

¡Bienvenidos al

Molina Healthcare.

Está en Familia.



Manual del Miembro de **Michigan**

Medicaid

Última actualización enero de 2023

MolinaHealthcare.com



Molina Healthcare of Michigan (Molina) cumple con todas las leyes Federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina offers healthcare services to all members without regard to race, color, national origin, age, disability, or sex. Molina no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad ni sexo. Esto incluye la identidad de género, el embarazo y los estereotipos de sexo.

To help you talk with us, Molina provides services free of charge:

- Aids and services to people with disabilities
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
 - Materiales escritos en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, braille)
- Language services to people who speak another language or have limited English skills
 - Skilled interpreters
 - Written material translated in your language
 - Material that is simply written in plain language

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.

If you think that Molina failed to provide these services or treated you differently based on your race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir la queja, nosotros lo(a) ayudaremos. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889 o TTY al 711. Mail your complaint to:

Civil Rights Coordinator
200 Ocean Gate
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 ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can mail it to:

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

También puede enviarla a un sitio 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)。

အထူးသတိပြုရန်: အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားပြောသူများအတွက် စာရေးဆရာများ၏ စာရေးဆရာများသည် အခမဲ့ ဗဟိုရေးဆရာများကို ပေးအပ်ထားပါသည်။ ဖုန်းနံပါတ် ၁-၈၈၈-၈၉၈-၇၉၆၉ (TTY: ၇၁၁)။

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: যিদি আপনি 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](https://www.molinahealthcare.com)

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

Su membresía (página 3)

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

Su médico (página 07)

- Encontrar 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 para la Vista
- Medicamentos cubiertos

Sus beneficios adicionales (página 17)

- 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 sistema Braille, letra de molde grande o en audio, sin costo para usted. Si tiene una discapacidad auditiva o visual, podremos brindarle ayuda especial, 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 Médica 30
- Miembros de los Programas de Servicios para Niños con Necesidades de Salud Especiales 30
- Transición de Atención Médica a la Adulthood: Cumplir 18 Años 31
- Restricciones para proveedores 31
- Estándares de idoneidad de la red 31
- Servicios de atención de rutina y atención especializada 32
- Pautas para el tipo de atención médica/cita 32
- Servicios Médicos Preventivos Reproductivos 33
- Servicios de Planificación Familiar 34
- Atención de maternidad y prenatal 34
- Servicios del Programa de Salud Materno Infantil (Maternal and Infant Health Program, MIHP) 35
- Servicios Cubiertos. 36
- Sección de servicios no cubiertos 44
- Servicios que no cubre Medicaid 45
- Si debe consultar a un doctor que no es parte de Molina 45
- Telemedicina 46
- Cuidado Urgente frente a Sala de Emergencias (ER) 46
- Cómo Obtener Atención de Emergencia 47
- Fuera del estado/fuera del área 48
- Medicamentos Cubiertos 48
- Segundas opiniones 49
- Apoyos y servicios comunitarios 50
- Salud Mental. 50
- Servicios de Tratamiento Residencial 50
- Equipo Médico Duradero 50
- Servicios de Cuidado Paliativo 50
- Servicios de Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal (FQHC), Clínicas de salud rural (RHC) y Centros de salud tribal (THC) 51
- Servicios para Dejar de Fumar 51

Su póliza (continuación)

- Cómo acceder a los Servicios Hospitalarios 52
- Información y pago a proveedores 53
- Pago de la prima de MIChild 53
- Pagos y facturas de Medicaid 53
- Novedades 54
- Cancelación de Inscripción 54
- Plan Médico Adicional 54
- Programa de Servicios para Niños con Necesidades de Salud Especiales (CSHCS) 55
- Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT) 56
- Quejas y Apelaciones 56
- Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) 60
- Proceso de audiencia estatal justa 60
- Derechos y Responsabilidades 62
- Directivas Anticipadas. 64
- Five Wishes 65
- Fraude, Despilfarro y Abuso 66
- Privacidad del Miembro. 68
- NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DE MOLINA HEALTHCARE OF MICHIGAN 69
- Definiciones 74
- Certificado de Cobertura 87
- Artículo I. Condiciones generales 87
- Artículo II. Definiciones 88
- Artículo III. Elegibilidad e Inscripción 92
- Artículo IV. Relación con proveedores participantes y no participantes 93
- Artículo V. Departamento de Servicios para Miembros 95
- Artículo VI. Pago de servicios cubiertos 99
- Artículo VII. Servicios cubiertos y coordinación de la atención 100
- Artículo VIII. Exclusiones y Limitaciones 102
- Artículo IX. Vigencia y finalización 102
- Artículo X. Coordinación de beneficios 104
- Artículo XI. Subrogación 106
- Artículo XII. Misceláneo 106
- Apéndice A - Detalle de beneficios de Servicios cubiertos 107
- Apéndice B - Servicios de coordinación de la atención 113
- Apéndice C - Servicios excluidos y limitaciones 114

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 aún no recibe su tarjeta de identificación, visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.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). Necesita una tarjeta de identificación de Molina Healthcare y una tarjeta de Medicaid mihealth del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (Michigan Department of Health and Human Services, MDHHS). Se requieren ambas tarjetas, junto con su identificación válida, para obtener servicios cubiertos.



2. Regístrese en MyMolina

Registrarse es sencillo. Visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) para 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 de Proveedor de Cuidados Primarios. Él o ella será su doctor(a) personal. Para cambiar de doctor o elegir uno, visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.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). Llame a su médico dentro de los próximos 60 días para programar su primera visita.



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.

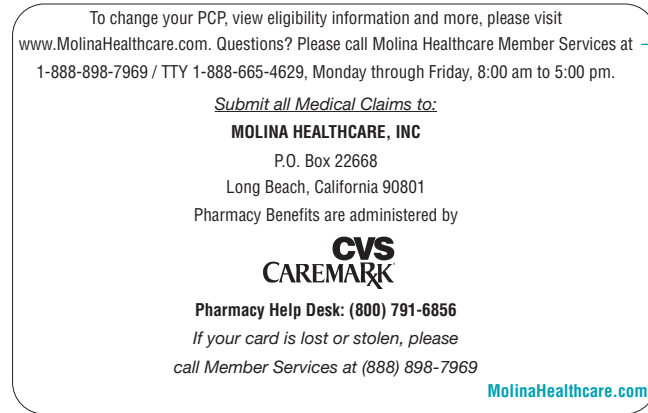
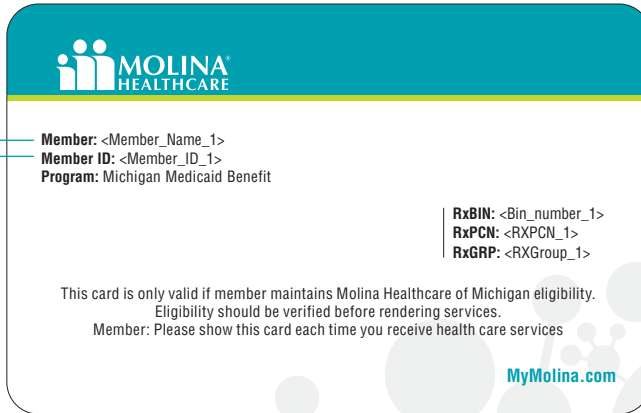
Su Membresía

Tarjeta de Identificación

Hay una tarjeta de identificación para cada miembro.

Su nombre.

Su número de identificación de miembro



Información de contacto de Servicios para Miembros

Usted necesita su tarjeta de identificación para realizar lo siguiente:



Consultar a su doctor, especialista u otro profesional de la salud.



Acudir a una sala de emergencias.



Recibir cuidados de urgencia.



Ir a un hospital.



Obtener suministros médicos y/o recetas médicas.



Someterse a análisis médicos.

Referencia Rápida.

Necesidad	Emergencias	Acceso en Línea <ul style="list-style-type: none"> - Encontrar o cambiar a su doctor. - Actualice su información de contacto - Solicitar una tarjeta de identificación. - Recibir recordatorios de atención médica. - Controlar las visitas al consultorio. 	Obtener Atención <ul style="list-style-type: none"> - Atención Médica Preventiva - Cuidado Urgente. <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades leves. - Lesiones leves. - Inmunizaciones (vacunas). - Exámenes físicos y controles
	Acción	<p>Llame al 911</p> <p>Visite MyMolina.com y regístrese.</p> <p>Encuentre un proveedor en el siguiente enlace: MolinaHealthcare.com/ProviderSearch</p>	<p>Llame a su Doctor: <u>Nombre y Teléfono</u></p> <p>Centros de Cuidado Urgente Encuentre un proveedor o centro de cuidado urgente. MolinaHealthcare.com/ProviderSearch</p> <p>Línea de Consejos de Enfermería 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</p>

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 consultas.
 - Cuidado prenatal.
 - Consultas preventivas infantiles con el PCP u 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 o Eventos de la Vida

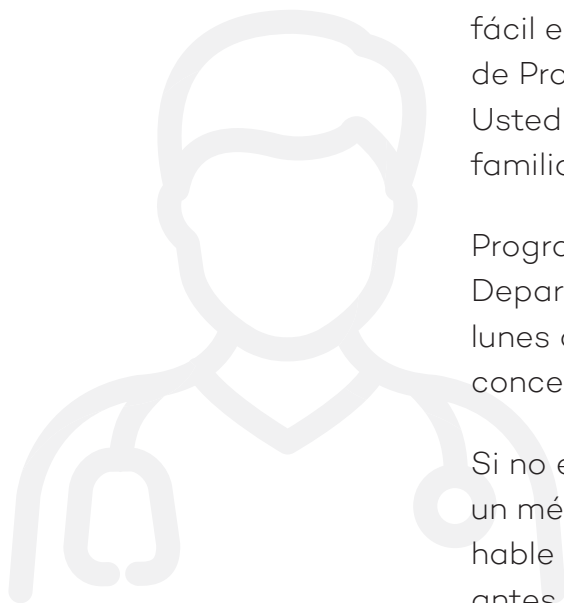
- Cobertura.
- Información de contacto
- Matrimonio.
- Divorcio.
- Nacimiento
- Fallecimiento

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



Encontrar un médico

Su Proveedor de Cuidados Primarios (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 doctores, hospitales, farmacias, etc. Usted puede escoger uno de ellos. Y puede elegir otro para sus familiares. O bien, puede elegir uno para todos ustedes.

Programe su primera consulta para conocer a su doctor. 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 para encontrar a un doctor.

Si no elige un doctor, 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 Consulta

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

Su doctor hará lo siguiente:

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

Servicios de Intérprete

Si necesita hablar en su propio idioma, podemos conseguir un traductor para que hable con usted. Él o ella también puede ayudarlo(a) a hablar con su doctor o proveedor. Un traductor podrá ayudarlo(a) a realizar las siguientes actividades:

- Concertar una cita.
- Hablar con su doctor o miembro del personal de enfermería.
- Obtener atención de emergencia.
- Presentar un reclamo, una queja o una apelación.
- Recibir información sobre el consumo de medicamentos.
- Realizar un seguimiento de una autorización previa que necesite para un servicio.
- Comunicarse a través del lenguaje de señas.

This is a free service. 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 acudir a un doctor que sea parte de Molina.

Si por algún motivo desea cambiar su doctor primario, visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.com). 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).



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). Nuestro personal de enfermería lo(a) ayudará si necesita cuidado urgente.

Sus Beneficios

Servicios médicos

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

El directorio en línea contiene información de los proveedores, como sus nombres, números telefónicos, direcciones, especialidades y calificaciones profesionales.

Aparatos auditivos

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. Se distribuyen 36 baterías desechables para audífonos 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. hora del este (TTY: 711). También puede visitar MolinaHealthcare.com.

Servicios Dentales y para la Vista

Servicios Oftalmológicos

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/MyMolina) para encontrar optometristas o doctores que puedan proporcionarle estos servicios.

Usted recibe todos los servicios para la vista disponibles a través del Vision Services Plan (VSP). El beneficio de visión de Molina Healthcare incluye exámenes de los ojos y anteojos de repuesto.

A fin de encontrar un proveedor de VSP o para ver si su proveedor existente está incluido, visite [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahc.com) y consulte los Proveedores de VSP disponibles para usted en el Directorio de proveedores. Si es miembro nuevo de Molina, podrá continuar acudiendo a su proveedor de servicios de la vista 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.



Odontología

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 12 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.S. 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 a fin de 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 el programa Healthy Kids Dental, los beneficios dentales para los que su hijo puede ser elegible y encontrar a un dentista de 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. Incluso, puede recibir recordatorios de visitas al médico y consejos saludables. Si está interesado en 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.

Utilizamos una Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL). Estos son los medicamentos que preferimos que su doctor le recete.

La mayoría de los medicamentos genéricos (sin marca registrada) se incluyen en la lista. 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 para la infertilidad no están cubiertos.

Estamos de su lado. Trabajaremos junto con su doctor 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 de doctor, actualice su información de contacto, solicite una tarjeta de identificación nueva y mucho más. Para registrarse, visite [MyMolina.com](https://www.mymolina.com).

Aplicación móvil My Molina Mobile

Tenga acceso a un plan de salud inteligente con su teléfono inteligente. Con la aplicación móvil, podrá ver fácilmente su tarjeta de identificación, así como imprimirla o enviársela a su doctor. Busque nuevos doctores, cambie de Proveedor de Cuidados Primarios (Primary Care Provider, PCP) y mucho más.

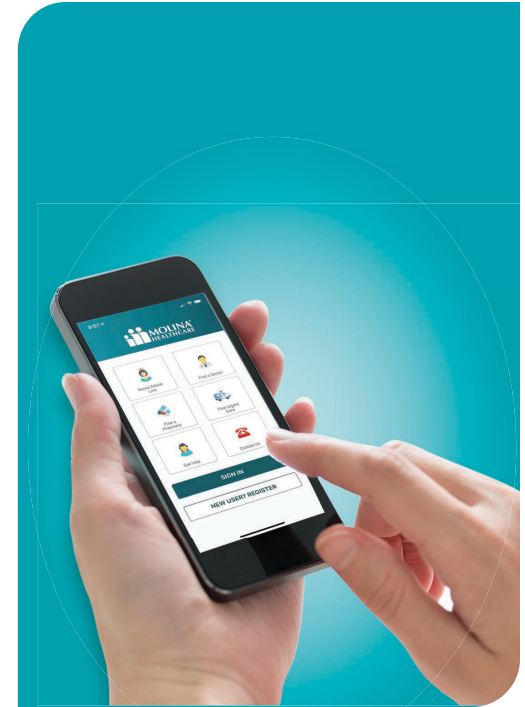
En cualquier momento y lugar

Descargue hoy mismo la Aplicación móvil My Molina Mobile desde la App Store de Apple o la Play Store de Google.



Búsqueda de proveedores

Utilice nuestras opciones de búsqueda avanzada para buscar proveedores que satisfagan sus necesidades. Cambie su Proveedor de Cuidados Primarios. Busque y cambie de PCP mediante el buscador de doctores. Todo en la aplicación.



Tarjeta de identificación digital

Visualice ambos lados de su tarjeta de identificación. Puede imprimirla desde la aplicación o enviar una copia por correo electrónico a su proveedor.

Otras funciones:

- Consulte los beneficios con tan solo un vistazo.
- Revise su elegibilidad.
- Comuníquese con su administrador de cuidados.
- Busque una farmacia cerca de usted.
- Busque un centro de cuidado urgente cerca de usted.
- Consulte su historia clínica.
- Llame a nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros.
- Hable con un miembro del personal de enfermería a través de nuestra Línea de Consejos de Enfermería, disponible las 24 horas.
- Reciba notificaciones importantes.



Facebook de Molina Healthcare of Michigan

Socialice con nosotros y descubra cómo Molina Healthcare of Michigan está ayudando a las comunidades de Michigan. Síguenos en Facebook en <https://www.facebook.com/Molina-Healthcare-of-Michigan-104050265342046/>

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 usted desea aplicar u obtener más

información sobre el Consejo Asesor de Miembros de Molina, llame al (888) 898-7969, de lunes a viernes, a partir de las 8 a. m. a 5 p. m., hora del este (TTY/TDD: 711).

Programas de Educación para la Salud e Incentivos

¡Viva bien y manténgase sano(a)! Nuestros programas gratuitos lo(a) 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 Cuidados se comunicará 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, a partir de las 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 Programa Mamás de Molina (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(a) con lo siguiente:

- Mantenerse saludable.
- Buscar a un doctor para usted y su recién nacido.
- Coordinar las consultas con el doctor durante el embarazo y después del nacimiento de su bebé.
- Coordinar el transporte a las consultas con el doctor.
- 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 doctor.

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.

Usted puede ser elegible para recibir una tarjeta de regalo de \$25 si completa su visita posparto después de tener a su bebé (si la visita es realizada por el PCP o el obstetra/ginecólogo). La consulta de posparto debe realizarse entre 21 y 56 días después del nacimiento del bebé. 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) 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 consulta 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 Cuidados

Contamos con un equipo de profesionales de enfermería 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 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 Cuidados.

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:

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

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

- Solicitudes de estampillas para comida
- Determinación del Seguro Social
- Solicitudes de servicios sociales y de salud
- Organización del servicio de comida a domicilio “Meals on Wheels”
- Metas de salud
- Conversaciones con el Proveedor de Cuidados Primarios

Cómo atendemos

- Consultas a domicilio, a comunidades y refugios
- Entrevistas presenciales y telefónicas
- Actuación como defensor de miembros
- Ayuda para eliminar las barreras a fin de recibir atención médica
- Ayuda para programar citas con los proveedores
- Ayuda con problemas de farmacia
- Realización de chequeos de seguridad en el hogar

Si puede beneficiarse de nuestro programa de Conectores de la comunidad, llame gratis al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. hora del este (TTY: 711).

Administración de Casos

El personal de Molina Healthcare ayudará a coordinar su atención.

Vivir con problemas de salud y poder controlarlos 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.

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 las necesidades de atención médica.
- Acceder a los recursos para ayudarlo con las necesidades especiales de atención médica y/o ayudar a sus cuidadores a lidiar con el estrés diario.
- Coordinar la transición 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 el servicio de comida a domicilio “Meals on Wheels”.
- Organizar los servicios con un Proveedor de Cuidados Primarios (PCP), familiares, cuidadores, y cualquier otro proveedor identificado.
- Ayudarlo(a) a navegar en el sistema de atención médica.
- Ayudarlo(a) 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 es posible que lo(a) deriven a uno de los programas a través de los siguientes medios:

- Remisiones de proveedores.
- Autorremisiones.

¿Con quién me comunico si deseo obtener más información?

Llame a nuestro Departamento de Administración de Salud al (866) 891-2320 (TTY: 711). Nuestro personal puede brindarle más información. También puede informarle sobre los programas en los que está inscrito actualmente, Además, puede solicitar una remisión o que lo eliminen de un programa.

Recursos Comunitarios.

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

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

- Marque 2-1-1. Este servicio es un servicio gratuito y confidencial que lo(a) 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 Mujeres, bebés y niños (WIC) ofrece a las embarazadas y niños pequeños comida y otros servicios GRATIS. 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 envíe un correo electrónico a MHMCommunityOutreach@MolinaHealthcare.com.



DETALLES DE MI PÓLIZA

Departamento de Servicios para Miembros

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

- Información General
- Cambio de domicilio o número de teléfono.
- Cambio de doctor.
- Reclamos.
- Bienestar.
- Solicitud de 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 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 telefónico o el tamaño de su familia, llame a la Línea de ayuda para beneficiarios del 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 sistema braille, letra de molde grande o en audio, sin costo para usted. Si tiene una discapacidad auditiva o visual, podremos brindarle ayuda especial, sin costo para usted. 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), a fin de solicitar una copia gratuita de los materiales para miembros.

Recibirá manuales del miembro dentro de los 5 días laborables después de hacer 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 al programa de Asistencia de Seguro de MDHHS al (877) 342-2437.

Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. hora del este (TTY: 711).

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

Para empezar, debe elegir un PCP. Los PCP son médicos, enfermeras especializadas o médicos

asociados que ofrecen servicios de Medicina familiar, Pediatría o Medicina interna. Su PCP brinda la mayor parte de su atención médica. Su PCP también puede enviarlo a un especialista, a otro proveedor de atención médica y a hospitales.

Encontrará una lista de los PCP en MolinaHealthcare.com o en MyMolina.com. Para solicitar una copia impresa de nuestra lista de PCP 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). Si lo necesita, un especialista puede ser su PCP. Si no elige un PCP dentro de los 30 días de la inscripción, seleccionaremos uno por usted. Nos aseguraremos de que los servicios del PCP y de los 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 diabetes, o una 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 uno nuevo en cualquier momento. Sus solicitudes entrarán en vigor de inmediato. Para cambiar su PCP, visite MyMolina.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 al Departamento de 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 Médica

Si es nuevo(a) en Molina Healthcare y está realizando la transición desde otro Plan de Salud, usted puede conservar sus proveedores y servicios durante, al menos, 90 días después de su fecha de inscripción. Esto incluye servicios médicos, dentales, farmacéuticos y de salud conductual.

Molina se compromete a proporcionar los mejores resultados de salud a nuestros miembros, y brindará servicios de transición de atención médica a aquellas personas que cumplan los siguientes requisitos:

- Presentar necesidades de atención médica importantes o ciertas afecciones médicas complejas.
- Recibir servicios continuos en la actualidad, como cirugías programadas, diálisis, atención médica domiciliaria, quimioterapia, radioterapia, trasplantes de órganos, médula ósea y células madre.

- Estar embarazada. En ese caso, usted puede conservar a su proveedor durante el periodo de embarazo y posparto.
- Requerir un suministro de transición de un medicamento.

Si es un(a) miembro nuevo(a) de Molina y su proveedor no participa en Molina, o bien si es un(a) miembro actual y su proveedor ya no participa en nuestra red, usted puede consultar a su médico de atención primaria, especialista, dentista y clínica actuales durante el periodo de transición y continuidad de la atención.

Molina no aprobará la atención continuada que ofrezca un doctor no participante si:

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

Miembros de los Programas de Servicios para Niños con Necesidades de Salud Especiales

Si está inscrito(a) en el Programa de Servicios para Niños con Necesidades de Salud Especiales

(Children's Special Healthcare Service, CSHCS), Molina trabajará con usted y sus proveedores actuales con el objetivo de garantizar una transición de atención médica sin complicaciones y, además, proporcionará servicios de continuidad de la atención para los servicios que pueda recibir a través del CSHCS. Comuníquese con Molina al (888) 898-7969 para obtener ayuda con la continuidad y la transición de la atención médica.

Transición de Atención Médica a la Adulthood: Cumplir 18 Años

Como padre o madre/cuidador, usted conoce las diversas transiciones que su hijo(a) experimenta a medida que crece. La transición desde la atención médica pediátrica a la atención para adultos es una de dichas transiciones, y es un hito muy importante, por lo que requiere una planificación avanzada para que se realice de manera correcta. Molina Healthcare puede ayudarlo(a) proporcionándole herramientas y servicios que ayudarán a los jóvenes y adultos jóvenes a gestionar su salud y utilizar los servicios de salud de manera eficaz una vez que se conviertan en adultos. Molina comienza a proporcionar esta ayuda antes de los 14 años, la cual continúa hasta la edad adulta (18 años) de los miembros. Se puede realizar una evaluación de preparación para la transición con el fin de analizar los cambios que ocurren cuando el joven se convierte en adulto. Esta evaluación también ayuda a identificar las áreas que se deben preparar, como las que se mencionan a continuación:

- Conocimiento de afecciones de salud, medicamentos y alergias.

- La importancia de llevar información importante: tarjeta del seguro médico, contactos de emergencia y lista de medicamentos.
- Qué hacer en caso de emergencia.
- Práctica sobre cómo programar citas con el doctor y solicitar renovaciones de recetas médicas.
- Transición desde un doctor pediátrico a un doctor para adultos.
- Leyes de Privacidad de los 18 años, en las que se establece que los padres/cuidador no pueden acceder a la información médica ni estar presentes en la consulta médica, a menos que el paciente esté de acuerdo.

Si considera que usted o su hijo(a) necesitan servicios de Transición de Atención Médica, comuníquese con Molina al (888) 898-7969 para recibir asistencia.

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 cuidados primarios (PCP), especialistas, hospitales, farmacias y proveedores dentales dentro 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, a partir de las 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 la tarjeta de identificación de Molina Healthcare, la 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 cuidado especializado de un proveedor participante, lo que incluye servicios médicos de rutina y preventivos prestados por un obstetra ginecólogo, especialistas y proveedores de servicios de pediatría. No hay ningún costo por recibir estos servicios. Si bien Molina Healthcare of Michigan no requiere remisiones, consulte a su PCP para asegurarse de que no haya otras necesidades de remisiones.

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 sin costo alguno y otros proveedores de atención médica 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 doctor o dentista debe fijar citas en los siguientes plazos:

Pautas de citas médicas	Plazo
Atención médica después de las horas de consulta (servicios de emergencia)	De inmediato: las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Cuidado urgente	Dentro de las 48 horas
Atención médica primaria de rutina	Dentro de los 30 días laborables de la solicitud
Cita de atención médica preventiva	Dentro de los 30 días laborables de la solicitud
Cuidado sintomático no urgente	Dentro de los 7 días laborables de la solicitud
Cuidado especializado	Dentro de las 6 semanas de la solicitud
Cuidado especializado agudo	Dentro de los 5 días laborables de la solicitud

Pautas de citas médicas Plazo

Salud conductual*	<ul style="list-style-type: none"> • 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 de la solicitud • Cuidados de urgencia 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
Cuidado urgente	Dentro de las 48 horas
Atención médica rutinaria	Dentro de los 21 días laborables de la solicitud
Atención médica preventiva	Dentro de las 6 semanas de la solicitud
Cita inicial	Dentro de las 8 semanas de la solicitud

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 problemas para programar o no puede conseguir una cita en el plazo correspondiente. Si tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencias.

Servicios Médicos Preventivos Reproductivos

Las personas pueden consultar a cualquier miembro de Molina Healthcare especialista en obstetricia y ginecología para atención obstétrica y ginecológica. No hay ningún costo por recibir estos servicios. Si bien Molina Healthcare of Michigan no requiere remisiones, consulte a su PCP para asegurarse de que no haya otras necesidades de remisiones.

- Las personas a partir de los de 50 años deben realizarse una mamografía cada año para detectar el cáncer de mama.
- Las personas deben realizarse una prueba de Papanicoláu cada año para detectar el cáncer de cuello uterino.
- Las mujeres sexualmente activas de entre 16 y 25 años deben realizarse una prueba de detección de clamidia. todos los años para revisar si hay presencia de 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 los 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.
- Ayuda para decidir cuántos hijos tener.
- Información y recetas para anticonceptivos. Por ejemplo, preservativos y píldora anticonceptiva. No hay ningún costo por la adquisición de estos artículos.
- Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Si bien Molina Healthcare of Michigan no requiere remisiones, consulte a su PCP para asegurarse de que no haya otras necesidades de remisiones para recibir servicios de planificación familiar. Puede obtener servicios de planificación familiar de cualquier doctor, 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. Usará su tarjeta miHealth para recibir los servicios.

Atención de maternidad y prenatal

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

- Si cree estar embarazada, llame a su doctor y pida una cita. Es importante comenzar la atención 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 doctor, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969. Atención disponible 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. Línea de Consejos al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711)
- Asegúrese de acudir a su doctor inmediatamente después de tener a su bebé para recibir cuidado de seguimiento (entre 3 y 8 semanas, de 21 a 56 días, después del nacimiento de su bebé). Si tuvo una cesárea, el seguimiento sería dentro de 1 a 2 semanas después de la cirugía.
- Ofrecemos atención prenatal, posparto y de maternidad.
- Ofrecemos información sobre dietas, ejercicios y otros servicios importantes de atención médica.
- Ofrecemos servicios de Partera cuando los recomienda un proveedor de atención médica autorizado. La cobertura de los servicios de Partera puede incluir 6 consultas prenatales y/o de posparto, además de una consulta de trabajo de parto y parto.

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 respecto al nacimiento de su hijo lo antes posible. Si tiene preguntas sobre la inscripción de su recién nacido en 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).

Nos aseguraremos de que se cumplan las siguientes condiciones:

- Que su bebé obtenga atención médica.
- El doctor de su bebé aparezca 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 (MIHP) es un beneficio cubierto que ayuda a las miembros embarazadas y sus bebés a recibir la alimentación, apoyo y transporte adecuados para todos los servicios de salud. El Programa también ayuda a entender la importancia de recibir cuidados prenatales, controles preventivos del niño e inmunizaciones, cuando estén en el calendario.

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 Padres, Madres y Bebés:

- Información sobre anticoncepción.
- Asesoramiento nutricional, programa WIC y despensas 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> a fin de obtener ayuda para dejar el tabaco o reducir su consumo.

WIC:

El programa de Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC) ofrece a las mujeres embarazadas y los niños pequeños comida y otros servicios gratuitos. No es necesario que solicite los

servicios del programa WIC a su médico de cabecera. Visite <https://tinyurl.com/Michigan-WIC> para obtener más información.

Si desea obtener más información sobre estos servicios de apoyo, llame al programa 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 autorización previa es una solicitud de servicio de su doctor. Usted no la necesita para la mayoría de los servicios médicos. Sin embargo, sí se requiere una aprobación previa para algunos servicios. El personal médico de Molina Healthcare y su doctor revisan la necesidad de esta atención antes de brindar los servicios. Se aseguran de que sean correctos para su afección médica.

A fin de conocer la lista de servicios cubiertos para los que se requiere una autorización previa, consulte la tabla de Servicios cubiertos. También puede visitar [MolinaHealthcare.com](https://www.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 (prior approval, PA), excepto para ambulancias aéreas que no sean de emergencia.
--------------------------	---

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

Salud conductual: salud mental	Se requieren PA para algunas pruebas neuropsicológicas y psicológicas y para terapia electroconvulsiva (electroconvulsive therapy, ECT) ambulatoria. Molina cubre servicios de salud mental ambulatorios.
--------------------------------	---

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 de enfermeras parteras certificadas	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 cubiertos (Proveedores participantes)

Servicios dentales para miembros embarazadas de Medicaid

No se requiere PA para los servicios de rutina. Se requiere PA para los servicios dentales que no sean de atención médica rutinaria.

Un dentista participante brindará servicios dentales a mujeres embarazadas.

Medicaid cubre lo siguiente:

- Exámenes bucales periódicos
- Extracciones
- Servicios médicos preventivos y reconstituyentes
- Dentaduras postizas y parciales

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

Servicios de diagnóstico (radiografías, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes)

Los servicios de diagnóstico seleccionados (incluidas TC, IRM, angiografías por resonancia magnética [magnetic resonance angiogram, MRA], tomografía por emisión de positrones [single photon emission computed tomography, PET] y tomografía computarizada por emisión de fotón único [single photon emission computed tomography, SPECT]) requieren PA.

Equipo médico duradero (como muletas y sillas de ruedas)

Algunos elementos médicos duraderos requieren PA.

Servicios de emergencia

No se requiere PA.

Servicios por enfermedad renal en etapa terminal

No se requiere PA.

Servicios de planificación familiar

No se requiere PA para medicamentos, suministros, dispositivos y servicios de planificación familiar.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

Servicios de Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC), Clínicas de salud rural (Rural Health Clinic, RHC) y Centros de salud tribal (Tribal Health Center, THC) No se requiere PA. Puede elegir recibir servicios de un Centro de Salud Acreditado a Nivel Federal (FQHC), Clínica de salud rural (RHC) o Centro de salud tribal (THC) ubicados en su condado. No es necesario que le solicite a su PCP los servicios de FQHC, THC o RHC. Puede también recibir servicios de FQHC, RHC y THC fuera de la red sin autorización previa.

Servicios de recuperación de habilidades y de rehabilitación Se requiere PA para fisioterapia (Physical Therapy, PT), terapia ocupacional (Occupational Therapy, OT) y evaluaciones del habla. No se requiere PA para servicios de recuperación de habilidades.

Educación para la Salud No se requiere PA.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

Aparato auditivo para todas las edades No se requiere PA, a menos que se exceda el beneficio.

- Audífonos: una vez cada 5 años
- Baterías para aparatos auditivos: 36 unidades desechables cada 6 meses
- Moldes auditivos de repuesto:
 - 4 cada 12 meses por audífono (de 0 a 2 años)
 - 2 cada 12 meses por audífono (de 3 a 12 años)
 - 1 cada 12 meses por audífono (de 13 años en adelante)

Servicios médicos domiciliarios Se requiere PA después de la evaluación inicial más 6 consultas.

Servicios en un centro de Cuidado Paliativo No se requiere PA.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Se requiere PA para los servicios hospitalarios para pacientes internados (excepto ingresos de emergencia) y los ingresos optativos, incluidos los servicios de parto y todas las cirugías para pacientes internados. Se exige notificar a Molina Healthcare dentro de las 24 horas posteriores al ingreso o al siguiente día laborable en los casos de ingresos de emergencia. También incluye los Centros de cuidado experto (Skilled Nursing Facilities, SNF) y Centros de atención aguda a largo plazo (Long Term Acute Care, LTAC).

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

Servicios de interpretación para miembros que no hablan inglés e interpretación telefónica para personas con impedimentos auditivos

No se requiere PA.

Servicios del Programa de salud materno infantil (MIHP)

No se requiere PA. Identificador de riesgo y hasta 9 consultas para la mamá con un proveedor del MIHP.

Identificador de riesgo y hasta 9 consultas para el bebé con un proveedor del MIHP y 9 consultas adicionales con orden del doctor. Los bebés expuestos a sustancias pueden recibir hasta 18 consultas adicionales.

Suministros médicos

Se requiere PA para algunos suministros médicos.

Servicios para bajar de peso médicamente necesarios

Se requiere PA.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

Servicios del centro de enfermería para estadía de rehabilitación o atención reconstituyente intermitente o a corto plazo, hasta 45 días.

Se requiere PA para los servicios de centros de enfermería. Las estadías en centros de enfermería están cubiertas para miembros. Los miembros que necesiten servicios de enfermería deben llamar al Departamento de 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)

Visitas al consultorio (rutina)

No se requiere PA. Debe ver a su doctor 2 veces al año para consultas preventivas. Esto incluye exámenes físicos y preventivos anuales, entre los que se encuentran los siguientes:

- Examen físico completo
- Revisión y actualización de vacunas
- Exámenes de detección de cardiopatías 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
- Evaluación de signos de depresión
- Asesoramiento sobre problemas con el alcohol, la depresión, la obesidad y el tabaco

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

Servicios fuera del estado/fuera del área (autorizados por el Plan)	Se requiere PA. Los servicios de emergencia están excluidos.
---	--

Servicios hospitalarios ambulatorios	Se requiere PA para algunos servicios ambulatorios.
--------------------------------------	---

Servicios de actividades de promoción, incluida la atención para embarazadas y el cuidado preventivo del niño	No se requiere PA.
---	--------------------

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

Pruebas de Venta Libre para la Detección del COVID-19 en el Hogar	<p>Pasos para adquirir una prueba cubierta de detección del COVID-19 en el hogar:</p> <p>Compre una prueba rápida de antígenos que cuente con la aprobación de la Administración de Alimentos o Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o la Autorización de Uso de Emergencia en una farmacia, tienda o tienda minorista en línea. El texto “prueba rápida de antígenos aprobada por la FDA o Autorizada para Uso de Emergencia por la FDA” debe indicarse en el envase.</p>
---	--

Conserve la caja y el recibo del kit de prueba, ya que ambos contienen información importante que deberá consultar cuando presente su reclamo.

Pasos para obtener el reembolso:

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

Los costos de las pruebas de detección del COVID-19 en el hogar que califiquen se podrán reembolsar a los miembros de Molina de las siguientes tres maneras:

Presentar un reclamo de forma digital a través de la aplicación móvil Caremark.

Presentar un reclamo de forma digital a través de un perfil registrado en Caremark.com.

Enviar su reclamo para el Kit de Detección del COVID en el Hogar por correo a través de nuestro [Formulario de Reembolso de Reclamos](#).

Clases de crianza y parto

No se requiere PA.

Servicios de podología (pies)

Si el doctor es un PAR (proveedor participante), están cubiertos los servicios y procedimientos en el consultorio y no se requiere PA.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

Servicios del proveedor médico

No se requiere PA para proveedores médicos PAR.

Medicamentos recetados, incluidos ciertos medicamentos recetados de venta libre

Se requiere PA para medicamentos seleccionados, incluidos los medicamentos inyectables y algunos de venta libre. No hay ningún costo para usted por la compra de estos medicamentos.

Servicios médicos preventivos

No se requiere PA. No hay ningún costo por recibir estos servicios.

Servicios del Proveedor de Cuidados Primarios (PCP)

No se requiere PA.

Protésicos y ortóticos

Se requiere PA.

Diálisis renal (enfermedad renal)

No se requiere PA.

Servicios de rehabilitación o atención reconstituyente (en un lugar de servicio que no sea un centro de enfermería)

Se requiere PA.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

Examen preventivo y asesoramiento para la obesidad (para servicios bariátricos)	No se requiere PA. Se requiere la remisión de un proveedor para el examen preventivo y el asesoramiento para la obesidad.
Vacunas (inmunizaciones)	No se requiere PA.
Servicios de especialistas	No se requiere PA para las visitas al consultorio a fin de ver a un especialista. Se requiere PA para algunos servicios de especialistas.
Telemedicina	Si su proveedor ofrece servicios de telemedicina, están cubiertos.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

Terapias (del lenguaje, fisioterapia, terapia ocupacional y terapias de apoyo en las actividades de la vida cotidiana), sin incluir servicios suministrados a personas con discapacidades del desarrollo, que se facturan a través de proveedores del Programa comunitario de servicios de salud mental (Community Mental Health Services, CMHSP) o Distritos escolares intermedios	Se requiere PA para lo siguiente: En vigor a partir del 1/1/22: los beneficios de PT y OT se limitan a la evaluación inicial más 12 consultas para cada una. Se requiere PA si se necesitan consultas adicionales después de las 12 proporcionadas. Terapia del habla: después de la evaluación inicial más 6 visitas en el consultorio y en entornos ambulatorios.
Programa para dejar de fumar incluido el apoyo conductual y farmacéutico	No se requiere PA.
Servicios de trasplantes	Se requiere PA.
Transporte, incluida ambulancia y otros transportes médicos de emergencia	No se requiere PA excepto para ambulancias aéreas que no sean de emergencia.

Servicios cubiertos (Proveedores participantes)

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 previa.

No se requiere PA si los servicios se reciben en el departamento de salud local.

Servicios para la vista No se requiere PA.

Examen preventivo del niño/EPSTDT para niños menores de 21 años No se requiere PA.

Exámenes preventivos para adultos cada año 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 sobre cómo acceder a los servicios, 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).

Sección de servicios no cubiertos

Servicios no cubiertos por Molina Healthcare

Molina Healthcare no pagará por 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 renuncia 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 de 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
- Servicios de tratamiento y desintoxicación por abuso de sustancias
- Transporte para los servicios que no cubre Molina Healthcare
- Servicios del Programa de Lesiones Cerebrales Traumáticas

Servicios que no cubre Medicaid

Medicaid no cubre los siguientes servicios:

- 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 la cobertura de un servicio, 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 doctor 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 mediante un proveedor fuera de la red. El costo que debe pagar no puede sobrepasar el monto que pagaría 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 servicio de Molina Healthcare y necesita atención médica que no es de emergencia, el proveedor deberá contactar primero a Molina Healthcare para recibir una autorización antes de brindar un servicio. Es importante que recuerde que debe recibir servicios cubiertos de Molina Healthcare en los centros y/o proveedores que pertenezcan a la red de Molina Healthcare.

Telemedicina

La telemedicina es el acceso a doctores por teléfono o video, 24 horas al día, 7 días a 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. Llame a su PCP hoy mismo para averiguar si ofrece servicios de telemedicina. Si su proveedor ofrece servicios de telemedicina, están cubiertos.

Cuidado Urgente frente a Sala de Emergencias (ER)

¿Sabía 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 Centros de cuidado urgente y Clínicas fuera del horario de atención.

¿Qué son los Centros de Cuidado Urgente y las Clínicas Fuera del Horario de Atención?

Los Centros de cuidado urgente y las Clínicas fuera del horario de atención tratan problemas médicos que no pueden esperar hasta su siguiente consulta con el doctor, pero no son potencialmente mortales.

Ventajas de los Centros de cuidado urgente y las Clínicas 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 en una sala de emergencias o una clínica de atención médica primaria.

Si no puede ver a su doctor, puede ir a un Centro de cuidado urgente o una Clínica 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 urinaria.
- Fiebre.
- Asma leve.
- Vacuna contra la gripe

Debe acudir a la ER si sufre una lesión o enfermedad repentina, como las que se indican a continuación:

- Envenenamiento (número de teléfono gratuito del Centro de toxicología: [800] 764-7661, 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 Doctor
- 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 un Centro de cuidado urgente o una Clínica fuera del horario de atención cercana, llame a la Línea de Consejos de Enfermería, 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, crea 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 de inmediato.

Ejemplos de emergencias:

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

Si puede, 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. NO 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 Enfermería las 24 horas que puede ayudarlo a comprender y recibir la atención médica que necesita. Llame al (888) 275-8750 para recibir atención en inglés o al (866) 648-3537 para recibir atención en español.

Quizás necesite atención después de dejar la ER. De ser así, no asista a la ER para el cuidado de seguimiento. Programe una cita con su doctor. Si necesita ayuda para ver a un doctor, 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 ER. Llame a su PCP. 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 cuidado urgente, haga lo siguiente:

- Vaya al centro de cuidado urgente o sala

de emergencias más cercana para recibir atención. El hospital o 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

Para asegurarse de que recibe la atención médica que necesita, quizás solicitemos que su proveedor nos envíe una solicitud (una autorización previa). Su proveedor deberá explicar por qué necesita cierto medicamento o una cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar la solicitud de PA antes de que pueda recibir el medicamento. Los siguientes son motivos por los cuales podemos requerir la 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 en el formulario, pero no se encuentra en la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL).
- Debe probar otros medicamentos primero.

Algunos medicamentos también pueden tener límites de cantidad, y otros no tienen cobertura en ningún caso.

Los siguientes son medicamentos que nunca tienen cobertura:

- Medicamentos para la disfunción eréctil.
- Medicamentos para la infertilidad.

Si no aprobamos una solicitud de PA para un medicamento, le enviaremos una carta. En la carta, se explicará cómo puede apelar nuestra decisión. También se detallarán sus derechos a una Audiencia Imparcial Estatal.

Exigimos el uso de medicamentos sin marca cuando estén disponibles. Si su proveedor cree que usted necesita un medicamento de marca registrada, el proveedor deberá presentar una solicitud de PA. Molina Healthcare tiene un proceso para determinar si debe aprobar un medicamento de marca registrada. Recuerde surtir sus medicamentos antes de salir del estado.

Se pueden realizar cambios en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). Es importante que usted y su proveedor controlen la PDL cuando necesite surtir o hacer una renovación de un medicamento.

Consulte nuestro Directorio de proveedores para encontrar farmacias dentro de la red. Para encontrar farmacias dentro de la red, visite [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com), seleccione Medicaid, luego Qué está cubierto y, a continuación, Medicamentos recetados. 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) para encontrar una farmacia de la red cercana.

Para acceder al Formulario de medicamentos comunes de Michigan, visite nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com), seleccione Medicaid, luego Qué está cubierto y, a continuación, Medicamentos recetados. Para solicitar una copia impresa o electrónica del formulario sin costo 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).

Los medicamentos de una farmacia especializada se pueden entregar a domicilio, en el consultorio de su doctor y también están disponibles para retirar en una farmacia local CVS. El programa se llama Specialty Connect. Después de dejar su receta médica en la farmacia, recibirá orientación del seguro y apoyo clínico especializado por teléfono de parte de un grupo de profesionales 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 solicitar 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 basados en la comunidad tratan las necesidades de salud, alientan la prevención y educación para la salud y están creados con el fin de satisfacer las necesidades de la comunidad. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, desde las 8 a. m. hasta las 5 p. m. (TTY: 711) para saber dónde y cómo recibir apoyos y servicios-basados en la comunidad.

Salud Mental.

Molina Healthcare cubre consultas ambulatorias para servicios de salud mental. Si bien Molina Healthcare of Michigan no requiere remisiones, consulte a su PCP para asegurarse de que no hay otras necesidades de remisiones 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 comunitario 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).

Servicios de Tratamiento Residencial

Puede que tenga un problema de abuso de sustancias si sucede lo siguiente:

- 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 recibir estos servicios.

Equipo Médico Duradero

Molina Healthcare cubre los equipos médicamente necesarios. Si desea 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 Centro de Cuidado Paliativo es un programa cubierto que brinda atención para pacientes terminales. Si desea obtener más información sobre el centro de Cuidado Paliativo, 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 Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal (FQHC), Clínicas de salud rural (RHC) y Centros de salud tribal (THC)

Puede elegir recibir servicios de un Centro de Salud Acreditado a Nivel Federal (FQHC), Clínica de salud rural (RHC) o Centro de salud tribal (THC) ubicados en su condado. No es necesario que le solicite a su PCP los servicios de FQHC, RHC o THC. Puede también recibir servicios de FQHC, RHC y THC fuera de la red sin autorización 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 consejería y farmacoterapia (lo que incluye la cobertura de medicamentos recetados y agentes sin receta médica para dejar de fumar aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos [Federal Food and Drug Administration, FDA]). Los medicamentos para dejar de fumar que están cubiertos y que ayudan a los miembros a dejar de fumar incluyen los siguientes:

- Pastillas de Nicotina (cubiertas hasta 20 al día).
- Goma de mascar de nicotina (la mayoría se cubren hasta 30 al día).

- Parches o Kit de Nicotina (cubiertos hasta 1 al día).
- Aerosol Nasal de Nicotina (cubierto hasta 40 ml al mes).
- Inhalador de Nicotina (cubierto hasta 168 cartuchos al mes).
- Comprimidos de Bupropion SR de 150 mg (cubierto hasta 2 comprimidos al día).
- Comprimidos de Varenicline de 0.5 mg y 1 mg (cubierto hasta 2 comprimidos al día).

Para obtener ayuda con la selección de medicamentos, las farmacias pueden llamar al Servicio de Atención de Farmacia de Molina al (855) 322-4077. Los miembros pueden comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969 a fin de obtener ayuda.

Para inscribirse en el programa “I Can Quit” (Puedo dejarlo), llame al número de teléfono gratuito para dejar de fumar de Michigan al (800) 480-7848. El tabaquismo es la principal causa evitable de enfermedades y muertes prematuras. Sin importar su edad ni la cantidad de tiempo que lleva fumando o consumiendo tabaco, es importante dejar de hacerlo. Dejar de fumar reduce el riesgo de padecer cáncer de pulmón, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares 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 muchos medios para dejar de fumar. Es posible que deba probar diferentes medios antes de lograrlo. No pierda las esperanzas. Lo importante es que deje de fumar. Tenga en cuenta que nunca es tarde, sobre todo si vive con una enfermedad crónica.

CONSEJOS PARA AYUDARLO A DEJAR DE FUMAR:

1. Admita que tiene un problema ante usted y las personas que lo rodean.
2. Lleve un registro de cuándo y por qué fuma.
3. Fije una fecha para dejar de fumar.
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 doctor sobre las opciones de tratamiento.
7. Llame al número de teléfono gratuito para dejar de fumar de Michigan al (800) 480-7848 para inscribirse en el programa "I Can Quit" (Puedo dejarlo).

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 una emergencia o Servicios de atención médica urgente. Sin embargo, se cubrirá su hospitalización si obtiene servicios en un hospital o si es admitido en el hospital para Servicios de emergencia o de atención médica urgente fuera del área.

Servicios médicos o quirúrgicos

Cubrimos los siguientes servicios para pacientes internados en un hospital o centro de rehabilitación participante cuando los servicios son prestados de manera general y habitual 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.
- Quirófanos y salas de recuperación.
- Servicios de proveedores participantes, incluidos los tratamientos y debates 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, PET y ecografías.
- Hemoderivados, sangre y su almacenamiento y 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 la siguiente información sobre 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 a. m. a 5 p. m. (TTY: 711) si tiene alguna pregunta.

Molina Healthcare no impide a nuestros proveedores lo siguiente:

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

No dude en consultarnos si tenemos acuerdos especiales con nuestros doctores que puedan afectar las remisiones 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 detener o denegar la atención o los servicios médicos. Las decisiones sobre su atención médica se basan en las necesidades médicas.

Pago de la prima de MICHild

Molina Healthcare of Michigan brinda cobertura 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 al 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 u otros cargos por los servicios médicos cubiertos. Si recibe una factura de un proveedor del plan por servicios cubiertos y aprobados, 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). No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros. Nosotros lo ayudaremos.

Es posible que tenga que pagar por los servicios que no están cubiertos. También es posible que 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 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).

Novedades

Buscamos nuevos tipos de servicios y nuevos medios para ofrecerlos. 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 de la salud mental.
- Medicamentos
- Equipos

Cancelación de Inscripción

Molina Healthcare puede pedir que se cancele su inscripción en nuestra membresía por conductas abusivas, amenazantes y/o violentas hacia los doctores y el personal del médico o el personal de Molina Healthcare.

Puede solicitar una excepción a la inscripción si tiene una afección médica grave y recibe tratamiento activo por ese problema de salud con un doctor 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 periodo 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

Plan Médico Adicional

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 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.

Programa de Servicios para Niños con Necesidades de Salud Especiales (CSHCS)

EL Programa de servicios para niños con necesidades de salud especiales (CSHCS) es un programa del estado de Michigan para niños y algunos adultos con necesidades especiales de atención médica. 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 distintos doctores. 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 inscritos en el plan de salud de Medicaid con servicios para niños con necesidades de salud especiales

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 (Women Infants and Children, WIC)

- Transición a la adultez
 - Ortodoncia
 - Solo para diagnóstico específico de calificación de CSHCS, como paladar hendido/labio leporino
 - Servicio médicamente necesario, relacionado con la afección médica.
 - No es para fines estéticos
 - Cuidado temporal de relevo
 - CSHCS cubre 180 horas de servicios de cuidado de respiro por año cuando el miembro requiere enfermería especializada y un asesor de enfermería de CSHCS determina que es apropiado.
3. Ayuda del **Centro Familiar para Niños y Adolescentes 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

2. Ayuda del **fondo de Necesidades especiales para niños (Children's Special Needs, CSN).**

El fondo de CSN ayuda a las familias del CSHCS a conseguir elementos que Medicaid o CSHCS no cubren. A fin de saber si puede recibir 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 sobre el CSHCS, 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)

Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) brinda servicios de atención médica preventiva e integral para niños menores de 21 años inscritos en Medicaid. La EPSDT se asegura de que los miembros reciban los servicios preventivos, dentales, de salud mental y del desarrollo apropiados. Estos servicios

se ofrecen sin costo alguno. Para obtener más información sobre 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

Usted puede presentar una queja ante Molina Healthcare. Si no está satisfecho con el plan de salud, esto se denomina una queja. 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 (Appeals and Grievance, AnG) de Molina Healthcare puede ayudarlo con su queja.

Si desea presentar una queja, 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 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. Tomaremos una decisión con respecto a su queja en un plazo de 90 días naturales desde su recepción.

El Especialista en AnG analizará su queja. Además, indagará a otros miembros del personal con conocimientos sobre el tema. Puede ser un miembro del personal de enfermería o un doctor 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 la 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 con su apelación. Si usted 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 las Apelaciones al siguiente 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 historias clínicas, cartas de doctores u otra información que explique el motivo por el cual necesita el artículo o servicio. Llame a su doctor 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 y/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 apropiada para tratar su problema de salud 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 la historia clínica u otra información médica importante si es que solicita más tiempo, o si Molina puede demostrar que la demora es para su conveniencia. Recibirá una notificación escrita de esta extensión.
- El Especialista en AnG lo ayudará a presentar su apelación, 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 al (800) 649-3777, y los miembros que no hablen inglés tienen la ayuda de nuestros Representantes bilingües y 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 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). El personal ofrece 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

Sitio web: Michigan.gov/HICAP

Correo electrónico: DIFS-HICAP@Michigan.gov

- Molina Healthcare continuará sus beneficios si se aplican todas las condiciones siguientes:
 - La apelación se presenta dentro de los plazos oportunos. La apelación se debe presentar en los siguientes plazos:
 1. Dentro de los 10 días naturales posteriores a la determinación adversa de beneficios original de Molina Healthcare.
 2. Desde o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción.
 - La apelación implica la finalización, suspensión o reducción de un tratamiento previamente autorizado.
 - Los servicios fueron solicitados por un médico autorizado.
 - El periodo 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 suceda 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 beneficio.
 - La Audiencia Imparcial Estatal toma una

decisión adversa para usted.

- La autorización caduca o se alcanzan los límites de la autorización.
- Si Molina Healthcare o la Audiencia Imparcial Estatal revierten la decisión, Molina Healthcare debe pagar los servicios otorgados mientras esté pendiente la apelación y autorizar o brindar los servicios cuestionados lo antes posible según lo que requiera su problema de salud.
- **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) (casos urgentes)

Si usted o su doctor 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 de la fecha en que se recibió la determinación adversa de beneficios. Le notificaremos nuestra decisión sobre la apelación rápida 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 (Department of Insurance and Financial Services, DIFS) después de haber presentado una apelación rápida ante Molina Healthcare. Si

Molina Healthcare deniega su solicitud de apelación rápida, podrá solicitar una revisión externa rápida ante el DIFS dentro de los 10 días naturales posteriores a la denegación.

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

Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS)

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 la siguiente dirección:

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 historias clínicas, cartas de doctores u otra información que explique el motivo por el cual necesita el artículo o servicio. Llame a su doctor si necesita esta información.

Usted debe apelar por escrito a DIFS dentro de los 127 días naturales después de recibir 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 (Independent Review Organization, IRO) para su revisión. Se le enviará la decisión por correo electrónico en 14 días naturales después de aceptar su apelación.

Usted, su Representante autorizado o su doctor 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 determinación final. 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 periodo, sus beneficios continuarán.

Proceso de audiencia estatal justa

Si tiene problemas con la atención que recibe, primero debe presentar una apelación a Molina. Si no está conforme con la decisión de Molina, puede apelar directamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS)

a través del proceso de Audiencia Imparcial Estatal de Medicaid. Esto debe realizarse en un plazo de 120 días naturales a partir de la determinación final. Molina Healthcare incluirá un formulario de solicitud de audiencia con un sobre con dirección del remitente y franqueo prepago que contendrá nuestra decisión. A continuación, se presentan los pasos para el proceso de audiencia imparcial 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 la Oficina de Normas y Audiencias Administrativas de Michigan (Michigan Office of Administrative Hearings and Rules, MOAHR) al (800) 648-3397 para pedir que le envíen un formulario de Solicitud de Audiencia. 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 historias clínicas, cartas de doctores 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 por correo a la dirección que aparece en el formulario. Molina lo ayudará a llenar y enviar el formulario de solicitud.

Paso 3 A 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 (MDHHS) 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 resuelve antes de la fecha de la audiencia, debe llamar para solicitar un formulario de Solicitud de retiro de audiencia. Puede llamar al (800) 648-3397 para solicitar este formulario.

La dirección para solicitar este formulario de Solicitud de retiro de audiencia es la siguiente:

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

Derechos y Responsabilidades

Estos derechos y responsabilidades están publicados en los consultorios de los doctores. También están publicados en [MolinaHealthcare.com](https://www.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, además, 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 Cuidados Primarios (PCP).
- Saber si se requiere un copago o una contribución.
- Conocer los nombres, la formación y la experiencia de sus proveedores de atención médica.
- Ser tratados 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 (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 respuesta justa y oportuna para 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 al estado para demostrar que Molina Healthcare 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 de Molina Healthcare.
- 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 avisos de inscripción, materiales informativos, materiales instructivos, opciones de tratamiento disponibles y alternativas, entre otros. La información debe estar redactada de una manera y en un formato que sea de fácil comprensión.
- No sufrir ninguna forma de restricción oclusión 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 (culturally and linguistically appropriate healthcare services, CLAS)
- Recibir servicios de atención médica cubiertos
- Ser libre de ejercer sus derechos sin afectar negativamente el trato que le brindan Molina, nuestros proveedores o el Estado
- No ser objeto de otras conductas de discriminación prohibidas por las leyes estatales y federales.
- Solicitar la entrega de las pautas de práctica clínica 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 que se hayan 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 de un plan médico adicional, cuando sea elegible, al especialista del Departamento de Salud y Servicios Humanos y a la Línea de Ayuda para Beneficiarios 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 someterse a los chequeos médicos de rutina y las inmunizaciones (vacunas).
- Asistir a las citas médicas y llegar a tiempo
- Proporcionar toda la información sobre sus antecedentes médicos.
- 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 tomar decisiones o expresar sus deseos sobre la atención médica.

El Poder notarial duradero para atención médica

(Durable Power of Attorney for Health Care, DPAHC) es el formulario de Directiva anticipada reconocido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (Ley Pública 386 del 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 de paciente para tomar las decisiones de 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 doctores que suspendan o retiren el tratamiento de soporte vital en ciertas situaciones, los doctores deben cumplir sus deseos.
- Debe conservar 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 bhpinfo@michigan.gov

El sitio web de Quejas y Alegatos de la Oficina de Profesionales Médicos (Bureau of Health Professions, BHP) 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:

Número de teléfono gratuito del Departamento de seguros y servicios financieros (DIFS) al (877) 999-6442 o www.michigan.gov/difs.

Five Wishes

Five Wishes es el primer testamento vital que aborda sus necesidades personales, emocionales y espirituales, así como también de sus deseos médicos. Le permite elegir a la persona que desee que tome sus decisiones de atención médica si no puede tomarlas usted mismo. Five Wishes le permite decir exactamente cómo desea el tratamiento en caso de una enfermedad grave.

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

Teléfono: (850) 681-2010

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

Correo electrónico: info@fivewishes.org

Sitio web: <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, Despilfarro y Abuso

El Plan de Fraude, Despilfarro y Abuso de Molina Healthcare beneficia a Molina, sus empleados, miembros, proveedores, pagadores y reguladores dado que aumenta la eficacia, reduce el despilfarro y mejora la calidad de los servicios. Molina Healthcare se toma en serio la prevención, la detección y la investigación del fraude, el despilfarro y el 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, entre las que se incluyen el cese del empleo, el cese del estado de proveedor y/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 se incluyen prácticas en el receptor que generan un costo innecesario al programa Medicaid (Sección 455.2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]).

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 (Sección 455.2 del Título 42 del CFR).

Estos son algunos ejemplos de fraude:

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

A continuación, encontrará algunos medios para detener un fraude:

- No le entregue su tarjeta de identificación de Molina Healthcare, su tarjeta de identificación de Molina ni el número de identificación a ninguna persona que no sea un proveedor de atención médica, clínica u hospital. Proporcione estos datos solo cuando reciba 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 del Seguro Social.

Definición:

“Despilfarro” quiere decir un gasto de atención médica que puede eliminarse sin reducir la calidad de la atención. El despilfarro de calidad incluye la sobreutilización, la infrautilización y el uso ineficaz. El despilfarro por ineficiencia incluye la redundancia, las demoras y la complejidad innecesaria de los procesos. Por ejemplo: intento de obtener reembolso por elementos o servicios en los que no hubo intención de engaño o tergiversación, 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 es testigo de un caso de fraude, despilfarro 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 de las siguientes maneras:

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 utiliza y comparte su información para brindarle beneficios de salud. Molina desea mantenerlo informado sobre cómo se utiliza y se comparte su información.

Su Información Médica Protegida (Protected Health Information, 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 (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 su 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 los lugares o las personas a quienes les hemos proporcionado su PHI

¿Cómo protege Molina Healthcare su PHI?

Molina Healthcare emplea varios medios para proteger la PHI a través de nuestro plan de salud. Esto incluye PHI en forma escrita, oral o en computadoras. A continuación, figuran algunos medios que Molina Healthcare utiliza para proteger 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.
- Presentar una queja ante el Department of Health and Human Services.

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 se encuentra disponible en nuestro sitio 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

EN ESTA NOTIFICACIÓN, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ELLA. REVÍSELA 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 la obligación 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 es usada o compartida por Molina Healthcare.

¿Por qué Molina Healthcare utiliza o comparte su PHI?

Utilizamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI se utiliza 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 remisiones entre sus doctores u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su problema de salud con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su doctor.

Para Pagos

Molina Healthcare puede utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir reclamos, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y los suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un doctor que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al doctor el monto 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 utilizar la información de su reclamo para informarle acerca de un programa de salud que podría ayudarlo. También podemos usar o compartir su PHI para resolver inquietudes de los miembros. Su PHI también puede utilizarse para garantizar que se paguen correctamente los reclamos.

Las funciones de atención médica implican muchas necesidades comerciales diarias. Esto incluye, entre otras, lo siguiente:

- mejorar la calidad
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertos problemas de salud (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
- Satisfacción de las necesidades de los miembros, incluida la resolución de quejas y reclamos.

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

Es posible que también utilicemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos utilizar su PHI para proporcionarle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con la salud.

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

Además del tratamiento, el pago y las 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 sucede lo siguiente.

- 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 por teléfono la divulgación o tuvo la oportunidad de objetarla y no opuso objeciones.

Requisitos legales

Utilizaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS).

Salud Pública

Su PHI se puede utilizar 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 utilizarse o compartirse con organismos gubernamentales. Estos 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 utilizarse o compartirse para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la Ley

Su PHI puede utilizarse 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 la 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, Negligencia 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 su PHI?

Molina Healthcare necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no se haya especificado en este aviso. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya otorgado. Su cancelación no se 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 solicitarnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede solicitar que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen en 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 revisar 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**

Puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye únicamente 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 (Difusión de 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. En la lista, no se incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
- A personas sobre su propia información médica protegida.
- 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 periodo 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 este aviso. 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 de ninguna forma.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:
Molina Healthcare of Michigan
Attn: 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 de los EE. UU. de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en:
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
233 N. Michigan Ave. – Suite 240
Chicago, IL 60601
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD)
FAX (312) 886-1019

¿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 su PHI.
- Cumplir con los términos de este aviso.

Esta Notificación está sujeta 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
Attn: Member Engagement
880 West Long Lake Road, Suite 600
Troy, MI 48098-4504
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 se incluyen prácticas en el inscrito

que generan un costo innecesario al programa Medicaid (Sección 455.2 del Título 42 del CFR).

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 representante para asuntos médicos, en la que la persona indica qué acciones deben realizarse en relación con el suministro de atención médica cuando esté incapacitada.

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

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

1. 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 (Managed Care Organization, MCO), 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.

las necesidades especiales de aquellos que, por ejemplo, tienen limitaciones de la vista o tienen un nivel de dominio limitado de la lectura. Entre los ejemplos de Formatos alternativos se incluyen, entre otros, sistema braille, letra grande, audio, video y la información del inscrito leída en voz alta por un representante de los servicios para inscritos.

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 realiza lo siguiente:

- Deniega su solicitud de un servicio de atención médica o servicio dental, suministro, elemento, 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, elemento, 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 oportunamente.

Coordinador de apelaciones: supervisa al Especialista asociado en apelaciones y la

Comité asesor de las prácticas de vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP):

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 la programación apropiados 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

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: aprobación de un servicio.

Representante autorizado: un “representante autorizado” puede ser el suscriptor, padre o madre de un menor cubierto por el contrato de Administración de salud mental (Mental Health Management, MHM), persona con tutela legal, poder notarial duradero médico, 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, lo que incluye, 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 laborable: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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 de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services,

CMS): 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 para niños con necesidades de salud especiales (CSHCS):

la elegibilidad está autorizada por el Título V de la Ley de Seguro Social. Las personas elegibles tanto para CSHCS como para Medicaid están inscritas obligatoriamente en un MHP.

Reclamo correcto: todos los reclamos según la definición de la Sección 44745 del Título 42 del CFR y la Sección 400.111i de las Leyes Compiladas de Michigan (Michigan Compiled Laws, MCL).

Comité de asesoría clínica (Clinical Advisory Committee, CAC): Comité de asesoría clínica designado por el MDHHS.

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

Colaboración: proceso de trabajar con otras personas para lograr metas compartidas.

Colaboración comunitaria: plan para desarrollar políticas y definir acciones a fin de mejorar la salud de la población.

Evaluación comunitaria de necesidades de salud (Community Health Needs Assessment, CHNA): examen sistemático de los indicadores del estado de salud para una población determinada, que se usa con el fin de identificar problemas clave y bienes de una comunidad. La meta final de una evaluación comunitaria de salud es desarrollar estrategias para tratar las necesidades de salud de la comunidad y los problemas identificados.

Trabajadores comunitarios de la salud (Community Health Workers, CHW) o especialistas en apoyo de pares: trabajadores de la salud pública de primera línea que son miembros confiables o tienen una comprensión inusualmente profunda 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: sólido enfoque en los determinantes sociales de la salud, la creación de la equidad en la salud y el apoyo en los esfuerzos para construir comunidades más resistentes mediante la coordinación de las

estrategias de mejora de la salud de la población.

CMHSP: Programa de Servicios de Salud Mental Comunitario (Community Mental Health Services Program).

Queja: una comunicación de un Beneficiario o del representante del Beneficiario al Contratista en la que se expresa una inquietud por la atención o el servicio que presta 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 doctor, consultas dentales, consultas ambulatorias al hospital, medicamentos recetados o aparatos o dispositivos dentales. El copago en general es un monto fijo. Por ejemplo, puede pagar \$2 o \$4 por una consulta con el doctor, una consulta dental o un medicamento recetado.

Servicios cubiertos: todos los servicios prestados bajo Medicaid, como se define en el Contrato que el Contratista ha acordado proporcionar o disponer que se proporcione a los inscritos.

Servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS): la meta 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: el seguro dental es el tipo de cobertura que paga los costos dentales de las personas. Puede devolver a la persona los costos de un tratamiento o lesión dental. También le puede pagar directamente al proveedor. El seguro dental requiere el pago de primas (consultar Prima) de la persona que recibe el seguro.

Plan dental: 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: 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): responsable de la supervisión de las aseguradoras, Organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO), y 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 apropiada para tratar la afección o enfermedad del miembro cuando la Apelación implica un tema clínico.

Partera: persona que no forma parte del ámbito clínico y que, por lo general, proporciona servicios de apoyo físico, emocional y educativo a las personas embarazadas durante las necesidades que tengan durante el periodo prenatal, de trabajo de parto, de parto y de posparto.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): equipos y suministros que ordena un proveedor de atención médica para el uso extendido 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 exámenes preventivos, servicios para la vista, servicios dentales, servicios de audición y cualquier otra atención médica necesaria, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas descritas en la sección 1905(a) de la Ley para corregir o aliviar defectos, afecciones y enfermedades físicas y mentales descubiertas por los servicios de exámenes preventivos, 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 la salud bucodental que requiere atención dental y/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 (Emergency Medical Services, 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 provista en una emergencia médica o dental cuando se cree que su salud está en peligro grave o necesita tratamiento dental de inmediato.

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

Ley de tratamiento de emergencias médicas y trabajo de parto (Emergency Treatment and Active Labor Act, EMTALA): 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: una apelación que se lleva a cabo cuando el Contratista determina (basado en la solicitud del inscrito) o el Proveedor indica (al hacer la solicitud en nombre del inscrito o al apoyar su solicitud) que tomarse el tiempo para una resolución estándar podría poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del inscrito para lograr, mantener o recuperar la función máxima. 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 una solicitud 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 laborales 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 (Explanation of Benefits, EOB): declaración para las personas que reciben la cobertura 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 que realiza el Plan a través de su proceso de apelación interna.

Centro de Salud Acreditado a Nivel Federal (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 (Fee-for-Service, 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 (Sección 455.2 Título 42 del CFR).

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 (Freedom of Information Act, FOIA): 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, puede presentar una queja si tiene un problema para llamar al plan o si no está satisfecho con la manera en que lo trató un miembro del personal o un doctor. Una queja no es la manera de lidiar con un reclamo sobre una decisión de tratamiento o un servicio que no está cubierto (consultar Apelación).

Dispositivos y servicios de recuperación de habilidades: servicios de atención médica que ayudan a la persona a conservar, aprender o mejorar las destrezas y el funcionamiento para la vida cotidiana. Ejemplos incluyen terapia para niños que no caminan ni hablan a la edad prevista. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes internados y/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 y/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 (consultar Prima) de la persona que recibe el seguro.

Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA): la protección de las historias clínicas y la información que asegura que los datos de cualquier persona está segura y solo se comparte con otros mediante su consentimiento.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO): una entidad que ha recibido y mantiene un certificado estatal de autoridad a fin de 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 (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS®): el resultado de un esfuerzo coordinado de desarrollo por parte de la Comisión Nacional para el Aseguramiento de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) a fin de proporcionar un conjunto ampliamente utilizado de medidas de desempeño 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 decide un proveedor de atención médica 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 centro de Cuidado Paliativo: un centro de Cuidado Paliativo es una manera especial de cuidar de los enfermos terminales y de 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 médica ambulatoria.

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 (Indian Health Care Provider, IHCP): un programa de atención médica operado por los Servicios de Salud para Indígenas Americanos (Indian Health Service, HIS) 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; no se considera una Inscripción inicial la reinscripción en un plan de salud de Medicaid después de una brecha en la elegibilidad de menos de dos meses.

Centros de Atención Intermedia para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/ID): centros de atención específicamente para personas con discapacidades intelectuales.

LARA: Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios de Michigan (Michigan Department of Licensing and Regulatory Affairs).

Lista de Entidades/Personas Excluidas (List of Excluded Individuals/Entities, LEIE): 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: programa federal o estatal autorizado en conformidad con 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 núm. 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 (Medicaid Health Plan, MHP): plan que ofrece servicios de atención médica a miembros verificados como elegibles por parte del Estado. El Estado tiene contrato con ciertas Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) que brindan servicios médicos a quienes son elegibles. El gobierno paga la prima en nombre del miembro.

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

Médicamente necesario: servicios o suministros dentales o médicos 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.

Denegación 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, a un 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 privada sin fines de lucro 501[©] (3) 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 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.

Cuidado sintomático no urgente: un encuentro entre el inscrito y un Proveedor en el que presenta signos y síntomas médicos, pero que no requiere atención médica urgente o inmediata.

Fuera de la red: servicios cubiertos prestados a un beneficiario por parte de un proveedor fuera de la red de proveedores del Contratista.

Personas con necesidades especiales de atención médica (Persons with Special Health Care Needs, PSHCN): inscritos con necesidades especiales, incluidas las personas con discapacidades físicas, mentales y/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 que suministra 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 salud y bienestar. La utilización efectiva 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 Prepagado para Pacientes Internados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP): presta servicios de salud conductual a los Inscritos salvo los servicios de salud conductual ambulatorios para estos, tal como se describe en el Apéndice 7.

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

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

Atención médica preventiva: atención médica destinada a hallar y tratar problemas de salud y a evitar enfermedades.

Idioma de uso frecuente: 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 (PCP): médico, enfermero, enfermera clínica especializada o auxiliar médico autorizados, según lo permite la ley estatal, que brinda y coordina sus servicios de atención médica. Su Proveedor de Cuidados Primarios 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 brinde.

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

Directorio de proveedores: un listado 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 cuidados.

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 y/o equipos de rehabilitación que ordena su doctor 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 y/o ambulatorios.

Atención médica rutinaria (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. Algunos ejemplos son servicios como empastes y mantenedores de espacio, entre otros.

Atención médica rutinaria (médica): encuentro entre el inscrito y un Proveedor no asociado con ningún síntoma médico. Algunos ejemplos son 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 la Oficina de Gestión y Presupuesto del Censo de Estados Unidos del 2000.

Clínica de salud rural (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 están enumeradas en el siguiente sitio 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 presta 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 excedan los 14 días naturales siguientes a partir de la recepción de la solicitud de servicio, con una posible extensión de hasta 14 días naturales adicionales si (i) el inscrito o el Proveedor solicita una extensión o (ii) el Contratista justifica la necesidad de información adicional y la forma en que la extensión 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 y/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 delimitados por la distribución de dinero, poder y recursos en las comunidades locales, países y en el mundo.

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

Cuidado 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. El cuidado dental urgente se puede tratar con una cita dental rápida.

Cuidado urgente (médico): atención médica proporcionada para una afección que, sin tratamiento

oportuno, podría convertirse en una emergencia, causar una discapacidad provisional 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 cuidado 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 de la notificación del miembro de la existencia de una afección urgente.

Administración de Utilización (Utilization Management, UM): decisiones médicas relacionadas con la atención de una persona.

Programa Vacunas para Niños (Vaccines for Children program, VFC): un programa federal que hace que las vacunas estén disponibles de forma gratuita 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 complementario.

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 las condiciones de este Certificado. En algunas circunstancias, ciertos servicios, equipos y suministros médicos no tienen cobertura o requieren 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 modificaciones, adendas y apéndices.

2.3 Enfermedades contagiosas se refiere al VIH/ SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis y las enfermedades transmisibles que se pueden prevenir con vacunas.

2.4 Servicios cubiertos se refiere a 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 se refiere al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan o su agencia sucesora que administra el programa Medicaid en el Estado de Michigan.

2.6 Partera se refiere a una persona que no forma parte del ámbito clínico y que, por lo general, proporciona servicios de apoyo físico, emocional y educativo a las personas embarazadas durante las necesidades prenatales, de trabajo de parto, de nacimiento y de posparto.

2.7 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) se refiere a la Agencia Estatal responsable de la inscripción y la determinación de elegibilidad para Medicaid.

2.8 Emergencia se refiere a una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de tal gravedad

(incluido dolor intenso) que una persona prudente con conocimiento promedio de salud y medicina pueda esperar de manera razonable que la falta de atención médica inmediata pueda provocar (i) un grave riesgo para la salud de la persona o de una embarazada o su feto o (ii) un daño grave de las funciones corporales o (iii) una falla grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

2.9 Servicios de Emergencia se refiere a los servicios Medicamente Necesarios para tratar una emergencia.

2.10 Medicamento, Dispositivo, Suministro, Tratamiento, Procedimiento o Equipo Experimental, en Investigación o de Investigación se refiere a un medicamento, dispositivo, suministro, tratamiento, procedimiento o equipo que cumple con uno o varios de los siguientes criterios: (a) no se puede comercializar legalmente sin la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) y tal aprobación no se ha otorgado en el momento de su uso o uso previsto; (b) es objeto de una solicitud actual de dispositivo o medicamento nuevo en investigación presentada en la FDA; (c) se brinda de conformidad con un ensayo clínico de Fase I o II; (d) se brinda de conformidad con un protocolo por escrito donde se describe entre sus objetivos la determinación de seguridad, eficacia o eficiencia en comparación con alternativas convencionales; (e) se describe como experimental o en investigación en documentos de información del paciente o consentimiento informado; (f) se entregará o deberá entregarse sujeto a la aprobación y supervisión de un Consejo Médico de Revisión

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 influyente es que el uso se limitaría considerablemente a entornos médicos de investigación; (h) la opinión predominante entre expertos expresada en bibliografía influyente científica o médica es que se necesitan más experimentos o investigaciones para definir la seguridad, 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 Medicamente Necesario si no fuera por el suministro de un medicamento, dispositivo, tratamiento, procedimiento o equipo que cumpla con alguno de los criterios anteriores; o (k) se 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.

2.11 Servicios de Planificación Familiar se refiere a los medios médicamente aprobados, que incluyen evaluaciones de diagnóstico, medicamentos, suministros, dispositivos y asesoramiento

relacionado para prevenir o retrasar voluntariamente un embarazo o para la detección o el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

2.12 Gastos de Atención Médica se refiere a los montos que paga o debe pagar el Plan a los Proveedores Participantes y No Participantes por los Servicios Cubiertos proporcionados al Miembro.

2.13 Profesional de la Salud se refiere a un proveedor de atención médica autorizado apropiadamente, con certificación o aprobado para brindar servicios de salud según la ley de Michigan.

2.14 Hospital se refiere a un centro de cuidados intensivos autorizado como hospital por el Estado de Michigan. Un hospital se dedica a brindar, de forma ambulatoria u hospitalaria, atención y tratamiento médicos a personas enfermas o lesionadas a través de centros médicos, quirúrgicos y de diagnóstico.

2.15 Servicios Hospitalarios se refiere a aquellos Servicios Cubiertos que suministra un Hospital.

2.16 Contrato de Medicaid se refiere al contrato entre el Estado y el Plan, según el cual el Plan acepta brindar o coordinar Servicios Cubiertos para los Miembros.

2.17 Programa Medicaid es el programa de Asistencia Médica del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan en conformidad con 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.

2.18 Director Médico se refiere a un Médico que fue designado por el Plan para supervisar y administrar aspectos de calidad de la atención de los programas y servicios del Plan.

2.19 Medicamento Necesario se refiere a los servicios, el equipo o los 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 conformidad con las prácticas y los estándares médicos aceptados en el momento del tratamiento. Medicamento Necesario no incluye en ningún caso ninguno de los siguientes elementos:

- 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 Cuidados Primarios o se suministraran por remisión de

este, o fueran autorizados de otro modo por el Plan, según los procedimientos del Plan.

2.20 Medicare se refiere al programa establecido en virtud del Título XVIII de la Ley federal de Seguro Social, 42 U.S.C. 1395 y siguientes.

2.21 Miembro se refiere a un beneficiario del Programa Medicaid que está inscrito en el Plan y en cuyo nombre el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan pagó una Mensualidad de conformidad con el Contrato de Medicaid.

2.22 Acuerdo del Miembro se refiere a 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.

2.23 Servicios No Cubiertos significa los servicios, equipos y suministros que no son Servicios cubiertos.

2.24 Proveedor No Participante significa un Profesional de la salud, Médico, Hospital u otra entidad sin contrato con el Plan para brindar Servicios cubiertos a los Miembros.

2.25 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.

2.26 Hospital Participante significa un Hospital que tiene contrato con el Plan para brindar Servicios cubiertos a los Miembros.

2.27 Médico participante significa un Médico que tiene contrato con el Plan para brindar Servicios cubiertos a los Miembros.

2.28 Proveedor Participante se refiere a un Profesional de la Salud, Médico, Hospital, organización médica, organización médico-hospitalaria u otra entidad con contrato con el Plan para brindar Servicios Cubiertos a los Miembros.

2.29 Pagador se refiere a todo tipo de seguro y otros beneficios del plan de salud, incluidos Medicare y otros beneficios privados y gubernamentales.

2.30 Plan se refiere al Programa Medicaid de Molina Healthcare de Michigan, una Sociedad con Fines de Lucro de Michigan y una organización autorizada para el mantenimiento de la salud.

2.31 Médico se refiere a 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.

2.32 Mensualidad se refiere a un monto prepago por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan en nombre del Miembro para asegurarse de que este obtenga los Servicios Cubiertos.

2.33 Proveedor de Cuidados Primarios se refiere a un Médico Participante u otro Proveedor Participante responsable de brindar atención médica primaria y coordinar todos los aspectos de la atención médica del Miembro.

2.34 Código de Salud Pública se refiere al Código de Salud Pública de Michigan, PA 368 de 1978, MCLA 333.1101 y siguientes.

2.35 Área de Servicio se refiere al área geográfica en la que el Plan está autorizado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y el DIFS para operar como organización para el mantenimiento de la salud.

2.36 Médico Especialista se refiere a un Médico Participante, que no sea el Proveedor de Cuidados Primarios, que brinda Servicios Cubiertos a los Miembros mediante remisión del Proveedor de Cuidados Primarios y, si es necesario, con Autorización Previa del Plan.

2.37 Cuidados de urgencia se refiere al 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 seleccionar un plan de salud o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan puede seleccionar el plan de salud para 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 de un Proveedor de Cuidados Primarios.

A la fecha de vigencia de la inscripción, el Miembro debe elegir un Proveedor de Cuidados Primarios. Si el Miembro es menor de edad o por otro motivo no puede elegir un Proveedor de Cuidados Primarios, una persona autorizada debe elegir al Proveedor de Cuidados Primarios en su lugar. Una persona autorizada puede elegir a un pediatra como Proveedor de Cuidados Primarios para un Miembro menor de edad. El Plan puede elegir a un Proveedor de Cuidados Primarios 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 Cuidados Primarios. El Proveedor de Cuidados Primarios del Miembro brinda servicios de atención primaria y coordina el suministro de otros servicios de atención médica para el Miembro, incluidos, entre otros: referir a Médicos especialistas, ordenar análisis de laboratorio y radiografías, recetar medicamentos o terapias, coordinar la hospitalización y coordinar, en general, la atención médica del Miembro según corresponda.

4.3 Cambio de Proveedor de Cuidados Primarios. Para cambiar a otro Proveedor de Cuidados Primarios 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 someterse a un examen preventivo para mujeres anualmente y recibir 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 emitida por el Proveedor de Cuidados Primarios o el Plan. Se puede seleccionar a un pediatra como Proveedor de Cuidados Primarios 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 ni asociados de ellos ni 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 Cuidados Primarios 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 Cuidados Primarios 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 Cuidados Primarios 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 Cuidados Primarios o un especialista al que se remite al Miembro, el Plan puede solicitar que el Miembro seleccione otro Proveedor de Cuidados Primarios o puede disponer que el Proveedor de Cuidados Primarios 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 Entrega y confidencialidad de los registros médicos del miembro.

5.1.1 El Plan debe mantener la confidencialidad de la información médica del 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 divulgar información médica a Proveedores Participantes y No Participantes con respecto al Miembro, según sea necesario para implementar y administrar el Contrato de Medicaid, el Contrato del Miembro con el Plan, sujeto a los requisitos aplicables según la ley estatal y federal.

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 solicitud, 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 del historial médico 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 No Participante, el Miembro firmará una autorización de divulgación de información sobre la atención, el tratamiento y la condición física de ese Miembro al Plan, a los Proveedores Participantes, 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 el historial médico 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 calendario 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. 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 condición 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 calendario adicionales para obtener el historial médico 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 Seguros y Servicios Financieros. El Miembro puede solicitar una revisión externa si no recibe una decisión del Plan dentro de los 30 días calendario 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 a <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 Doctor 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 la determinación final. 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 a <https://courts.michigan.gov/self-help/mahs/pages/default.aspx>. Si el miembro tiene problemas con respecto a 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 realizar en un

plazo de 120 días naturales a partir de la determinación final. Molina Healthcare incluirá un formulario de solicitud de audiencia estatal junto con un sobre con dirección del remitente 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 el sitio web del Plan, en MolinaHealthcare.com.

5.4 Tarjetas de membresía.

54.1 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.

54.2 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.

54.3 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 al Departamento de Servicios para Miembros antes del fin del siguiente día hábil del robo o en la fecha en que el Miembro descubra 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 Mensualidad 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 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 requiere que el Miembro pague los Servicios Cubiertos en el momento en que se prestan, el Miembro debe presentar una solicitud de reembolso

por dichos Servicios Cubiertos por escrito al Plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se prestaron 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 responsable del pago de todos los servicios, suministros y equipos recibidos de Proveedores no participantes, a menos que esos servicios se incluyan

como Servicios cubiertos en el Apéndice A de este Certificado y se autoricen según lo exige el Plan. No obstante, la Autorización previa no es necesaria para Servicios de emergencia, Servicios de planificación familiar, tratamiento de enfermedades contagiosas en el departamento de salud local del Miembro, 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 responsable de pagar los Servicios No Cubiertos que reciba si sabía o razonablemente debería haber sabido que eran Servicios No Cubiertos en el momento en que se suministraron. El Plan podrá recuperar del Miembro los gastos por servicios no cubiertos.

Artículo VII. Servicios cubiertos y coordinación de la atención

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

7.1.1 Los Servicios Cubiertos se especifican como servicios cubiertos en el Contrato de Medicaid en el momento en que se brindan. 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 Cuidados Primarios del Miembro brinda, receta, ordena o coordina con anticipación los Servicios Cubiertos, excepto si el Miembro accede directamente a los servicios de un Especialista u otro Proveedor Participante en virtud de los términos expresados de este Certificado.

7.1.4 Los Servicios Cubiertos son previamente autorizados por el Plan, cuando es 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 Cuidados Primarios lo antes posible después de recibir los Servicios de Emergencia. Toda atención de seguimiento y continuación se coordinará con el Proveedor de Cuidados Primarios 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 Cuidados Primarios 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 debe comunicarse con el Plan y con el Proveedor de Cuidados Primarios del Miembro tan pronto como sea posible después de que comience la hospitalización de Emergencia. Es posible que el Plan o el Proveedor de Cuidados Primarios del miembro le solicite al miembro que se traslade un Hospital Participante cuando sea físicamente posible.

7.5 Servicios de coordinación de la atención. El Plan referirá a los Miembros a agencias u otros proveedores para ciertos servicios para los que

el Miembro pueda ser elegible, pero que no sean Servicios cubiertos. Estos servicios se establecen en el Apéndice B.

Artículo VIII. Exclusiones y Limitaciones

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

8.2 Limitaciones.

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

8.2.2 El Plan no tiene responsabilidad ni obligación de pago de servicios, equipos ni 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 en este Certificado se 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 Cuidados Primarios por Servicios No Cubiertos no convierte a estos servicios en Servicios Cubiertos.

8.2.4 El Plan no cubrirá servicios, equipos ni suministros no entregados, provistos, recetados, ordenados o coordinados por

el Proveedor de Cuidados Primarios del Miembro según lo exige el Plan o bien, cuando sea necesario, no autorizados previamente por el Plan, excepto si en este Certificado se especifica, de otro modo, que el Plan cubrirá tales servicios.

8.2.5 El Plan no cubrirá servicios, equipos ni suministros que no sean Medicamentos 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 de forma automática en la fecha de vigencia de la finalización 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 hará que continúe ni se extienda la cobertura de los Miembros más allá de la fecha de finalización de este.

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 recibir cuidado 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 va a prisión 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 o que pongan en peligro la vida y que involucren actos físicos de violencia o amenazas verbales o físicas de violencia contra los proveedores del Plan, el 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 vigencia de la finalización 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, sus necesidades de atención médica o el hecho de que el Miembro haya hecho ejercicio de sus derechos en virtud de la Política y el Procedimiento de Quejas 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 Desafiliación 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 la inscripción en el Plan por causa justificada. En caso de que el Miembro desee cancelar su inscripción en el Plan, el Miembro, o una persona autorizada en nombre del Miembro, debería comunicarse con el Corredor 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 la 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 paciente internado en un Hospital en la fecha en que finaliza la inscripción del Miembro en el Plan, el Plan debe pagar la estadía en el Hospital como paciente internado hasta la fecha de alta, sujeto a los términos y condiciones del Acuerdo de 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 solicitud del Plan, el Miembro deberá ceder lo siguiente:

a. Todo seguro y otros beneficios del plan de salud, incluido Medicare y otros beneficios gubernamentales o privados, a pagar por la atención médica del Miembro.

b Todos los derechos a los pagos y dinero abonado por reclamos de atención médica recibidos por el Miembro.

10.2.2 Los Miembros no cederán beneficios ni pagos por Servicios Cubiertos en virtud del Acuerdo del Miembro a otra persona ni 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 a 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 y perjuicios por un monto que supere los Gastos de atención médica reales del Plan, el Plan tendrá derecho a recuperar los costos de la demanda y los honorarios de abogados de ese monto excedente, hasta el monto correspondiente a tales costos y honorarios.

Artículo XII. Misceláneo

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 que el Plan entregue 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 aviso que el Miembro pueda o deba dar al Plan en virtud de este Certificado deberá hacerse por escrito y entregarse personalmente o enviarse a través del correo postal, de EE. UU., en primera clase, con franqueo postal prepagado y debe estar dirigida al Plan a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of Michigan
Atención: Departamento de Servicios para Miembros
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 Preventivo de Detección del Nivel de Plomo en Sangre y Seguimiento.** Los servicios de examen preventivo de detección del nivel de plomo en sangre y seguimiento tienen cobertura para Miembros menores de 21 años.
6. **Extractores 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 de Anticoncepción.** 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 Medicamento 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 monitoreo 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 autocontrol 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 las destrezas necesarias.

6. Los siguientes medicamentos son Servicios Cubiertos para el tratamiento de la diabetes si los ordena un Proveedor Participante y se consideran Medicamento Necesarios:
 1. Insulina.
 2. Medicamento no experimental para control del nivel 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. Elementos Descartables y Otros Suministros Médicos:

- a. Tienen cobertura los elementos 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 de Tipo I no controlada e insulino dependiente.

12. Equipo e Insumos Médicos de Uso Prolongado

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

13. Servicios de Emergencia.**14. Servicios por 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 Hospitalización. 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 Enfermeras Parteras Certificadas.
 - c. Atención Neonatal. 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 Miembros nuevas 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.
 - h. Servicios de Partera. Seis (6) consultas durante los periodos de prenatal y posparto, además de una (1) consulta de asistencia durante el trabajo de parto y el parto. Los servicios de partera deben ser recomendados por un

proveedor de atención médica autorizado.

- 24. Servicios Médicamente Necesarios para Bajar de Peso.** Los servicios para bajar de peso médicamente necesarios tienen cobertura para Miembros con afecciones médicas con riesgo para la vida. Se requiere Autorización Previa (Prior Authorization, PA).
- 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 y/o graves de niños y adolescentes con trastornos emocionales graves.
- 26. Transporte Que No Sea de Emergencia.** Se brinda transporte que no sea 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 de

la lesión inicial (solo estará cubierta la primera visita para el tratamiento).

b. Cirugía Ortognática. Está cubierta la cirugía ortognática (cirugía para corregir la relación o posiciones de los huesos y tejido blando de la mandíbula) por síndromes congénitos que afecten de manera directa el crecimiento, desarrollo y función de la mandíbula y estructuras circundantes.

28. 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.

29. 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.

30. Cirugía Plástica y Reconstructiva. La cirugía plástica y reconstructiva para mejorar la función o asemejarse a una apariencia normal está cubierta si la cirugía se realiza en estructuras anormales del cuerpo debido a defectos congénitos, anomalías de desarrollo, traumatismo, infección, tumores o enfermedad. La cirugía reconstructiva de mama cuando se realizó previamente una mastectomía por cáncer tiene cobertura. Algunas cirugías plásticas y reconstructivas deben cumplir criterios específicos para tener cobertura.

31. Servicios de Podología. Los servicios de podología están cubiertos.

32. Medicamentos Recetados.

- Los medicamentos del formulario tienen cobertura cada 30 días.
- Los preservativos tienen cobertura, limitada a 36 por cada 30 días.
- Los medicamentos y suministros médicos de venta libre tienen cobertura si se cuenta con receta médica.
- No tienen cobertura los medicamentos para la infertilidad.
- El 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:
- Atención médica preventiva, consultas médicas por enfermedad o lesión, consultas, control de niño sano, atención de alergias y exámenes específicos del sexo o de la edad, periódicos y de rutina.
 - Inmunizaciones pediátricas y de pacientes adultos de rutina según lo recomendado por las pautas de Servicios de Salud Pública de EE. UU.
 - Educación para la Salud.
- 34. Dispositivos Ortopédicos y Ortóticos.** Los soportes y dispositivos de prótesis y ortopedia estándar tienen cobertura según las pautas del Departamento. Los dispositivos ortopédicos 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 Rehabilitación o Atención Reconstituyente (en un lugar de servicio que no sea un centro de enfermería).**
- 38. Mamografía de Detección y Servicios Preventivos del 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 son recomendadas por un Médico Participante o si así lo desea un 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, está cubierto.

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 para la Vista. 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 dos pares de anteojos al año para Miembros menores de 21 años y un 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 preventivos 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 los servicios médicamente necesarios cubiertos cada año calendario. 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 Centros 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.** El 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 de salud mental comunitario.

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 Cuidados Primarios o Proveedor participante y/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 ni Suministros que no sean 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 y/o Reentrenamiento y Servicios Relacionados.** Los servicios cognitivos, entrenamiento y/o reentrenamiento y atención, suministros o procedimientos relacionados quedan excluidos, cualquiera sea la persona que los suministra.
9. **Procedimientos y Cirugía Cosméticos.** Quedan excluidos la cirugía, los medicamentos, las inyecciones, los procedimientos y los servicios relacionados realizados para modificar las

estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar o cambiar la apariencia o la 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 de justicia 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 cualquier diente debido al acto natural de masticar. 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 Excepción 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. Equipo e Insumos Médicos. Quedan excluidos de la cobertura, reemplazo y/o reparación de la mayoría de los elementos cubiertos debido a uso indebido, pérdida o abuso según la definición del Manual del Proveedor de Medicaid; los elementos experimentales; las baterías (excepto las baterías para audífonos); los elementos de comodidad y conveniencia como mesas para la cama, almohadillas térmicas, cascos de protección, camas ajustables, soportes para el teléfono, aires acondicionados, baños sauna, jacuzzis, bañeras de hidromasajes 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. Férulas Bucales y 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 de clases antipsicóticas y medicamentos psicotrópicos de la clase H7Z según se enumeran en la categoría “Clases

de Psicotrópicos y VIH/SIDA en Michigan”. fhsc.com; medicamentos en las clases antirretrovirales, incluidos los inhibidores de la proteasa y los inhibidores de la transcriptasa inversa; medicamentos para el tratamiento contra el abuso de sustancias, según se enumeran en la categoría Clases de Psicotrópicos y VIH/SIDA en Michigan.fhsc.com.

29. Servicios Privados de Enfermería.

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 (gamete intrafallopian transfer, GIFT), inseminación artificial, transferencia intratubárica de cigotos (zygote intrafallopian transfer, ZIFT), inseminación intrauterina (intrauterine insemination, IUI), 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 Parte de un Miembro o un 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 Requieran Terceros. Quedan excluidos los servicios que requieran terceros, entre ellos: exámenes físicos, servicios de diagnóstico, recetas médicas e inmunizaciones en relación con la obtención o continuidad de un empleo, obtención o continuidad de una licencia expedida por un municipio, estado o gobierno federal, obtención o continuidad de una cobertura de seguro, obtención de una admisión en una escuela o asistencia, o participación en actividades deportivas. Quedan excluidas las evaluaciones psiquiátricas y/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 la Articulación Temporomandibular (ATM). No tiene cobertura la cirugía de TMJ.

38. Quedan excluidos los Servicios de Transporte que no son beneficios cubiertos en conformidad con el Contrato de Medicaid.





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