreditada publicada es que se necesitan más experimentos o investigaciones para definir la seguridad, toxicidad, eficacia o eficiencia en comparación con las alternativas convencionales; (i) en el momento de

su uso o uso previsto, no se emplea de manera amplia o rutinaria o no es aceptado en general de otro modo por la comunidad médica; (j) no es de investigación en sí según los criterios anteriores, y no sería Médicamente necesario si no fuera por el suministro de un medicamento, dispositivo, tratamiento, procedimiento o equipo que cumple con alguno de los criterios anteriores; o (k) se considera experimental 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 el artículo 21054b del Código de Salud Pública.

2.10 Servicios de planificación familiar son medios médicamente aprobados, que incluyen evaluaciones de diagnóstico, medicamentos, suministros, dispositivos y asesoramiento relacionado, para prevenir o demorar voluntariamente un embarazo o para detectar o tratar 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 autorizado, con certificación u otra calificación adecuada para brindar servicios de salud según la ley de Michigan.

2.13 Hospital significa un centro de atención aguda

autorizado como hospital por el Estado de Michigan, que se dedica a brindar, de forma ambulatoria o con internación, atención y tratamiento médicos a personas enfermas o lesionadas a través de centros médicos, quirúrgicos y de diagnóstico.

2.14 Servicios hospitalarios son los servicios cubiertos que suministra un hospital.

2.15 Contrato de Medicaid es el contrato entre el Estado y el Plan, conforme al cual el Plan acepta brindar o coordinar servicios cubiertos para Miembros.

2.16 Programa Medicaid es el programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan bajo la Sección 105 de la Ley N.º 280 de las Leyes Públicas de 1939, con sus modificaciones, MCL 400.105, y Título XIX de la Ley Federal de Seguro Social, 42 U.S.C. 1396 y siguientes.

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 necesarios son los servicios, equipos o suministros necesarios para el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección física o mental del miembro, según lo determinado por el Director médico, de acuerdo con las prácticas y estándares médicos aceptados en el momento del tratamiento. “Médicamente necesario” no incluye en ningún caso lo siguiente:

- a. Servicios prestados por un profesional de

la salud que no requieren las destrezas técnicas de dicho proveedor.

- b. Servicios, equipos y suministros suministrados principalmente para la comodidad o conveniencia personal del Miembro, de cualquier persona que se preocupe por el Miembro o de cualquier persona que forme 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 en forma adecuada y segura la afección física o mental del Miembro, excepto si los suministrara un Proveedor de atención primaria o se suministraran por referido 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 federal de Seguro Social, 42 U.S.C. 1395 y siguientes.

2.20 Miembro significa un beneficiario del Programa Medicaid inscrito en el Plan y en cuyo nombre el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan pagó una Prima de conformidad con el Contrato de Medicaid.

2.21 Acuerdo del miembro significa este Certificado,

el manual del miembro del Plan, la tarjeta mihealth de Medicaid y la tarjeta de identificación de Molina Healthcare, con sus enmiendas, adendas y apéndices.

2.22 Servicios no cubiertos son los servicios, equipos y suministros de salud que no son Servicios cubiertos.

2.23 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.

2.24 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.

2.25 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 bajo Molina Healthcare of Michigan, una empresa con fines de lucro de Michigan y una organización de mantenimiento de la salud autorizada.

2.30 Médico significa un Doctor en medicina (MD, por sus siglas en inglés) o Doctor en osteopatía (DO, por sus siglas en inglés) autorizado para ejercer la medicina en el Estado de Michigan.

2.31 Prima significa el monto prepagado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan en nombre del Miembro para asegurar los Servicios cubiertos.

2.32 Proveedor de atención primaria significa un Médico participante u otro Proveedor participante responsable de brindar atención médica primaria y organizar 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 y siguientes.

2.34 Área de servicio significa el área geográfica donde el Plan está autorizado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan 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 médica 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. A fin de ser elegible para inscribirse en el Plan, una persona debe ser elegible para el Programa Medicaid según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y debe residir en el Área de servicios. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan es exclusivamente responsable de determinar la elegibilidad de las personas para el Programa Medicaid. Las personas elegibles pueden escoger un plan de salud o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan puede elegir un plan de salud para las personas elegibles dentro del área de servicios del plan de salud.

3.2 Fecha de 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 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan 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 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 el nacimiento al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan según los procedimientos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan es exclusivamente responsable de determinar la continuidad de elegibilidad e inscripción de un recién nacido.

3.4 Cambio de residencia. El Miembro notificará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan 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 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan 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 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 lugar. 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 organiza y coordina el suministro de otros servicios de atención médica para el Miembro, incluidos, entre

otros: referir a especialistas, ordenar análisis de laboratorio y radiografías, recetar medicamentos o tratamientos, coordinar la hospitalización y coordinar, en general, la atención médica del Miembro según corresponda.

4.3 Cambio de Proveedor de atención primaria. Para cambiar a otro Proveedor de atención primaria, el Miembro debe comunicarse con Servicios para Miembros. Servicios para Miembros deberá procesar todos los cambios y, luego, notificará al Miembro la fecha de vigencia 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 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. Un miembro de sexo femenino puede recibir un

examen preventivo de la mujer anualmente y servicios ginecológicos obstétricos de forma rutinaria por parte de un obstetra ginecólogo o un especialista en salud de la mujer que sea un proveedor participante sin 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 poder 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, inmunizaciones 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 de la denegación de cobertura de tales tratamientos por parte del Plan. El Miembro podrá apelar cualquiera de las decisiones de beneficios del Plan de acuerdo con la Política y el 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 podrán 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 especialista al que se remite al Miembro, el Plan puede solicitar que el Miembro seleccione otro Proveedor de atención primaria o puede disponer que el Proveedor de atención primaria del Miembro remita a este a otro 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. Departamento de Servicios para Miembros

5.1 Divulgación y confidencialidad de las historias clínicas del Miembro.

5.1.1 El Plan debe mantener la confidencialidad de la información médica de un Miembro y no debe divulgar la información a terceros sin la autorización previa por escrito de dicho Miembro, excepto en los casos en que se disponga lo contrario en el presente Contrato y en la Notificación de las normas de privacidad del Plan o en los casos permitidos o requeridos 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, el tratamiento y la condición física de tal miembro al Plan, al DIFS, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan, o a sus representantes, a pedido, y también autoriza al Plan, al DIFS y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan, o a sus representantes, a revisar y obtener copias de las historias clínicas del Miembro. Además, cada Miembro acepta brindar información de su historia clínica y ayudar a obtener historias clínicas previas cuando sea necesario para colaborar con el Plan, o su representante, y los proveedores participantes.

5.1.6 Con solicitud previa razonable del Plan, de un Proveedor participante o de un Proveedor 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 o no participantes, al DIFS y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan o sus representantes.

5.1.7 Con solicitud previa razonable, un Miembro adulto o una persona autorizada en nombre de un Miembro menor o

incapacitado podrán revisar las historias clínicas de dicho Miembro de conformidad con la ley federal y estatal. Tal revisión se hará en las oficinas del Proveedor participante durante el horario de atención normal 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 inquietudes de los Miembros relacionadas con aspectos de los servicios de salud o servicios administrativos. La Política y el Procedimiento de Quejas y Apelaciones se describe en el Manual del miembro del Plan.

5.2.1 Proceso de quejas. El Miembro puede presentar una queja ante el Plan 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 con respecto a la queja del Miembro en un plazo de 90 días naturales desde su recepción.

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 naturales 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. Después de la apelación verbal u oral se debe presentar una escrita y firmada. El Especialista en Apelaciones y Quejas del Plan puede ayudar a presentar la apelación.

La solicitud de apelación debe enviarse a Molina Healthcare of Michigan, 880 W. Long Lake Rd., Suite 600, Troy, MI 48098. 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 afección o enfermedad.** Se enviará una decisión por correo al Miembro dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha en que el Plan recibió su apelación.

Se permiten 14 días naturales adicionales para obtener registros médicos 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 naturales 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 deniega la solicitud de apelación rápida del Miembro, el Miembro puede solicitar una revisión externa rápida ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) dentro de los 10 días naturales posteriores a la denegación.

5.2.4 Departamento de seguro y servicios financieros. El Miembro puede solicitar una revisión externa si no recibe una decisión del Plan dentro de los 30 días naturales o si no está satisfecho con el resultado de la apelación. Los miembros tienen 127 días

naturales 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 <https://difs.state.mi.us/Complaints/ExternalReview.aspx>.

El Especialista en Apelaciones y Quejas del Plan enviará por correo los formularios de revisión externa al Miembro. El DIFS le enviará la apelación a una Organización de revisión independiente (IRO) para su revisión. Se le enviará al miembro una decisión por correo en 14 días naturales después de la aceptación de su apelación. El Miembro, el Representante autorizado o el Médico también pueden solicitar una apelación rápida (acelerada) al DIFS a la misma dirección que figura más arriba, dentro de los 10 días naturales de haber recibido el aviso de resolución final de la apelación. El DIFS le enviará la apelación a una IRO para su revisión. Se enviará una decisión por correo al miembro en un plazo de 72 horas. Durante este plazo, los beneficios continuarán.

5.2.5 Proceso de Audiencia Imparcial 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 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan, Oficina de Normas 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 <https://courts.michigan.gov/self-help/mahs/pages/default.aspx>. Si el miembro tiene problemas sobre la atención que recibe, primero debe presentar una apelación a Molina. Si no está conforme con la decisión de Molina, puede apelar directamente al MDHHS a través del proceso de Audiencia estatal justa. Esto se debe hacer dentro de los 120 días naturales del aviso de resolución final de la apelación. Molina Healthcare incluirá un formulario de solicitud de audiencia estatal junto con un sobre con franqueo prepago con nuestra decisión.

5.3 Manual del miembro. Los Miembros recibirán una copia del Manual del miembro cuando se inscriban en el Plan y podrán recibir copias adicionales en cualquier momento si las piden por teléfono a Servicios para Miembros. El manual del miembro también está disponible en la página web del Plan en **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.

Artículo VI. Pago de servicios cubiertos

6.1 Pagos periódicos de la prima. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan o su agente remitente pagarán de manera directa al Plan, en nombre del Miembro, la Prima especificada en el Contrato de Medicaid. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan 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 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan 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 directamente a los Proveedores participantes por 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 dentro de los 60 días posteriores a 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 aplicable.

6.4 Proveedores no participantes. El Miembro es el responsable económico 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, inmunizaciones 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 el responsable económico del pago de 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 servicios de 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 en el 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 El Plan autoriza por adelantado los Servicios cubiertos, 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 médica urgente. Se obtendrá Atención médica 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 los servicios, equipos o suministros entregados 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 por parte 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 Departamento.

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 del Directorio del Plan. El Plan será responsable de los Servicios cubiertos de los Miembros salvo que se indique lo contrario en el Contrato de Medicaid.

9.2.3 El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan será responsable de notificar a los Miembros la finalización de este Certificado en virtud de esta Sección 9.2. El Plan no notificará a los Miembros acerca de la terminación 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 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan 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 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan:

- a. El Miembro se muda fuera del área de servicio.
- b. El Miembro deja de ser elegible para el Programa Medicaid o el Plan según lo determine el

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan.

- 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 paliativos.
- e. El Miembro está encarcelado en un centro correccional.

9.3.2 El Plan puede pedirle al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan que finalice la inscripción y cobertura del Miembro con causa, aviso y aprobación razonables del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan, por cualquiera de los siguientes motivos:

- a. El Miembro no puede establecer ni 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 acoso.

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 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan que ponga fin a la inscripción y cobertura del Miembro en función del estado de salud del Miembro, necesidades de atención médica o el hecho de que el Miembro haya hecho ejercicio de los derechos del Miembro en virtud de la Política y el Procedimiento de Reclamos y Apelaciones del Plan.

9.3.5 En todos los casos, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan tomará la decisión final sobre la finalización de la inscripción de un Miembro en virtud de esta Sección 9.3. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan también determinará la fecha de finalización efectiva.

9.4 Cancelación de inscripción por parte del Miembro.

9.4.1 El Miembro puede cancelar la inscripción en el Plan por cualquier motivo durante los primeros 90 días de inscripción. Después de 90 días, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan puede exigir un período de inscripción abierta anual 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 su inscripción en el Plan, el Miembro, o una persona autorizada en nombre del Miembro, debe comunicarse con el Agente de inscripción del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan.

9.4.2 La cobertura del Miembro en virtud de este Certificado cesa de manera automática en la fecha de vigencia de la cancelación de inscripción del Miembro. La fecha de vigencia de la cancelación de inscripción será determinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan.

9.5 Continuación de los beneficios. Si el Miembro es un paciente internado en un Hospital en la fecha en que finaliza la inscripción del Miembro en el Plan, el Plan debe pagar la internación en el Hospital hasta la fecha de alta, sujeto a los términos y condiciones del Acuerdo del miembro, Contrato de Medicaid y Manual del proveedor de Medicaid.

Artículo X. Coordinación de beneficios

10.1 Objetivo. 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 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan notificará al Plan acerca de todos los demás Pagadores que brinden beneficios de atención médica al Miembro. Cada Miembro o persona autorizada deberán certificar que, a su leal saber y entender, los Pagadores identificados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan 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 lo siguiente al Plan:

- 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 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan.

10.4 Notificación. Cada Miembro notificará al Plan cuando tome 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 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y el DIFS y las disposiciones aplicables de la Ley de Coordinación de Beneficios de Michigan, Ley Pública 64 de 1984, con sus modificaciones, MCL 550.251 y siguientes, según lo exige el Artículo 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, y en qué medida, seguro médico u otra cobertura de beneficios médicos para los Servicios cubiertos.
- 10.6.2 Establecer, de acuerdo con este Artículo, las prioridades para determinar la responsabilidad primaria entre los

Pagadores obligados a prestar servicios de atención médica o seguro médico.

10.6.3 Obligar al Miembro, a un Proveedor participante o a un Proveedor no participante que presente un reclamo al Pagador principal antes de determinar el importe de la obligación de pago del Plan, si la hubiere.

10.6.4 Recuperar del Miembro, Proveedor participante o Proveedor no participante, según corresponda, el gasto de los Servicios cubiertos suministrados al Miembro en la medida en que tales servicios estén 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 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; 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 asignar al Plan todas las sumas recuperadas por demanda, acuerdo o de otro modo por lesión o enfermedad hasta la cantidad de los gastos de atención médica del Plan por la lesión o enfermedad, pero no por encima de los daños monetarios cobrados.

11.1.2 Autorizar al Plan a subrogarse a los derechos de recuperación 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 monetarios que superen 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, procedimientos, normas e interpretaciones razonables para fomentar la administración ordenada y eficiente del Acuerdo de Miembro, Contrato de Medicaid y el Plan.

12.3 Notificación. Salvo que se disponga lo contrario en cualquier otra sección de este Certificado, cualquier notificación requerida o permitida para ser entregada por el Plan al Miembro de conformidad con este Certificado debe ser por escrito y debe entregarse o depositarse personalmente en el correo de EE. UU., primera clase, con franqueo postal prepagado y debe estar dirigida al Miembro a la dirección del registro en las oficinas administrativas del Plan. Salvo que se disponga lo contrario en cualquier otra sección de este Certificado, cualquier notificación requerida o permitida para ser entregada por el Miembro al Plan de conformidad con este Certificado debe ser por escrito y debe entregarse o depositarse personalmente en el correo de EE. UU., en primera clase, con franqueo postal prepagado y dirigido al Plan a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of Michigan

Attn: Member Services

880 West Long Lake Road, Suite 600

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 de 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; 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. Bombas de extracción de leche materna; uso personal; doble y eléctrica.

7. Terapia de rehabilitación cardíaca. No tiene cobertura la terapia de rehabilitación cardíaca. No se requiere PA, excepto para no participante.

8. Atención quiropráctica. Hasta 18 visitas por año natural 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 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 Medicamente necesarios y los receta un Proveedor participante, son Servicios cubiertos:

1. Monitores de glucosa en sangre y monitores de glucosa en sangre para personas legalmente ciegas.
2. Tiras reactivas para detección de glucosa, lectura visual y tiras reactivas de orina, lancetas y dispositivos de lanceta con resorte.
3. Jeringas.
4. Bombas de insulina y suministros médicos necesarios para usar la bomba de insulina.
5. 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.
6. Los siguientes medicamentos son Servicios cubiertos para el tratamiento de la diabetes si los ordena un Proveedor participante y se consideran Medicamente 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.

11. Artículos descartables y otros suministros médicos:

- a. Tienen cobertura los artículos descartables 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 insulínica independiente no controlada tipo I.

12. Suministros y equipos médicos duraderos.

Los equipos médicos duraderos están cubiertos según las pautas del Departamento.

13. Servicios de emergencia.

14. Servicios de enfermedad renal en etapa terminal.

15. 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. Las ligaduras de trompas y las vasectomías están cubiertas para miembros de 21 años o más. 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 anticoncepción 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.

16. 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.

17. Educación para la salud.

18. Atención médica domiciliaria. Están cubiertas las visitas de atención médica domiciliaria. Los Servicios cubiertos incluyen visitas de enfermería de atención domiciliaria por parte de enfermeros autorizados o profesionales registrados y auxiliares médicos a domicilio en ciertas circunstancias.

19. Servicios de cuidado paliativo.

20. 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 para pacientes 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.

21. Terapia de infusión.

22. Programa de salud para bebés y madres.

23. 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 un 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.** El 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. Estos

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.

24. 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.

25. 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.

26. Transporte que no es de emergencia. Se brinda transporte que no es de emergencia a servicios cubiertos. Los servicios cubiertos incluyen citas con el médico, radiografías, laboratorio, farmacia, suministros médicos y otra atención médica.

27. Cirugía bucal y maxilofacial.

a. La cirugía bucal y maxilofacial y radiografías relacionadas son un Servicio cubierto si las realiza un Proveedor participante, según las políticas de Autorización previa del Plan, para las siguientes afecciones:

- i. Tratamiento y reparación de emergencia de fracturas de mandíbula y dislocación facial de la mandíbula.
- ii. Reparación de emergencia de lesión traumática por lesión no ocupacional en dientes naturales sanos si el tratamiento se produce dentro de las 24 horas desde 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 las posiciones de los huesos y el tejido blando de la mandíbula) por síndromes congénitos que afecten de manera directa el crecimiento, el desarrollo y la función de la mandíbula y estructuras circundantes.

3. 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.

4. Servicios fuera de la red. Los servicios suministrados 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.

5. Cirugía plástica y reconstructiva. La cirugía plástica y reconstructiva para mejorar la función o asemejarse a una

aparición 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.

6. Servicios de podología. Los servicios de podología están cubiertos.

7. Medicamentos recetados.

- a. Los medicamentos del formulario tienen cobertura cada 30 días.
- b. Los preservativos tienen cobertura, limitada a 36 por cada 30 días.
- c. Los medicamentos y suministros médicos de venta libre tienen cobertura si se cuenta con receta médica.
- d. No tienen cobertura los medicamentos para la infertilidad.
- e. Uso fuera de lo indicado en la etiqueta de medicamentos aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos y costo razonable de suministros médicamente necesarios para el administrador del medicamento según lo exige MCL 500.3406q.

33. 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:

- a. Servicios de salud preventivos, visitas al consultorio por enfermedad o lesión, consultas, control de niño sano, atención de alergias y exámenes específicos del sexo/edad, periódicos y de rutina.
- b. Inmunizaciones pediátricas y para adultos de rutina según lo recomendado por las pautas de Servicios de Salud Pública de EE. UU.
- c. Educación para la salud.

34. Dispositivos de prótesis y ortopedia.

Los soportes y dispositivos de prótesis y ortopedia estándar tienen cobertura según las pautas del Departamento. 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.

35. 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.

36. Atención de enfermería de rehabilitación.

Servicios de rehabilitación o restauración intermitentes o a corto plazo (en un centro de enfermería), cubiertos durante hasta 45 días.

37. Servicios de restauración o rehabilitación (en un lugar de servicio que no sea un centro de enfermería).**38. Mamografía de detección y servicios**

por cáncer de mama. 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.

39. Las consultas de segunda opinión

quirúrgica tienen cobertura cuando las recomienda un Médico participante o si así lo desea el Miembro inscrito o su representante.

40. Centro de enfermería especializada.

Ciertos servicios de centro de enfermería especializada tienen cobertura según las pautas del Departamento.

41. Terapia. Tienen cobertura la terapia del habla, ocupacional y fisioterapia restaurativas y a corto plazo. La terapia

a corto plazo es el tratamiento que se prevé que mejore de manera significativa la afección del Miembro dentro de los 60 días de la fecha del inicio de la terapia. La cobertura es la siguiente:

- a. Fisioterapia.** Tiene cobertura la fisioterapia en un departamento para pacientes ambulatorios de un Hospital participante, consultorio de un Médico participante, u hogar del Miembro.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Tratamiento para dejar de fumar.** El tratamiento para dejar de fumar, incluido el apoyo conductual y farmacéutico, tiene cobertura.

42. 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.

- 43. Servicios de la visión.** Tienen cobertura los exámenes oftalmológicos, lentes y marcos con receta. El beneficio incluye un examen oftalmológico 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.

- 44. Examen preventivo del niño/EPSTD.** Se cubren los servicios de examen preventivo del niño y EPSTD para Miembros menores de 21 años.

Apéndice B - Servicios de coordinación de la atención

Los siguientes servicios son de coordinación de la atención, y los suministra el Plan a los Miembros en virtud del Acuerdo del miembro:

- a. Servicios dentales.** Están disponibles los servicios dentales para embarazadas. Tienen cobertura los servicios de cirugía bucal clínica/médicamente necesarios de diagnóstico, prevención, restauración y prótesis, incluidas las extracciones. Es importante que las mujeres embarazadas reciban atención dental adecuada durante el embarazo para la salud y el bienestar de la madre y del bebé. 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 viajes ida y vuelta, o solo de ida, ilimitados, para servicios cubiertos y médicamente necesarios, cada año natural. Los miembros pueden usar este beneficio para visitar a cualquier proveedor de Molina Healthcare.
- b. Servicios de discapacidad de desarrollo.** El Acuerdo del Miembro no cubre los servicios de discapacidad de desarrollo. Los Miembros pueden ser elegibles para recibir servicios de discapacidad de desarrollo 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.
- c. 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.
- d. Coordinación con el departamento de salud local.** El Plan coordinará ciertos servicios con el departamento de salud local del Miembro y realizará ciertos referidos según corresponda.
- e. 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.
- f. Servicios escolares.** Servicios suministrados por el distrito escolar y facturados a través de Distritos escolares intermedios.
- g. Servicios de discapacidad de desarrollo.** Servicios, incluidas las terapias (habla, lenguaje, física, ocupacional), suministrados a personas con discapacidades de

desarrollo, y se facturan a través de proveedores del Programa comunitario de servicios de salud mental o Distritos escolares intermedios.

- h. Servicios de transporte.** Transporte por servicios no cubiertos por el Plan, incluidas las terapias (habla, lenguaje, física, ocupacional) suministradas a personas con discapacidades de desarrollo, que se facturan a través del Programa comunitario de salud mental.

Apéndice C - Servicios excluidos y limitaciones

Los servicios, equipos o 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 referido del Plan. Las exclusiones y limitaciones incluyen, entre otros, lo siguiente:

- 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 cosmética.** Quedan excluidos la 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 autoestima del Miembro. Los ejemplos incluyen, entre otros, rinoplastia electiva, extracción de várices/arañitas y reducción mamaria electiva. La alteración cosmética 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. Los servicios dentales de rutina, incluida la reparación/restauración/extracción dental, las radiografías dentales, extracciones de muelas de juicio, tratamiento de conducto y gingivectomías quedan excluidos. No tienen cobertura la 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. Están disponibles los servicios dentales para embarazadas.

13. Servicios de discapacidad de desarrollo.

No tienen cobertura los servicios suministrados a un miembro con discapacidad de desarrollo y facturados a través del Programa comunitario de servicios de salud mental. Los miembros pueden ser elegibles para recibir servicios de discapacidad de 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 implicado en 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 cosméticos.
- b. Medicamentos experimentales, en investigación o de investigación.

- 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 pediátricas de fluoruro seleccionadas tienen cobertura).
- e. Se excluyen los medicamentos recetados para perder peso, a menos que sean médicamente necesarios.
- f. Medicamentos psicotrópicos de clase H7Z y antipsicóticos según lo indicado en la categoría “Clases para psicotrópicos y VIH/SIDA” en 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 en 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, por sus siglas en inglés), inseminación artificial, transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), inseminación intrauterina (IUI, por sus siglas en inglés), alquiler de vientre y tratamientos de infertilidad.

31. Servicios de distrito escolar. Quedan excluidos los servicios suministrados por el distrito escolar y facturados a través de Distritos escolares intermedios.

32. Servicios suministrados por un Miembro o Familiar. Los servicios, atención o tratamiento suministrados por un Miembro o familiar de este, incluidos, entre otros, cónyuge, madre, padre, abuela, abuelo, tía, tío, primo, prima, hermano, hermana, hijo, hija, sobrino, sobrina, nieto, nieta, o cualquier persona que viva con el Miembro.

33. Servicios que requiera un tercero. Quedan excluidos los servicios que requiera un tercero, como los siguientes: exámenes físicos, servicios de diagnóstico, recetas e inmunizaciones en relación con la obtención o continuidad de un empleo, obtención o mantenimiento de licencia emitida por un gobierno federal, 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 colocación en hogar de acogida.

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 los servicios suministrados a personas con discapacidades de 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, por sus siglas en inglés). No tiene cobertura la cirugía de TMJ.

38. Quedan excluidos los Servicios de transporte que no son beneficios cubiertos bajo el Contrato de Medicaid.



880 West Long Lake Road,
Suite 600
Troy, Michigan 48098-4504