

Bienvenido a **Molina Healthcare.**

Está en familia.

MolinaHealthcare.com



Manual del miembro de **Michigan**
Medicaid
Última actualización enero de 2020

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

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

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

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

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

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

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

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

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

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 Reclamaciones 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.

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, ha sido nuestra misión brindar atención médica de calidad a todos. Estamos aquí para usted. Y hoy, como siempre, tratamos a nuestros miembros como nuestra familia.

En este manual encontrará la siguiente información útil:

Su membresía (página 3)

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

Su médico (página 07)

- Encontrar un médico
- Programe su primera visita
- Médicos y hospitales de Molina

Sus beneficios (página 11)

- Servicios médicos
- Audífonos
- Teléfono celular sin costo
- Servicios dentales y de la visión
- 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 Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711). Podemos explicarle en inglés o en su idioma principal. Puede que contemos con la información impresa en otros idiomas, sin costo para usted. Puede solicitarla en braille, letra grande o en audio, sin costo para usted. Si tiene una discapacidad auditiva o visual, podremos brindarle ayuda adicional, sin costo para usted.

Su póliza (página 25)

- Departamento de servicios para miembros - página. 26
- Cambio en la información - página. 26
- Materiales para el miembro - página. 26
- Redeterminación de elegibilidad para Medicaid - página. 27
- Sección de información sobre el proveedor - página. 27
- Su proveedor de atención primaria (PCP) - página. 27
- Cambiar su PCP - página. 27
- Transición de atención (TOC) - página. 28
- Restricciones para proveedores - página. 28
- Estándares de idoneidad de la red - página. 28
- Servicios de atención de rutina y atención especializada - página. 28
- Pautas para el tipo de atención médica/cita - página. 29
- Servicios preventivos para mujeres - página. 30
- Servicios de planificación familiar - página. 30
- Atención de maternidad y prenatal - página. 30
- Servicio del programa de salud materno infantil (MIHP) - página. 31
- Servicios cubiertos - página. 32
- Sección de servicios no cubiertos - página. 38
- Servicios no cubiertos por Molina Healthcare - página. 38
- Servicios que no cubre Medicaid - página. 39
- Si debe consultar a un médico que no es parte de Molina - página. 39
- Telesalud - página. 39
- Atención médica urgente y sala de emergencias (ER) - página. 39
- Cómo obtener atención de emergencia - página. 40
- Fuera del estado/fuera del área - página. 41
- Medicamentos cubiertos - página. 42
- Medicamentos de farmacia especializada - página. 42
- Segundas opiniones - página. 43
- Apoyos y servicios comunitarios - página. 43
- Salud mental - página. 43
- Abuso de sustancias - página. 43
- Equipo médico duradero - página. 43
- Servicios de hospicio - página. 43
- Servicios de Centros de salud de calificación federal (FQHC), Clínicas de salud rural (RHC) y Centros de salud tribal (THC) - página. 44
- Servicios para dejar de fumar - página. 44
- Cómo acceder a los servicios hospitalarios - página. 45

Su póliza (continuación)

- Información y pago a proveedores - página. 45
- Pago de la prima de MIChild - página. 46
- Pagos y facturas de Medicaid - página. 46
- Conocer lo nuevo - página. 46
- Desafiliación - página. 46
- Otro seguro - página. 46
- Servicios de atención médica especial para niños (CSHCS) - página. 47
- Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT) - página. 48
- Quejas y apelaciones - página. 48
- Departamento de seguros y servicios financieros - página. 51
- Proceso de audiencia estatal justa - página. 52
- Derechos y responsabilidades - página. 53
- Directivas anticipadas - página. 55
- Five Wishes - página. 56
- Fraude, despilfarro y abuso - página. 57
- Privacidad del miembro - página. 59
- Aviso sobre las prácticas de privacidad de molina healthcare of michigan - página. 60
- Definiciones - página. 64
- Certificado de cobertura - página. 76
- Artículo I. Condiciones generales - página. 76
- Artículo II. Definiciones - página. 77
- Artículo III. Elegibilidad e inscripción - página. 80
- Artículo IV. Relación con proveedores participantes y no participantes - página. 81
- Artículo V. Servicios para miembros - página. 83
- Artículo VI. Pago de servicios cubiertos - página. 86
- Artículo VII. Servicios cubiertos y coordinación de la atención - página. 88
- Artículo VIII. Exclusiones y limitaciones - página. 89
- Artículo IX. Vigencia y finalización - página. 89
- Artículo X. Coordinación de beneficios - página. 91
- Artículo XI. Subrogación - página. 93
- Artículo XII. Disposiciones varias - página. 93
- Apéndice A - Detalle de beneficios de servicios cubiertos - página. 94
- Apéndice B - Servicios de coordinación de la atención - página. 100
- Apéndice C - Servicios excluidos y limitaciones - página. 101

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



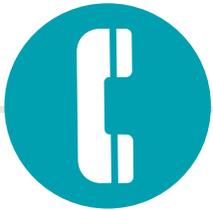
1. Revise su kit de bienvenida

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 recibió su tarjeta de identificación, visite [MiMolina.com](https://www.mimolina.com) o llame a Servicios para miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711). 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 MiMolina

Registrarse es fácil. Visite [MiMolina.com](https://www.mimolina.com) para cambiar el proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), ver el historial de servicios, solicitar una nueva tarjeta de identificación y mucho más. ¡Conéctese desde cualquier dispositivo, en cualquier momento!



3. Hable sobre su salud

Lo llamaremos para una breve conversación sobre su salud.

Esto nos ayudará a identificar cómo brindarle la mejor atención posible. Avísenos si su información de contacto se ha modificado.



4. Conozca a su PCP

PCP es la abreviación en inglés de proveedor de atención primaria.

Él o ella será su médico personal.

Para elegir o cambiar de médico, ingrese en [MiMolina.com](https://www.MiMolina.com) o llame

al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m.

(TTY: 711). Llame a su médico dentro de los próximos 60 días para programar su primera visita.



5. Conozca sus beneficios

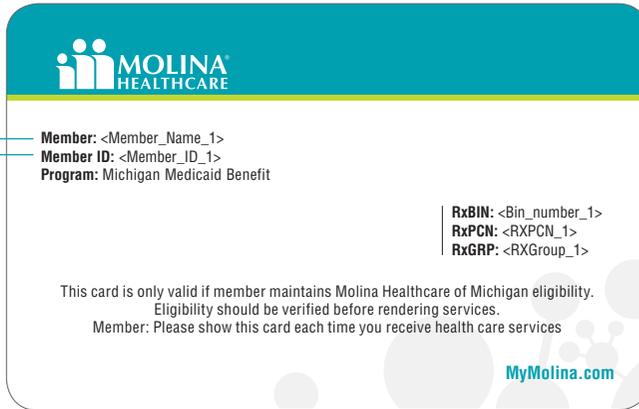
Con Molina, tiene cobertura médica y servicios adicionales gratis. Ofrecemos traslados gratuitos a su médico. También ofrecemos ayuda con su salud.

Su membresía

Tarjeta de identificación

Hay una tarjeta de identificación para cada miembro.

Su nombre
Su número de identificación de miembro



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

Submit all Medical Claims to:

MOLINA HEALTHCARE, INC

P.O. Box 22668

Long Beach, California 90801

Pharmacy Benefits are administered by



Pharmacy Help Desk: (800) 791-6856

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

MolinaHealthcare.com

Información de contacto de Servicios para Miembros

Usted necesita su tarjeta de identificación para hacer lo siguiente:



Ver a su médico, especialista u otro proveedor



Ir a una sala de emergencias



Recibir atención médica urgente



Ir a un hospital



Obtener suministros médicos o medicamentos recetados



Realizar estudios médicos

Referencia rápida

| | | | | |
|-----------|-------------------|--|--|--|
| Necesidad | Emergencia | Acceso en línea <ul style="list-style-type: none">- Encuentre o cambie a su médico- Actualice su información de contacto- Solicite una tarjeta de identificación- Reciba recordatorios de atención médica- Monitoree las visitas a consultorios | Cómo recibir atención <ul style="list-style-type: none">- Atención preventiva- Atención médica urgente<ul style="list-style-type: none">- Enfermedades leves- Lesiones leves- Vacunas- Exámenes físicos y controles | |
| | Acción | Llame al 911 | Visite MiMolina.com y regístrese | Llame a su médico: <u>Nombre y teléfono</u> |
| | | Encuentre un proveedor en el siguiente enlace: MolinaHealthcare.com/ProviderSearch | Centros de atención médica urgente Encuentre un proveedor o centros de atención médica urgente MolinaHealthcare.com/ProviderSearch | Línea de consejos de enfermería las 24 horas (888) 275-8750 (inglés) (866) 648-3537 (español) TTY/TDD inglés: (866) 735-2929 TTY/TDD español: (866) 833-4703 |

Los detalles de su plan

- Preguntas sobre su plan
- Preguntas sobre programas o servicios
- Problemas con la tarjeta de identificación
- Servicios de idiomas
- Transporte
- Ayuda con sus visitas
 - Atención prenatal
 - Consultas del bienestar del niño con el PCP u obstetra/ginecólogo

Servicios para Miembros

(888) 898-7969

De lunes a viernes, en horario de atención normal, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m.

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

Cambios/eventos de la vida

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

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

Programe su primera consulta para conocer a su médico. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) si necesita ayuda para concertar una cita o para encontrar un médico.

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

PCP: _____

Número de teléfono del PCP: _____

Programe su primera visita

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

Su médico hará lo siguiente:

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

Servicios de intérprete

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

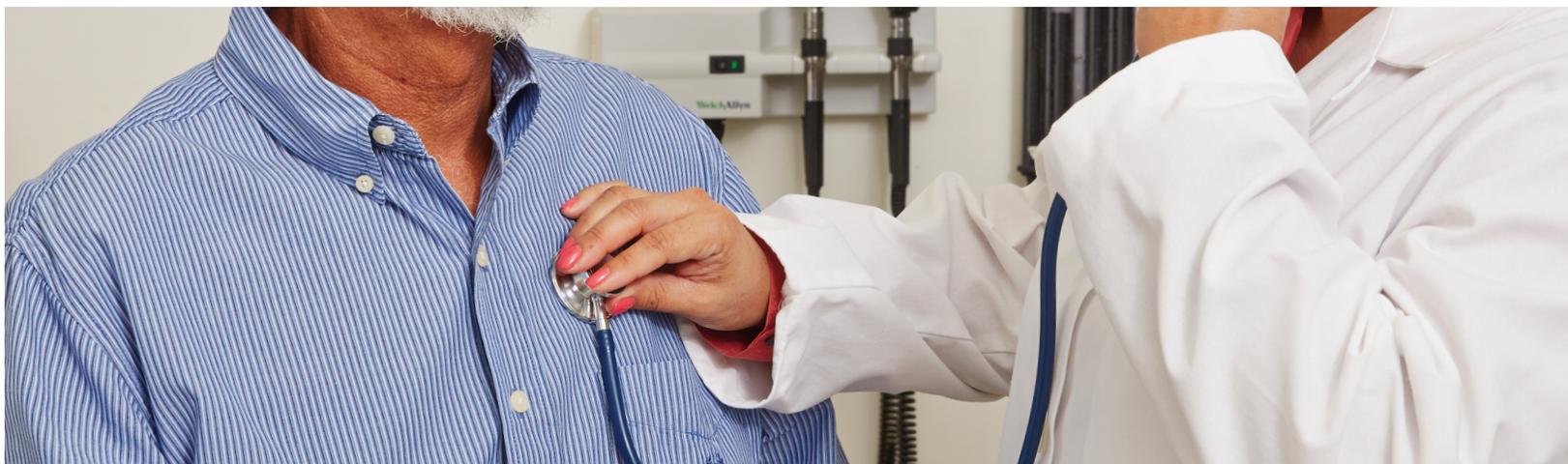
- Concertar una cita
- Hablar con su médico o enfermero
- Obtener atención de emergencia
- Presentar una reclamación, una queja o una apelación
- Recibir información sobre la toma de sus medicamentos
- Hacer un seguimiento de una aprobación previa que pueda necesitar para un servicio
- Hablar el lenguaje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

Este es un servicio gratuito. Si necesita un intérprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

Debe asistir a un médico que sea parte de Molina.

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

También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).



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

Sus beneficios

A large, light gray circular graphic containing a white outline of a stethoscope, positioned behind the 'Servicios médicos' section.

Servicios médicos

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

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

Audífonos

Los exámenes de audición y suministros auditivos, incluidas las baterías de los audífonos y su mantenimiento y reparación, tienen cobertura para todas las edades. Medicaid cubre un audífono cada 5 años. 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 8.00 a. m. a 5.00 p. m. hora del este (TTY: 711). También puede visitar MolinaHealthcare.com.

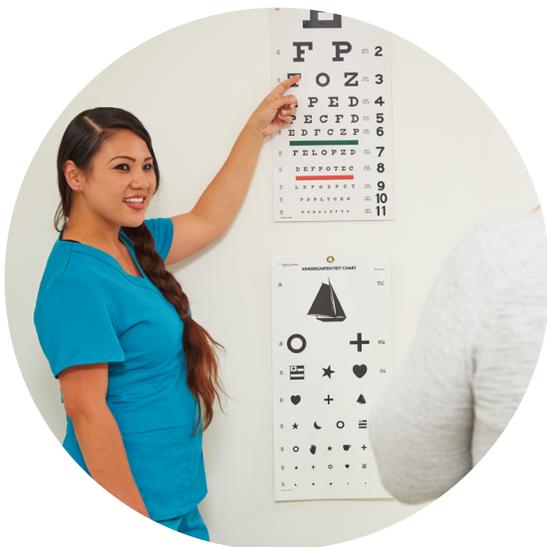
Visión

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

Revise el Directorio de proveedores de Molina Healthcare en [MiMolina.com](https://www.mimolina.com) para encontrar optometristas o médicos que puedan proporcionarle estos servicios.

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

Para encontrar un proveedor de la visión o para ver si su proveedor existente está incluido, visite [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com) y consulte los Proveedores de la visión disponibles para usted en el Directorio de proveedores. Si es miembro nuevo de Molina, podrá continuar viendo a su proveedor de servicios de la visión actual durante 90 días, si el médico 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 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) si tiene alguna pregunta.



Servicios dentales

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

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

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

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

Visite MiMolina.com si desea revisar su cobertura de atención médica. Para encontrar un proveedor de Servicios dentales de Molina, visite 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 calendario. Las mujeres miembros de Medicaid embarazadas pueden usar este beneficio para visitar a cualquier proveedor de Molina Healthcare.

Si tiene preguntas sobre este beneficio, llámenos. Estamos aquí para ayudarlo. Llame al programa M.O.M. al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711). También puede visitar MolinaHealthcare.com.

Todas las mujeres miembro de Medicaid que no estén embarazadas pueden llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios de Medicaid de Michigan para obtener ayuda para encontrar un dentista al (800) 642-3195 o visitar www.medicaiddentistry.com. Healthy Kids Dental es un programa de atención médica de Medicaid disponible para niños menores de 21 años de bajos ingresos. Si está actualmente inscrita en Healthy Kids Dental y queda embarazada, permanecerá en Healthy Kids dental para los servicios dentales prenatales.

Para obtener más información sobre Healthy Kids Dental, los beneficios dentales para los que su hijo puede ser elegible, y para localizar 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. Podrá recibir 350 minutos y 3GB de datos GRATIS por 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 médicamente 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 médico le recete.

La mayoría de los medicamentos genéricos están incluidos en esta lista. Puede encontrar una lista de los medicamentos preferidos en [MiMolina.com](https://www.MiMolina.com).

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

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



Sus beneficios adicionales

MiMolina.com: Gestione su plan de salud en línea

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



Consejo asesor de miembros

En Molina Healthcare, deseamos brindarle un mejor servicio. Valoramos su opinión y nos gustaría invitarlo a postularse para el Consejo asesor de miembros de Molina. El Consejo asesor de miembros analiza y recomienda maneras para que Molina mejore sus servicios a los miembros de Molina. Los miembros del Consejo deben ser mayores de 21 años y ser miembros actuales de Molina. El Consejo se reunirá una vez al año en su área. Los miembros del Consejo asesor deberán participar en las conversaciones sobre sus experiencias con los servicios y proveedores de Molina. Molina usará la información del miembro sobre sus experiencias y sus sugerencias para mejorar los servicios de atención médica que brinda a todos los miembros. Si desea postularse u obtener más información sobre el Consejo asesor de miembros de Molina, llame al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. hora del este (TTY/TDD: 711).

¡Valoramos su opinión!

Si recibe una encuesta de Evaluación del consumidor de los sistemas y proveedores de atención médica (Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems, CAHPS) por correo, tómese un momento para completarla y devolverla a SPH Analytics en el sobre con franqueo prepago. Esperamos que esté conforme con nuestros servicios y nos califique con un 10. Su opinión nos dirá qué estamos haciendo bien. También podrá decirnos cómo mejorar su atención médica. Queremos asegurarnos de que esté recibiendo la atención que necesita y merece. En Molina Healthcare of Michigan, siempre buscamos maneras de brindarle un mejor servicio, incluido lo siguiente:

- Programas de incentivos para miembros
- Programas de entregas de farmacias
- Programa anual Molina HOPE Coat Drive
- ¡Y mucho más!

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m., hora del este, usuarios de TTY/TDD: llamar al 711.

Programas de educación para la salud

¡Viva bien y manténgase saludable! Nuestros programas gratuitos lo ayudan a controlar el peso, a dejar de fumar o a obtener ayuda con enfermedades crónicas. Recibirá materiales educativos, consejos de cuidados y más. También tenemos programas para mujeres embarazadas. Si tiene asma, diabetes, problemas cardíacos o cualquier otra enfermedad crónica, un miembro del personal de enfermería o uno de nuestros Administradores de Atención se pondrá en contacto con usted. También puede registrarse en [MiMolina.com](https://www.mimolina.com), nuestro portal seguro para miembros, o llamar al Departamento de Administración de la Salud al (866) 891-2320 (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 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 ayudarla en lo siguiente:

- A mantenerse saludable
- A encontrar un médico para usted y su bebé recién nacido
- A programar visitas al médico durante el embarazo y después del parto
- A obtener traslados al consultorio del médico
- A manejar necesidades especiales durante el embarazo
- A encontrar asesoramiento y clases de crianza y parto
- A obtener información sobre dónde encontrar comida, vivienda y ropa para bebés, y qué esperar durante el embarazo
- A mantenerse en contacto con su médico

Recuerde obtener atención prenatal regular desde el principio, y asistir a todas las citas con el médico, aunque no sea su primer bebé. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) y pregunte por el personal de enfermería de M.O.M.

Transporte

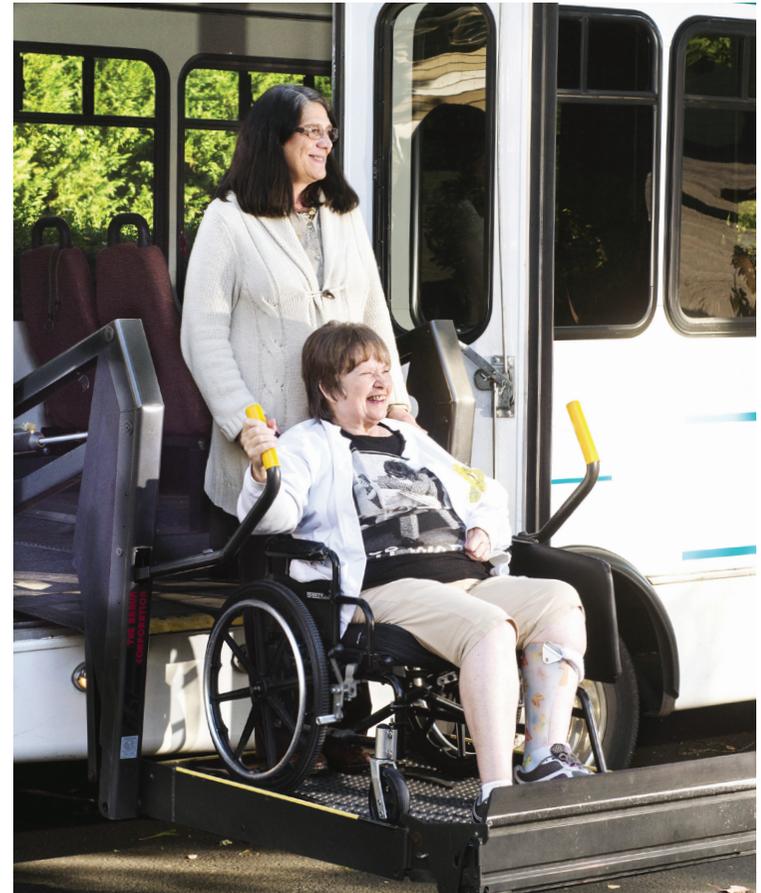
Molina Healthcare brindará transporte a servicios cubiertos. El servicio de transporte se proporciona cuando usted no tiene otro medio para llegar a sus citas con el médico, para radiografías, pruebas de laboratorio, a la farmacia, para obtener suministros médicos u otra atención médica. Para ahorrarse otro viaje, surta sus recetas inmediatamente después de una visita médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) para programarlo. 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, para servicios cubiertos y médicamente necesarios, cada año calendario. Los miembros pueden usar este beneficio para visitar a cualquier proveedor de Molina Healthcare.

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

Tenga a mano su tarjeta de identificación del miembro.





Administración de la atención

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

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

Hay disponibles servicios adicionales. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) si cree que puede recibir beneficios de Administración de la atención.

Conectores de la comunidad

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

- Recursos de vivienda para personas sin hogar
- Un centro de atención médica
- Ubicaciones de bancos de alimentos
- Información de grupos de apoyo
- Asistencia con la factura de servicios
- Opciones de transporte

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

- Solicitudes de cupones de alimentos
- Determinaciones del Seguro Social

- Solicitudes de servicios sociales y de salud
- Coordinación del envío de comida a domicilio
- Metas de salud
- Determinación de la elegibilidad para Medicaid
- Análisis sobre proveedores de atención primaria

Cómo brindamos servicios

- Visitas comunitarias, a refugios y domiciliarias
- Entrevistas personales y telefónicas
- Actúan como defensor de un miembro
- Ayudan a eliminar obstáculos para la atención
- Ayudan a programar citas con proveedores
- Ayudan con problemas de farmacia
- Realizan verificaciones de seguridad domiciliaria

Si cree que puede beneficiarse con nuestro programa de Conectores de la comunidad, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 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 administrarlos puede ser difícil. Ofrecemos servicios especiales y programas para miembros que necesiten ayuda adicional con un problema de salud. Puede tratarse de un adulto o un niño que reciba servicios de salud para un problema de salud continuo. Los programas se ofrecen sin costo alguno.

El personal de Molina Healthcare puede ayudarlo a:

- Acceder a los servicios que usted es elegible para recibir.
- Concertar citas y exámenes.
- Programar el transporte.
- Identificar cualquier brecha en la atención o necesidades de atención médica.

Sus servicios adicionales

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

¿Cómo se inscriben los miembros?

Los programas de Administración de casos son voluntarios, pero el miembro debe cumplir ciertos requisitos. También se lo puede referir a uno de los programas a través de:

- Referidos de proveedores
- Autorreferidos

¿A quién contacto si deseo más información?

Llame al (866) 891-2320 (TTY: 711). Nuestro personal puede brindarle más información. También pueden informarle en qué programas está inscrito actualmente. Puede también pedir un referido o pedir que lo quiten de un programa.

Recursos de la comunidad

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

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

- Marque el 2-1-1. Este servicio es un servicio gratuito y confidencial que lo ayudará a encontrar recursos locales.
Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Línea de ayuda para beneficiarios de MDHHS (800) 642-3195,
TTY (866) 501-5656
- Mujeres, bebés y niños (Women, infant, children, 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 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) o al personal de enfermería del M.O.M. al (866) 449-6828.

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

Programa anual Molina HOPE Coat Drive

Desde 2016, Molina Healthcare of Michigan ha regalado más de 22,500 abrigos a los residentes de Michigan con necesidades. 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.

Su póliza

Departamento de servicios para miembros

Molina Healthcare brinda Servicios para Miembros gratis al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711). Respondemos preguntas sobre beneficios del plan y otras inquietudes, incluido lo siguiente:

- Información general
- Cambio de dirección o números de teléfono
- Cambio de médicos
- Reclamaciones
- Bienestar
- Solicitud de tarjeta de identificación
- Beneficios
- Dirección y teléfono del PCP
- Presentación de una queja o apelación
- Preguntas de inscripción o desafiliación

Comuníquese con 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 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).
- Visite **MiMolina.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 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711). Estos materiales se ofrecen sin costo alguno.

Cambio en la información

Si se modifica su nombre, dirección, teléfono o 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 el miembro

Puede solicitar copias impresas o electrónicas de materiales para el miembro incluidos directorios de proveedores, manuales del miembro y notificaciones de apelaciones y quejas. Podemos explicarle en inglés o en su idioma principal. Puede que contemos con la información impresa en otros idiomas. Puede solicitarla en braille, letra grande o en audio, sin costo para usted. Si tiene una discapacidad auditiva o visual, podremos brindarle ayuda adicional, sin costo para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) para solicitar una copia de los materiales para el miembro sin cargo.

Recibirá manuales para el miembro dentro de los 5 días hábiles de la solicitud.

Redeterminación de elegibilidad para Medicaid

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

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

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m., hora del este (TTY: 711).

Sección de información sobre el proveedor Su proveedor de atención primaria (PCP)

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

Encontrará una lista de PCP en **MolinaHealthcare.com** o **MiMolina.com**. Para solicitar una copia impresa de nuestra lista de PCP sin costo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 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, elegiremos uno por usted. Nos aseguraremos de que los servicios de PCP y de hospitales estén disponibles dentro de las 30 millas o 30 minutos de su hogar.

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

- Al ayudarlo a encontrar con anticipación problemas médicos, dentales u otros problemas
- Al tratar problemas antes de que se tornen graves y
- Al educarlo sobre su salud.

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

Cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP o elegir uno nuevo, en cualquier momento. Sus solicitudes entrarán en vigencia de inmediato. Para cambiar de PCP, ingrese en **MiMolina.com** o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) y lo ayudaremos. También puede solicitar un nuevo PCP por escrito. Llame a Servicios para Miembros y pida un Formulario de selección de PCP con un sobre de devolución con franqueo prepago. Si su salud o seguridad están en peligro, se le asignará otro PCP de inmediato.

Transición de atención (TOC)

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

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

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

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

- Si solo necesita el control de una afección crónica
- Si su médico tiene una restricción y usted puede estar en riesgo
- Si su médico no está dispuesto a continuar su atención
- Si la atención con el médico no participante comenzó después de que usted se haya inscrito en Molina
- Si su médico no cumple con las políticas o criterios de Molina

Molina lo ayudará a elegir nuevos médicos y a recibir servicios de la red de Molina. Si su médico desea pertenecer a nuestra red puede llamar a Molina al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m.

Restricciones para proveedores

Los miembros de Molina pueden acceder a los proveedores participantes en cualquier red contratada. Se entiende que

algunas organizaciones de proveedores pueden tener sus propios requisitos de red.

Estándares de idoneidad de la red

La idoneidad de la red es la capacidad del plan de salud de suministrar acceso a una cantidad adecuada de proveedores de atención primaria (PCP), especialistas, hospitales, farmacias y proveedores dentales de la red, para brindar atención a sus miembros. Los miembros pueden solicitar una copia impresa de los Estándares de idoneidad de la red publicados por el MDHHS sin costo. Deben llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

Servicios de atención de rutina y atención especializada

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

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

Puede recibir atención especializada de un proveedor participante, incluidos los servicios de atención médica preventivos y de rutina de un obstetra/ginecólogo,

especialistas en salud para mujeres y pediatras. No hay ningún costo por recibir estos servicios. Si bien Molina Healthcare of Michigan no requiere referidos, consulte a su PCP para asegurarse de que no haya otras necesidades de referidos.

Puede ingresar en **MolinaHealthcare.com** para ver la lista de especialistas de Molina y otros proveedores. Para solicitar una copia impresa de nuestra lista de especialistas y otros proveedores sin costo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

Pautas para el tipo de atención médica/cita

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

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

| Tipo de atención médica/cita | Plazo |
|------------------------------|--|
| Salud conductual* | <ul style="list-style-type: none"> De inmediato para emergencias potencialmente mortales Atención de rutina dentro de los 10 días hábiles de la solicitud Emergencia no potencialmente mortal dentro de las 6 horas de la solicitud Atención médica urgente dentro de las 48 horas de la solicitud |

*La Salud conductual se limita a los Servicios cubiertos

| Pautas de citas dentales | Plazo |
|----------------------------------|---|
| Servicios dentales de emergencia | De inmediato - las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| Atención médica urgente | Dentro de las 48 horas |
| Atención de rutina | Dentro de los 21 días hábiles de la solicitud |
| Atención preventiva | Dentro de las 6 semanas de la solicitud |
| Cita inicial | Dentro de las 8 semanas de la solicitud |

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) si tiene problemas para programar o no puede programar una cita en el plazo correspondiente. Si tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencias.

Servicios preventivos para mujeres

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

- Las mujeres de 50 años o más deben hacerse una mamografía para detectar el cáncer de mama una vez al año
- Las mujeres se deben realizar un Papanicolaou por año para la detección del cáncer cervicouterino
- Las mujeres de 16 a 25 años sexualmente activas deben hacerse la prueba de clamidia una vez al año para detectar esta enfermedad de transmisión sexual (ETS)

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer: Los beneficios de salud de las mujeres incluyen servicios de reconstrucción mamaria si lo eligen tras una mastectomía.

Servicios de planificación familiar

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

- Asesoramiento para ayudar 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 compra de estos artículos.
- Tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Si bien Molina Healthcare of Michigan no requiere referidos, consulte a su PCP para asegurarse de que no haya otras necesidades de referidos para recibir servicios de planificación familiar. Puede recibir servicios de planificación familiar de cualquier médico, clínica o Departamento de salud local, dentro o fuera de la red. Los servicios de planificación familiar son voluntarios y confidenciales. Medicaid pagará todos los servicios que se reciban fuera de la red. Usará su tarjeta mihealth para recibir los servicios.

Atención de maternidad y prenatal

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

- Si cree estar embarazada, llame a su médico 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 médico, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).
- Si necesita ayuda para concertar una cita con el médico, llame al personal de enfermería del

M.O.M. al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

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

Al momento del nacimiento, su hijo se convierte en miembro de Molina Healthcare. Es importante que le informe a su trabajador del MDHHS y a Molina el nacimiento de su hijo lo antes posible. Si tiene preguntas sobre la inscripción de su recién nacido en Molina Healthcare, comuníquese con Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711). Nos aseguraremos de lo siguiente:

- Que su bebé reciba atención médica
- De que el médico de su bebé figure en la tarjeta de identificación de Molina Healthcare

Servicio del programa de salud materno infantil (MIHP)

El Programa de salud materno infantil (Maternal and Infant Health Program, MIHP) es un servicio cubierto que ayuda a las mujeres miembro embarazadas y sus bebés a recibir la alimentación, apoyo y transporte adecuados para todos los servicios de salud. El Programa también lo ayuda a

entender la importancia de recibir atención prenatal, control de niño sano y vacunas, 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 la mamá y el bebé:

- Información sobre anticoncepción.
- Asesoramiento nutricional, WIC y distribuidores de alimentos gratuitos.
- Educación sobre parto y lactancia.
- Transporte a citas médicas y del WIC.
- Seguridad de cunas/ asientos para vehículos / seguridad de los asientos para vehículos.
- Asistencia para la vivienda
- Clases de crianza
- Educación sobre la seguridad y el cuidado del bebé

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> para obtener ayuda para dejar de fumar o fumar menos.

WIC:

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. Visite <https://tinyurl.com/Michigan-WIC> para obtener más información.

Si desea más información sobre estos servicios de apoyo, llame al Programa de M.O.M. al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

Servicios cubiertos**Proceso de aprobación**

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

Para conocer la lista de servicios cubiertos que requieren Autorización previa, consulte el cuadro de Servicios cubiertos. También puede visitar **MolinaHealthcare.com** o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

| Servicios cubiertos (Proveedores participantes) | |
|--|---|
| Transporte en ambulancia | No se requiere PA, excepto para ambulancias aéreas que no sean de emergencia. |
| Salud conductual: Salud mental | Se requieren PA para algunas pruebas neuropsicológicas y psicológicas y para terapia electroconvulsiva (electroconvulsive therapy, ECT) ambulatoria. Molina cubre 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 - eléctrica | No se requiere PA. |
| Servicios de partera enfermera certificada | No se requiere PA. |
| Servicios de enfermeros practicantes de medicina familiar y pediatría certificados | No se requiere PA. |
| Servicios quiroprácticos (espalda) | No se requiere PA. |

| Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación | |
|---|---|
| Servicios dentales para mujeres miembros de Medicaid embarazadas | <p>Los servicios de rutina no requieren de PA. Los servicios dentales que no sean atención de rutina requieren PA.</p> <p>Un médico dental participante brindará servicios dentales a embarazadas.</p> <p>Medicaid cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales periódicos • Extracciones • Servicios preventivos y de restauración • Dentaduras postizas y postizos parciales |

| Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación | |
|---|--|
| Servicios de diagnóstico (radiografías, laboratorio e imágenes) | Servicios de diagnóstico seleccionados (incluidas TC, IRM, angiografía por resonancia magnética [Magnetic Resonance Angiography, MRA], Tomografía por emisión de positrones [positron emission tomography, PET] y tomografía computarizada por emisión de fotón único [Single Photon Emission Computed Tomography, SPECT]) requieren PA. |
| Los equipos médicos duraderos (como muletas y sillas de ruedas) | Algunos artículos 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) - continuación | |
|---|---|
| Servicios de Centros de salud de calificación federal (FQHC), Clínicas de salud rural (RHC) y Centros de salud tribal (THC) | No se requiere PA. Puede elegir recibir servicios de un Centro de salud de calificación federal (Federally Qualified Health Center, FQHC), Clínica de salud rural (Rural Health Clinic, RHC) o Centro de salud tribal (Tribal Health Center, THC) ubicados en su condado. No es necesario que le pida a su PCP los servicios de FQHC, THC o RHC. Puede también recibir servicios de FQHC, RHC y THC fuera de la red sin aprobación previa. |
| Servicios de habilitación y rehabilitación | Se requiere PA para fisioterapia, terapia ocupacional y evaluaciones del habla. No se requiere PA para servicios de habilitación. |
| Educación para la salud | No se requiere PA. |

| Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación | |
|---|---|
| Audífonos para todas las edades | No se requiere PA, a menos que se exceda el beneficio. <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos: una vez cada 5 años • Baterías para audífonos: 36 baterías desechables cada 6 meses • Moldes auditivos de repuesto: <ul style="list-style-type: none"> • 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 de atención médica domiciliaria | A partir del 1 de enero de 2020, se requiere PA después de la evaluación inicial más 6 visitas |
| Servicios de hospicio | No se requiere PA. |

| Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación | |
|---|---|
| Servicios hospitalarios para pacientes internados | Los servicios hospitalarios para pacientes internados (excepto admisiones de emergencia) y admisiones optativas, incluidos servicios de parto, y todas las cirugías para pacientes internados, requieren PA. Se exige notificación a Molina Healthcare dentro de las 24 horas de admisión o al siguiente día hábil para admisiones de emergencia. También incluye los Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facilities, SNF) y Centros de atención aguda a largo plazo (Long Term Acute Care, LTAC). |
| Servicios de interpretación para miembros que no hablan inglés e interpretación telefónica para personas con impedimentos auditivos | No se requiere PA. |

| Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación | |
|---|--|
| Servicios del Programa de salud materno infantil | No se requiere PA. Identificador de riesgo y hasta 9 visitas para la mamá con un proveedor del MIHP. Identificador de riesgo y hasta nueve visitas para el bebé con un proveedor del MIHP y 9 visitas adicionales con orden del médico. Los bebés expuestos a sustancias pueden recibir hasta 18 visitas adicionales. |
| Suministros médicos | Algunos suministros médicos requieren PA. |
| Servicios para bajar de peso médicamente necesarios | Se requiere PA. |
| Servicios del centro de enfermería para estadía de rehabilitación o restauración intermitente o a corto plazo, hasta 45 días. | Los servicios del centro de enfermería requieren PA. Las estadías en centros de enfermería están cubiertas para miembros. Los miembros que necesiten servicios de enfermería deben llamar a Servicios para Miembros para 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. |
| Visitas al consultorio (rutina) | No se requiere PA. Debe ver a su médico 2 veces al año para visitas preventivas. Esto incluye exámenes anuales físicos y de detección, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Examen físico completo • Revisión y actualización de vacunas • Exámenes de detección de enfermedades cardíacas adecuados para la edad (pruebas de presión arterial, glucosa en sangre y colesterol) • Exámenes de detección de riesgo de cáncer (examen pélvico, Papanicolaou, próstata y colorrectal) • Pruebas de enfermedades de transmisión sexual • Evaluación para buscar signos de depresión • Asesoramiento por consumo de alcohol, depresión, obesidad y tabaquismo |

| | |
|---|---|
| Servicios fuera del estado/ fuera del área (autorizados por el Plan) | Se requiere PA. Los servicios de emergencia están excluidos. |
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios | Algunos servicios para pacientes ambulatorios requieren PA. |
| Servicios de asistencia, incluida la atención del embarazo y del bienestar del niño | No se requiere PA. |
| Clases de crianza y parto | No se requiere PA. |
| Servicios de podología (pies) | Si el médico es un PAR (proveedor participante), están cubiertos servicios y procedimientos en consultorio, y no se requiere PA. |
| Servicios de médicos | No se requiere PA para profesionales PAR. |
| Medicamentos recetados, incluidos ciertos medicamentos recetados de venta libre | Medicamentos seleccionados, incluidos inyectables y algunos de venta libre, requieren PA. No hay ningún costo para usted por la compra de estos medicamentos. |
| Servicios preventivos | No se requiere PA. No hay ningún costo por recibir estos servicios. |

| Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación | |
|---|---|
| Servicios de proveedor de atención primaria | No se requiere PA. |
| Prótesis y ortopedia | Se requiere PA. |
| Diálisis renal (enfermedad renal) | No se requiere PA. |
| Servicios de restauración o rehabilitación (en un lugar de servicio que no sea un centro de enfermería) | Se requiere PA. |
| Examen de detección y asesoramiento para la obesidad (para servicios bariátricos) | No se requiere PA. El examen de detección y el asesoramiento para la obesidad requieren del referido del proveedor. |
| Vacunas | No se requiere PA. |
| Servicios de especialistas | Las visitas al consultorio para ver a un especialista no requieren PA. Algunos servicios de especialistas requieren PA. |
| Telesalud | Si su proveedor ofrece servicios de telesalud, están cubiertos. |

| Servicios cubiertos (Proveedores participantes) - continuación | |
|---|--|
| Terapias (del lenguaje, fisioterapia, terapia ocupaciones y terapias de apoyo en las actividades de la vida cotidiana), sin incluir servicios suministrados a personas con discapacidades de 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: Terapia ocupacional: Después de la evaluación inicial, más 36 visitas por año de tratamiento en consultorio y ambulatorio. Fisioterapia: Después de la evaluación inicial, más 36 visitas por año de tratamiento en consultorio y ambulatorio. Terapia del habla: Después de la evaluación inicial, más 6 visitas en consultorio o a domicilio. |
| 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) - continuación | |
|--|--|
| Tratamiento para enfermedades contagiosas, incluidas enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/SIDA, tuberculosis y enfermedades evitables con vacunas; los tratamientos se pueden recibir de un departamento de salud local sin autorización médica previa. | No se requiere PA si los servicios se reciben en el departamento de salud local. |
| Servicios de la visión | No se requiere PA. |
| Exámenes de control de bienestar del niño /EPSDT para hijos menores de 21 años | No se requiere PA. |
| Servicios de especialistas de salud para mujeres | No se requiere PA. |
| Exámenes anuales de control del bienestar del adulto | 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 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711). Algunos hospitales y proveedores no brindan ciertos servicios

cubiertos que necesita, por motivos religiosos o morales. Si tiene preguntas sobre un servicio o cómo acceder a los servicios, comuníquese con Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

Sección de servicios no cubiertos

Servicios no cubiertos por Molina Healthcare

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

- Servicios de custodia en un hogar de ancianos
- Servicios dentales
 - **Las mujeres miembro de Medicaid embarazadas son elegibles para los servicios dentales
- Servicios del programa de exención basado en el hogar y la comunidad
- Servicios psiquiátricos para pacientes internados
- Servicios de rehabilitación o restauración intermitentes o a corto plazo en un centro de enfermería después de 45 días
- Servicios de salud mental para inscritos que cumplan las pautas en virtud de la póliza de Medicaid para enfermedad mental grave o problemas emocionales graves
- Atención psiquiátrica con hospitalización parcial ambulatoria
- Servicios de ayuda domiciliar y cuidado personal
- Servicios suministrados por el distrito escolar y facturados a través del Distrito escolar intermedio
- Servicios, incluidas terapias (habla, lenguaje, física, ocupacional) suministrados a personas con discapacidades de desarrollo y facturados a

través de proveedores del Programa comunitario de servicios de salud mental o servicios duplicados en un Distrito escolar intermedio

- Servicios de desintoxicación y tratamiento por abuso de sustancias
- Transporte para servicios no cubiertos por Molina Healthcare
- Servicios del Programa de lesión cerebral traumática

Servicios que no cubre Medicaid

Los siguientes servicios no están cubiertos por Medicaid:

- Abortos (optativos) y servicios relacionados. Los abortos y servicios relacionados están cubiertos cuando sean médicamente necesarios para salvar la vida de la madre, si el embarazo es resultado de una violación o incesto, el tratamiento es por complicaciones médicas como consecuencia de un aborto optativo o el tratamiento es por un aborto espontáneo, incompleto o inminente o por embarazo ectópico
- Servicios para el tratamiento de infertilidad
- Equipos, procedimientos, medicamentos, de investigación/experimentales
- Cirugía cosmética (optativa)

Esta no es una lista completa de los servicios que no están cubiertos por Medicaid o Molina Healthcare. Si tiene alguna pregunta sobre si un servicio tiene cobertura, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711). También puede llamar si necesita ayuda para obtener estos servicios.

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

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

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

Telesalud

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

Atención médica urgente y sala de emergencias (ER)

¿Sabía usted que hay otros lugares donde acudir para recibir tratamiento además de la Sala de emergencias (Emergency Room, ER) cuando su necesidad médica no

es potencialmente mortal? Estos lugares se llaman Clínicas de atención médica urgente y fuera del horario de atención.

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

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

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

- Menor tiempo de espera
- Se puede recibir atención sin cita previa
- Muchas abren por la noche y los fines de semana
- Los pacientes reciben atención de las mismas personas que hay en una sala de emergencias o clínica de atención primaria

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

- Esguince o torcedura de tobillo
- Tos, resfrío o dolor de garganta
- Erupción cutánea menor
- Dolor de oídos
- Cortes, hematomas y contracturas
- Fiebre o síntomas de la gripe
- Cuidado general de heridas.
- Mordedura de animal
- Infección urinaria
- Fiebre
- Asma leve
- Vacunas antigripales

Debe acudir a la ER si sufre una lesión o enfermedad súbita como por ejemplo:

- Envenenamiento (Línea gratuita del Centro de control de envenenamiento: (800) 222 - 1222, TTY: 711).
- Sangrado excesivo
- Quemadura muy grave
- Falta de aire grave (problemas para respirar)
- Sobredosis
- Herida de bala
- Dolor en el pecho
- Fractura de huesos

Recuerde...

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

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

Para saber qué Clínica de atención médica urgente y fuera del horario de atención hay cerca suyo, llame a la Línea de consejos de enfermería las 24 horas de Molina Healthcare of Michigan, al (888) 275-8750 (inglés) o (866) 648-3537 (español). TTY: 711.

Cómo obtener atención de emergencia

Molina Healthcare cubrirá todos los servicios de emergencia sin aprobación 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 inmediato.

Ejemplos de afecciones de emergencia:

- Dolor en el pecho o ataque cardíaco
- Atragantamiento o problemas para respirar
- Sangrado excesivo
- Envenenamiento
- Fractura de huesos

Si puede, llame a su PCP o al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 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 emergencia del hospital más cercano para recibir atención de emergencia.

SIEMPRE LLEVE CON USTED SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MOLINA HEALTHCARE Y LA TARJETA MIHEALTH Y MUESTRE SU IDENTIFICACIÓN VÁLIDA CUANDO VAYA A LA SALA DE EMERGENCIAS.

NUNCA ACUDA A UNA SALA DE EMERGENCIAS POR ATENCIÓN DE RUTINA.

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 ayuda médica que necesita. Llame al

(888) 275-8750 para atención en inglés o al (866) 648-3537 para atención en español.

Quizás necesite atención después de dejar la sala de emergencias. De ser así, no asista a la sala de emergencias para la atención médica posterior. Programe una cita con su médico. Si necesita ayuda para ver a un médico, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711). Si no tiene una emergencia, no vaya a la sala de emergencias. Llame a su médico. Si necesita atención médica no de emergencia transcurrido el horario de atención habitual, también puede visitar un Centro de Atención Médica Urgente. Puede encontrar los Centros de Atención Médica Urgente en el directorio de proveedores. Si necesita ayuda para encontrar uno, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711). También puede visitar **MolinaHealthcare.com**.

Fuera del estado/fuera del área

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

- Vaya al centro de atención médica urgente o sala de emergencia más cercana para obtener atención. El hospital o centro de atención médica urgente puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).
- Recuerde hacer el seguimiento con su PCP después de la visita a la sala de emergencias o de atención médica urgente.

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 PA de un medicamento:

- Existe un medicamento genérico o alternativo disponible
- El medicamento se puede usar mal o se puede abusar de su uso
- El medicamento está incluido en el formulario, pero no se encuentra en la lista de medicamentos preferidos (PDL)
- Debe probar otros medicamentos primero

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

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

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

Exigimos el uso de medicamentos sin marca cuando estén disponibles. Si su proveedor cree que usted necesita un

medicamento de marca, el proveedor deberá presentar una solicitud de PA. Molina Healthcare tiene un proceso para determinar si debe aprobar un medicamento de marca. 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 verifiquen la PDL cuando necesite surtir o volver a surtir la receta de un medicamento.

Consulte nuestro Directorio de proveedores para encontrar farmacias de la red. Para encontrar farmacias de la red, visite **MolinaHealthcare.com**, seleccione Medicaid, luego Qué está cubierto y luego Medicamentos de venta con receta. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) para encontrar una farmacia de la red cercana.

Para acceder al Formulario de medicamentos comunes de Michigan, visite **MolinaHealthcare.com**, seleccione Medicaid, luego Qué está cubierto y luego Medicamentos de venta con receta. Para solicitar una copia impresa o electrónica de nuestro formulario, sin costo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

Medicamentos de farmacia especializada

Los medicamentos de farmacia especializada se pueden entregar a domicilio, o en el consultorio de su médico, y también están disponibles para retirar en una farmacia local CVS. El programa se llama Specialty Connect. Después de dejar su receta en la

farmacia, recibirá orientación del seguro y apoyo clínico especializado, por teléfono, de un grupo de expertos en farmacia especializada, capacitados en cada área terapéutica, disponibles las 24 horas, los 365 días del año. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) para obtener más información.

Segundas opiniones

Si no está de acuerdo con el plan de atención médica que su proveedor tiene para usted, tiene derecho a una segunda opinión. Hable con otro proveedor o con un proveedor fuera de la red. Este servicio se ofrece sin costo alguno. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) para saber cómo obtener una segunda opinión.

Apoyos y servicios comunitarios

Los apoyos y servicios comunitarios tratan necesidades de salud, fomentan la prevención y educación para la salud y están creados para satisfacer las necesidades de la comunidad. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) para saber dónde y cómo recibir apoyos y servicios comunitarios.

Salud mental

Molina Healthcare cubre visitas ambulatorias para servicios de salud mental. Si bien Molina Healthcare of Michigan no requiere referidos, consulte a su PCP para asegurarse de que no hay otras necesidades de referidos para recibir servicios de salud mental. Asegúrese de ir a un proveedor

de salud mental de Molina. Si tiene una enfermedad mental grave, pueden referirlo al Programa comunitario de servicios de salud mental de su condado. Si tiene preguntas al respecto, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

Abuso de sustancias

Usted puede tener un problema de abuso de sustancias si:

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

Pida ayuda. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) para obtener más información sobre cómo recibir estos servicios.

Equipo médico duradero

Molina Healthcare cubre los equipos médicamente necesarios. Para solicitar información, llame a su PCP o a Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

Servicios de hospicio

El hospicio es un programa cubierto que brinda atención para pacientes terminales. Para solicitar información sobre

la atención de hospicio, llame a su PCP o a Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

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

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

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

Servicios para dejar de fumar

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

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

pulmón, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y enfermedades pulmonares. Estos son algunos beneficios de dejar de fumar:

- Después de 20 minutos: baja su presión arterial
- Después de 24 horas: baja la probabilidad de sufrir un ataque cardíaco
 - Después de 1 año: baja el riesgo excesivo de enfermedad cardíaca
 - Después de 5 a 15 años: se reduce el riesgo de accidente cerebrovascular

Hay muchas maneras de dejar de fumar. Es posible que hasta deba probar diferentes maneras antes de lograrlo. No pierda las esperanzas. Lo importante es que deje de fumar. Tenga en cuenta que nunca es tarde... especialmente si vive con una enfermedad crónica.

CONSEJOS PARA AYUDARLO A DEJAR DE FUMAR:

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

Cómo acceder a los servicios hospitalarios

Servicios hospitalarios para pacientes internados

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

Servicios médicos/quirúrgicos

Cubrimos los siguientes servicios para pacientes internados en el hospital o centro de rehabilitación participante, cuando los servicios son proporcionados general y habitualmente por hospitales o centros de rehabilitación generales de atención aguda 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, lo que incluye consultas y tratamiento por parte de especialistas
- Anestesia
- Los medicamentos recetados de acuerdo con nuestras pautas del Formulario de medicamentos (para medicamentos de alta que recibe al salir de un hospital, diríjase a “Medicamentos y fármacos recetados”)
- Materiales radioactivos utilizados para propósitos terapéuticos

- Equipo médico y suministros médicos duraderos
- Diagnóstico por imágenes, laboratorio y procedimientos especiales, incluidos IRM, TC y PET e imágenes de ultrasonido
- Hemoderivados, sangre y el almacenamiento de esta y su administración (incluidos los servicios y suministros de un banco de sangre)
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (incluido el tratamiento en un programa de rehabilitación multidisciplinario organizado)
- Terapia respiratoria
- Servicios sociales médicos y planificación del alta

Información y pago a proveedores

Puede solicitar información sobre nuestros proveedores, como la información de la licencia, cómo el plan les paga a los proveedores, las calificaciones y los servicios que necesitan aprobación previa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) si tiene alguna pregunta.

Molina Healthcare no impide a nuestros proveedores lo siguiente:

- Hablar en su nombre, el miembro
- Hablar sobre tratamientos y servicios
- Hablar sobre acuerdos de pago entre el médico y el plan

No dude en consultarnos sobre si tenemos acuerdos especiales con nuestros médicos que puedan afectar los referidos y otros servicios que pueda necesitar. Sepa que su salud es nuestra prioridad principal. No les pagamos a

nuestros proveedores ni los alentamos de ninguna manera a dejar de brindar o denegar atención o servicios médicos. Las decisiones sobre su atención médica se basan en la necesidad médica.

Pago de la prima de MICHild

Molina Healthcare of Michigan cubre a miembros de MICHild con los mismos excelentes beneficios de Medicaid. Su cobertura es la misma, pero deberá pagar una prima. El pago de la prima de MICHild es de \$10 por familia, por mes. MICHild le enviará una carta si tiene que pagar una prima. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (888) 988-6300 o TTY: (888) 263-5897.

Pagos y facturas de Medicaid

No hay copagos u otros cargos por servicios médicos cubiertos. Si recibe una factura de un proveedor del plan por servicios cubiertos y aprobados, comuníquese con Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711). No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros. Nosotros lo ayudaremos. Puede que tenga que pagar servicios que no están cubiertos. Quizás también deba pagar los servicios de los proveedores que no son parte de nuestra red. Si los servicios se prestaron ante una emergencia, no tiene que pagar nada. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

Conocer lo nuevo

Buscamos nuevos tipos de servicios y nuevas formas de ofrecer esos servicios. Analizamos nuevos estudios para

determinar si está comprobado que los nuevos servicios son seguros para brindar posibles beneficios adicionales. Molina Healthcare revisa los siguientes tipos de servicios por lo menos una vez al año:

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

Desafiliación

Molina Healthcare puede pedir su desafiliación de nuestra membresía por conductas abusivas, amenazantes o violentas hacia médicos y personal del médico o personal de Molina Healthcare.

Puede solicitar una excepción a la inscripción si tiene una afección médica grave y recibe tratamiento activo por esa afección con un médico que no participa del plan de salud al momento de la inscripción.

Puede solicitar una “desafiliación con causa” de Molina Healthcare en cualquier momento durante el período de inscripción, que le permita inscribirse en otro plan de salud. Estos motivos pueden incluir la falta de acceso a proveedores o servicios especializados necesarios, problemas con la calidad de la atención, servicios no suministrados por objeciones morales o religiosas, y si el período de inscripción abierta no estaba disponible por pérdida temporal de elegibilidad para Medicaid.

Otro seguro

Molina Healthcare necesita saber si usted tiene otro seguro médico además de su cobertura de Medicaid de Molina.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711). Esto nos ayudará a administrar sus beneficios correctamente. Si Molina Healthcare no conoce su información de salud adicional, puede experimentar demoras en la farmacia u otros lugares de proveedores de atención médica.

Servicios de atención médica especial para niños (CSHCS)

EL Programa de Servicios de atención médica especial para niños (Children's Special Healthcare Services, CSHCS) es un programa del estado de Michigan para niños y algunos adultos con necesidades de atención médica especiales. Molina ofrece estos servicios de atención médica y trabajará con las familias para coordinar la atención. Para los servicios cubiertos, brindaremos traslados gratuitos, ayudaremos a abordar las necesidades de farmacia y suministros médicos que receten los diversos médicos. Los miembros de CSHCS no tienen copagos. Los miembros de CSHCS reciben el mismo nivel de atención que se brinda a todos los miembros de Molina.

CSHCS cubre más de 2,700 diagnósticos médicos.

Beneficios adicionales para inscritos en el plan de salud de Medicaid con servicios de atención médica especial para niños

1. Ayuda de su Departamento de salud local con lo siguiente:
 - Recursos comunitarios: escuelas, salud mental comunitaria, apoyo financiero, cuidado

infantil, Early On y el programa de Mujeres, bebés y niños (WIC)

- Transición al mundo adulto
 - Ortodoncia
 - Solo para diagnóstico específico que califique para CSHCS, como paladar hendido/labio leporino
 - Medicamento necesario, relacionado con la afección
 - No para fines cosméticos
 - Cuidado temporal de relevo
 - Los CSHCS cubren 180 horas de cuidado temporal de relevo al año cuando un beneficiario necesita servicios de enfermería especializada y un consultor de enfermería de CSHCS lo considera apropiado
2. Ayuda del Centro familiar para niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica
 - Línea telefónica familiar de CSHCS: número de teléfono gratuito (800) 359-3722, disponible de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m.
 - Redes de apoyo mutuo entre padres
 - Programas de capacitación profesional/para padres
 - Ayuda financiera para asistir a conferencias sobre afecciones médicas de CSHCS y "Relatively Speaking", una conferencia para hermanos de niños con necesidades especiales
 3. Ayuda del Fondo de Necesidades Especiales para Niños (Children's Special Needs, CSN)

El Fondo de CSN ayuda a las familias de CSHCS a obtener artículos no cubiertos por Medicaid o CSHCS. Para saber si califica para la ayuda del Fondo de CSN llame al (517) 241-7420.

Algunos ejemplos:

- Rampas para sillas de ruedas.
- Elevadores para camionetas y sujetadores
- Triciclos terapéuticos
- Aires acondicionados
- Equipos recreativos adaptativos
- Mejoras de servicios eléctricos para equipos elegibles.

Para obtener más información, llame a nuestro personal especialmente capacitado de CSHCS al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT)

La 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. EPSDT se asegura de que los miembros reciban los servicios de especialidad, desarrollo, salud mental, dentales y preventivos adecuados. Estos servicios se ofrecen sin costo alguno. Para obtener más información sobre EPSDT, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

Quejas y apelaciones

Presentar una queja o una apelación

Proceso de quejas

Puede presentar una queja ante Molina Healthcare si no está conforme con el plan de salud. Esto se llama queja. También puede presentar una queja si no está conforme 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 a escribir su queja. Si desea presentar una queja, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711). También puede enviar una queja por escrito a:

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 escrita de ese representante, no comenzaremos el proceso de queja hasta después de haberla recibido. Usted debe informarnos sobre su Representante autorizado por escrito, mediante un Formulario de designación de representante autorizado. Tomaremos una decisión sobre su queja dentro de los 90 días calendario de la recepción.

El Especialista en AnG analizará su queja. El Especialista en AnG indagará a otros miembros del personal con conocimientos sobre el tema. Puede ser un enfermero o médico que sepa acerca del problema (si se trata de un

problema médico). Molina Healthcare llevará un registro escrito de su queja. Será confidencial (privado). Las quejas sobre la atención que usted recibe se envían al Departamento de Mejora de la Calidad. Este Departamento analizará la reclamación en mayor detalle.

Proceso de apelaciones

Existen dos tipos de Apelaciones internas: La Apelación estándar y la 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 calendario 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 a escribir su apelación. Después de la apelación verbal u oral se debe presentar una escrita y firmada. Si desea presentar una apelación, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

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

Su solicitud escrita deberá incluir lo siguiente:

- Su nombre
- Dirección
- Número de miembro
- Motivos de la apelación
- Evidencia que desee que se revise, como registros médicos, cartas de médicos u otra información que explique el motivo por el cual necesita el artículo o servicio. Llame a su médico si necesita esta información.
- Usted tiene derecho a incluir un Representante autorizado (cualquier persona que elija, incluso un abogado) durante el proceso de apelaciones y para que asista a la audiencia de Apelaciones. Usted debe informarnos sobre su Representante autorizado por escrito, mediante un Formulario de designación de representante autorizado. Si su representante envía la apelación y nosotros no recibimos su aprobación escrita de ese representante, no comenzaremos el proceso de apelación hasta después de haberla recibido.
- Molina brindará al Miembro o su representante el archivo del caso del Miembro a pedido, incluidos los registros médicos, otros documentos y registros, y toda evidencia nueva o adicional que Molina considere, analice o genere en relación con la apelación de la determinación adversa de beneficios. Esta información se brindará sin cargo y antes del plazo de resolución para apelaciones.
- Usted puede presentar toda información que considere que ayude al Revisor de apelaciones designado a tomar una mejor decisión.

- El Especialista en AnG le informará el horario y lugar en que se llevará a cabo el proceso de apelación.
- Molina Healthcare usará un Revisor de apelaciones designado que no haya participado en la decisión inicial de revisión. El Revisor de apelaciones designado es un profesional de atención médica que tiene la experiencia clínica adecuada para tratar su condición o enfermedad. Se le enviará una decisión por correo postal dentro de los 30 días calendario 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 calendario adicionales para obtener registros médicos u otra información médica importante si es que solicita más tiempo, o si el Plan puede demostrar que la demora es para su conveniencia. Recibirá una notificación escrita de esta extensión.
- El Especialista asociado en apelaciones del miembro lo ayudará a presentar apelaciones por escrito, incluidos los servicios de intérprete necesarios. Se encuentra disponible la interpretación telefónica para todos los idiomas. Los miembros con impedimentos auditivos deben usar la línea de Retransmisión de Michigan 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 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711) para solicitar asistencia.
- También puede solicitar ayuda al Programa de asistencia al consumidor de seguros de salud (Health Insurance Consumer Assistance Program, HICAP). Ofrecen ayuda gratis en caso de preguntas, inquietudes, conflictos y reclamaciones.
Health Insurance Consumer Assistance Program (HICAP)
P.O. Box 30220
Lansing, MI 48909
Teléfono: (877) 999-6442
Sitio web: Michigan/HICAP
Correo electrónico: DIFS-HICAP@Michigan.gov
- Molina Healthcare continuará sus beneficios si se aplican todas las siguientes condiciones:
 - La apelación se presenta dentro de los plazos oportunos. La apelación se debe presentar:
 - *Dentro de los 10 días calendario de la determinación adversa de beneficios original de Molina Healthcare.
 - *Hasta la fecha de vigencia prevista de la acción, inclusive.
 - La apelación implica la finalización, suspensión o reducción de un curso de tratamiento previamente autorizado.
 - Un médico autorizado ordenó los servicios
 - El plazo de autorización no venció
 - Usted solicita la continuidad de los beneficios
- 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 Audiencia estatal justa dentro de los 10 días calendario del momento en que Molina Healthcare envía una determinación adversa de beneficios por correo
- La Audiencia estatal justa toma una decisión adversa para usted
- La autorización llega a su vencimiento o se cumplen los límites de esta
- Si Molina Healthcare revierte la decisión de acción adversa o la Audiencia estatal justa revierte 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 afección médica.
- Es posible que deba pagar el costo de los servicios si se confirma el rechazo.
- Molina Healthcare le notificará nuestra decisión por escrito.

Apelación acelerada (rápida)

Si usted o su médico consideran que el plazo habitual de 30 días calendario 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 calendario de la fecha en que se recibió la determinación adversa de beneficios. En apelaciones rápidas le notificaremos nuestra decisión de forma verbal dentro de las 72 horas. Haremos el seguimiento por escrito en 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 DIFS después de haber presentado una apelación rápida ante Molina Healthcare. Si Molina Healthcare rechaza su solicitud de apelación rápida, podrá solicitar una revisión externa rápida ante el DIFS dentro de los 10 días calendario posteriores al rechazo.

Apelaciones externas

Existen dos tipos de Apelaciones externas después de que Molina rechace su apelación. Podrá presentar una Revisión externa ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros (Department of Insurance and Financial Services, DIFS) o una Audiencia estatal justa de Medicaid ante el MDHHS.

Departamento de seguros y servicios financieros

Puede pedir una revisión externa si no recibe respuesta dentro de los 30 días calendario de parte de Molina Healthcare. También puede pedir una revisión externa si no está conforme con el resultado de su apelación. Puede apelar por escrito ante el DIFS para una revisión externa. La solicitud de apelación deberá enviarse a:

Department of Insurance and Financial Services (DIFS) Healthcare Appeals Section Office of General Counsel

P.O. Box 30220
Lansing, MI 48909-7720
(877) 999-6442

Número de fax: (517) 284-8848

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

Su solicitud escrita deberá incluir lo siguiente:

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

Deberá apelar por escrito ante el DIFS dentro de los 127 días calendario posteriores a haber recibido la respuesta final de Molina Healthcare. Molina Healthcare puede explicarle el proceso de revisión externa. También le enviamos por correo postal 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 una decisión por correo en 14 días calendario después de la aceptación de su apelación.

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

Proceso de audiencia estatal justa

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

Paso 1 Llame a Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 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 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 registros médicos, cartas de médicos u otra información que explique el motivo por el cual necesita el artículo o servicio. Llame a su médico si necesita esta información.

- Paso 2** Complete el formulario de solicitud y envíelo a la dirección que aparece en el formulario. Molina lo ayudará a completar y enviar el formulario de solicitud.
- Paso 3** Se programará una audiencia. El estado realizará la audiencia. Podrá asistir a la audiencia en persona o por teléfono. Se le pedirá que le informe al estado el motivo por el cual no está de acuerdo con nuestra decisión. Puede pedirle ayuda a un amigo, pariente, defensor, proveedor o abogado.
- Paso 4** El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan le enviará por correo los resultados después de la audiencia. La decisión escrita le explicará si tiene derechos de apelación adicionales. Si su reclamación se resuelve antes de la fecha de la audiencia, debe llamar para pedir un Formulario de retiro de solicitud de audiencia. Para solicitar este formulario llame al (800) 648-3397. La dirección para solicitar este formulario de Retiro de solicitud de audiencia es:

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

Derechos y responsabilidades

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

Los miembros de Molina Healthcare tienen los siguientes derechos:

- Obtener información sobre la estructura y el funcionamiento del plan de salud, sus servicios, profesionales y proveedores y los derechos y responsabilidades del miembro
- Recibir notificación de cambios significativos en el Paquete de beneficios al menos treinta (30) días antes de la fecha prevista de entrada en vigencia del cambio
- Elegir su Proveedor de atención primaria
- Saber si se exige copago o aporte
- Conocer los nombres, educación y experiencia de sus proveedores de atención médica
- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad
- Tener acceso directo a especialistas en salud de la mujer y proveedores pediátricos de la red para servicios cubiertos necesarios para brindar servicios de atención médica preventivos y de rutina sin referido
- Recibir servicios de un Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC) y de una Clínica Rural de Salud (RHC)

- Participar en la toma de decisiones con su médico sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento y hablar abiertamente sobre opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para sus problemas de salud, independientemente del costo de la cobertura
- Recibir respuesta justa y oportuna para solicitudes de servicios
- Expresar reclamación o apelaciones acerca de la organización y la atención que proporciona
- Saber que su información de miembro se mantendrá en confidencialidad. Solo se usa en informes que se presentan al estado para mostrar que el Plan cumple con las leyes y normas estatales
- Saber cómo se le paga a su médico
- Poder presentar apelaciones, quejas (reclamaciones) o solicitar una Audiencia estatal justa (después de que Molina haya tomado una decisión y usted no esté conforme con esta)
- Obtener ayuda para presentar apelaciones, quejas (reclamaciones) o solicitar una Audiencia estatal justa (después de que Molina haya tomado una decisión y usted no esté conforme con esta)
- Recibir información y plazos para presentar una apelación, queja o Audiencia estatal justa
- Hacer recomendaciones acerca de la política sobre derechos y responsabilidades del miembro del Plan
- Usar cualquier hospital u otro centro para la atención de emergencia
- Recibir información detallada sobre cobertura después de horario y ante emergencias
- Recibir toda la información, incluido lo siguiente: notificaciones de inscripción, materiales informativos, materiales instructivos, opciones de tratamientos disponibles y alternativas en una manera y formato fácilmente entendibles
- Estar libre de todo tipo de restricción o reclusión usada como medio de presión, disciplina, conveniencia, o represalia
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos sin costo, y solicitar que sean corregidos
- Recibir servicios de atención médica apropiados a nivel lingüístico y cultural (culturally and linguistically appropriate services, CLAS)
- Recibir servicios de atención médica cubiertos
- Ser libre de ejercer sus derechos sin afectar negativamente el trato que le brinda Molina, nuestros proveedores o el Estado.
- No sufrir ninguna otra discriminación prohibida por las normas federales y estatales
- Solicitar pautas de práctica clínica a pedido
- Obtener una segunda opinión médica
- Recibir ayuda con cualquier necesidad especial del lenguaje
- Recibir servicios de interpretación por teléfono sin cargo para todos los idiomas que no sean inglés, no solo los identificados como predominantes

Los miembros de Molina Healthcare tienen las siguientes responsabilidades:

- Proporcionar a Molina Healthcare, sus profesionales y proveedores la información necesaria para brindarle atención
- Saber, entender y seguir los términos y condiciones del plan de salud
- Seguir los planes e instrucciones del cuidado que haya acordado con sus médicos
- Buscar información para poder 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 otros beneficios de seguro, cuando sea elegible, a su especialista del Departamento de Salud y Servicios Humanos y a la Línea de ayuda para beneficiarios al (800) 642-3195, TTY (866) 501-5656
- Mostrar su tarjeta de identificación de Molina Healthcare, la tarjeta mihealth de Medicaid y una identificación válida a todos los proveedores antes de recibir servicios
- Nunca permitir que otra persona use su tarjeta de identificación de Molina Healthcare o la tarjeta mihealth de Medicaid
- Elegir un proveedor primario, programar una cita dentro de los 60 días de la inscripción y desarrollar una relación con el proveedor que eligió
- Concertar citas para chequeos de rutina y vacunas
- Acudir a las citas programadas y llegar a tiempo
- Brindar información completa sobre sus antecedentes médicos
- Brindar información completa sobre sus problemas médicos actuales
- Hacer preguntas sobre su atención
- Seguir el consejo médico de su proveedor
- Respetar los derechos de otros pacientes y trabajadores de atención médica
- Usar los servicios de la sala de emergencias solo cuando crea que la lesión o enfermedad pueden causar la muerte o una lesión permanente
- Notificar a su proveedor primario si necesitó un tratamiento de emergencia y se requiere atención 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 permanente para atención médica de Michigan)**

Una directiva anticipada es un documento escrito de planificación de atención anticipada que explica cómo se tomarán las decisiones médicas para un paciente que no

pueda expresar sus deseos sobre la atención médica. El Poder notarial permanente 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 de 1998). Esto le permite a usted elegir a otra persona para que tome las decisiones sobre su atención, custodia y tratamiento médico si no puede tomar esas decisiones usted mismo. De este modo, se cumple su deseo de aceptar o rechazar tratamiento cuando no pueda tomar esa decisión por usted mismo.

Según la Ley de Michigan:

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

Si considera que un proveedor de atención médica no siguió sus deseos o no cumplió con su DPAHC, podrá presentar una reclamación ante:

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

PO Box 30670

Lansing, MI 48909-8170

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

El sitio web de Quejas y acusaciones de la Oficina de profesiones de la salud (Bureau of Health Professions, BHP) es www.michigan.gov/healthlicense (haga clic en Professional Licensing (Licencias profesionales) y en “File a Complaint” [Presentar una reclamación]).

Para reclamaciones sobre la forma en la que su plan de salud sigue sus deseos, escriba a la siguiente dirección o llame al siguiente número:

Departamento de seguros y servicios financieros (DIFS)

Línea gratuita al (877) 999-6442 o michigan.gov/difs.

Five Wishes

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

Five Wishes le permite decir exactamente cómo desea el tratamiento en caso de enfermarse de gravedad.

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

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

Para pedir una copia de Five Wishes, comuníquese con:
Aging with Dignity
P.O. Box 1661
Tallahassee, Florida 32302-1661
(850) 681-2010
Lunes a viernes, de 9.00 a. m. a 5.00 p. m., hora del este
info@fivewishes.org
<https://fivewishes.org>

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

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

Fraude, despilfarro y abuso

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

Definición:

“**Abuso**” se refiere a las prácticas del proveedor que no son coherentes con las prácticas fiscales, comerciales o médicas correctas y generan un costo innecesario al programa Medicaid o un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos de profesionalismo para la atención médica. También incluyen prácticas en el receptor que generan un costo innecesario al programa Medicaid. (42 CFR §455.2)

Estos son algunos ejemplos de abuso:

- Utilizar la sala de emergencias por motivos de atención médica que no son de emergencia
- Ir a ver a más de un médico para recibir la misma receta
- Tener una conducta amenazante u ofensiva en el consultorio del médico, hospital o farmacia
- Recibir servicios que no son médicamente necesarios

Definición:

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

Estos son algunos ejemplos de fraude:

- Usar la tarjeta de identificación de miembro de otra persona
- Cambiar la receta que extendió un médico
- Facturar servicios no suministrados
- Facturar el mismo servicio más de una vez

A continuación, encontrará algunas maneras de detener un fraude:

- No le entregue su tarjeta de identificación de Molina Healthcare, su tarjeta de identificación médica o el número de identificación a ninguna persona que no sea un proveedor de atención médica, una clínica u hospital y solo cuando recibe atención médica

- Nunca le preste a nadie su tarjeta de identificación de Molina Healthcare
- Jamás firme un formulario de seguro en blanco
- Tenga cuidado al dar su número de Seguro Social

Definición:

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

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

En línea: www.MolinaHealthcare.alertline.com

Por correo electrónico: [MHMCompliance@](mailto:MHMCompliance@MolinaHealthcare.com)

MolinaHealthcare.com

Por teléfono: (866) 606-3889

Fax: (248) 925-1797

Correo postal común:

Molina Healthcare of Michigan

Attention: Compliance Director

880 West Long Lake Road, Suite 600

Troy, MI 48098-4504

O bien puede comunicarse:

En línea: www.michigan.gov/fraud

Por teléfono: 1-855-MI-FRAUD (1-855-643-7283)

Correo postal común:

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

P. O. Box 30062

Lansing, MI 48909

Privacidad del miembro

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

Su Información Médica Protegida (PHI)

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

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

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

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

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

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

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

¿Cómo protege Molina Healthcare su PHI?

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

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

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

- Llame o escriba a Molina Healthcare para presentar una reclamación.
- Presente una reclamación ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Lo mencionado anteriormente es solo un resumen. Nuestra Notificación de las prácticas de privacidad tiene más información sobre cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestra Notificación de las prácticas de privacidad se incluye a continuación. También está disponible en nuestro sitio web **MolinaHealthcare.com**. Usted también puede obtener una copia de nuestra Notificación de las Prácticas de Privacidad llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (888) 898-7969, de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5.00 p. m. (TTY: 711).

NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD MOLINA HEALTHCARE DE MICHIGAN ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of Michigan, Inc. (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”) utiliza y comparte su información médica protegida para proporcionarle sus beneficios médicos. Utilizamos y compartimos su información para efectuar tratamiento, pagos y funciones

de atención médica. Asimismo, usamos y compartimos su información por otras razones conforme lo que permite y exige la ley. Tenemos la obligación de mantener su información médica privada y respetar las condiciones de esta notificación. La fecha efectiva de esta notificación es el 23 de septiembre del 2013.

PHI son siglas en inglés que significan, información médica protegida. PHI significa la información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores que Molina utiliza o comparte.

¿Por qué utiliza o comparte Molina su PHI?

Utilizamos o compartimos su PHI para proporcionarle beneficios de atención médica. Su PHI se utiliza o comparte para efectuar tratamiento, pagos y funciones de atención médica.

Para el tratamiento

Molina puede utilizar o compartir su PHI para proporcionar o coordinar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su estado de salud con un especialista. Esto le ayuda al especialista a discutir su tratamiento con su médico.

Para pagos

Molina puede utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones sobre pagos. Esto puede incluir reclamos, autorizaciones para el tratamiento y decisiones sobre la necesidad médica. Su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados pueden aparecer en la factura. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que

usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico sobre la suma de la factura que nosotros pagaríamos.

Para las operaciones de atención médica

Molina puede utilizar o compartir su PHI para la administración de nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos utilizar información de su reclamo para informarle acerca de un programa de salud que podría ayudarlo. Asimismo, podemos utilizar o compartir su PHI para resolver las preocupaciones de los miembros. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas actividades diarias. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a:

- Mejorar la calidad;
- Medidas en programas de salud para ayudarles a miembros con ciertas enfermedades (como el asma);
- Realizar o coordinar revisiones médicas;
- Servicios legales, incluyendo el fraude o detección de abuso y programas de enjuiciamiento;
- Medidas que nos permiten cumplir con la ley;
- Responder a las necesidades de los miembros, incluyendo la resolución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. También podemos utilizar su PHI para recordatorios acerca de sus citas. Podemos utilizar su PHI para proporcionarle información sobre tratamientos adicionales u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

¿Cuándo puede Molina utilizar o compartir su PHI sin obtener su autorización (aprobación) por escrito?

La ley le permite o exige a Molina utilizar o compartir su PHI para varios otros propósitos que incluyen:

Cuando lo exige la ley

Utilizaremos o compartiremos su información conforme lo exija la ley. Compartiremos su PHI cuando la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por su sigla en inglés) lo exija. Esto puede incluir un proceso judicial, otro tipo de revisión legal, o cuando se exige para el cumplimiento de la ley.

Salud pública

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

Supervisión de la atención médica

Su PHI se puede utilizar o compartir con agencias del gobierno. Pueden necesitar su PHI para realizar auditorías.

Investigación médica

Su PHI se puede utilizar o compartir para investigaciones médicas en ciertos casos.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI se puede utilizar o compartir para procedimientos legales, tales como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su PHI se puede utilizar o compartir con la policía

para ayudar a encontrar a un sospechoso, testigo o desaparecido.

Salud y seguridad

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

Funciones gubernamentales

Su PHI se puede utilizar o compartir con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo incluye para proteger al Presidente.

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.

Otras divulgaciones

Su PHI se puede compartir con directores de funerarias o médicos forenses para ayudarles a cumplir con su trabajo.

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

Molina necesita su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI para un propósito distinto a aquellos enumerados en esta notificación. Molina necesita su autorización antes de divulgar su PHI para lo siguiente: (1) el uso y divulgación de la mayoría de las notas clínicas de psicoterapia; (2) el uso y divulgación para los propósitos de mercadotecnia; y (3) el uso y divulgación que involucra

la venta de la PHI. Puede cancelar una aprobación escrita que nos haya otorgado. Su cancelación no se aplicará a las acciones que realizamos como resultado de la aprobación que nos otorgó previamente.

¿Cuáles son sus derechos de información de salud?

Usted tiene el derecho a:

- **Solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI (Compartiendo su PHI)**
Puede pedirnos que no compartamos su PHI para efectuar tratamiento, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas que usted nombre que estén involucrados en su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su petición. Tiene que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición.
- **Petición de comunicación privada de la PHI**
Puede pedirle a Molina que le proporcione su PHI en una determinada manera o en un cierto lugar para ayudarle a mantener su PHI privada. Cumpliremos con peticiones razonables, si nos informa cómo la divulgación de toda o parte de su PHI podría poner su vida en riesgo. Tiene que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición.
- **Evaluación y copia de su PHI**
Tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que está en nuestro poder. Esto puede incluir los registros utilizados para tomar decisiones sobre la cobertura, reclamos u otras decisiones

como miembro de Molina. Tiene que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición. Podemos cobrarle un honorario razonable para copiar y enviarle por correo estos registros. En ciertos casos podemos denegar la solicitud. *Aviso importante: No tenemos copias completas de su expediente médico. Si desea ver, obtener una copia o enmendar su expediente médico, por favor comuníquese con su médico o clínica.*

• **Enmendar su PHI**

Puede pedir que se realice una modificación (cambio) de su PHI. Esto incluye sólo aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Tiene que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición. Puede presentarnos una carta de desacuerdo si rechazamos su petición.

• **Recibir un informe del uso y la divulgación de su PHI (Compartiendo su PHI)**

Puede pedirnos que se le proporcione una lista de las partes particulares con quienes hemos compartido su PHI durante los seis años previos conforme a la fecha de su petición. La lista no incluirá la siguiente PHI compartida:

- para el tratamiento, pago o funciones de atención médica;
- a personas acerca de su propia PHI;
- cuando se comparte con su autorización;
- incidentes de uso o divulgación que sea de lo contrario permitidos o requeridos bajo las leyes aplicables;
- la PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para los propósitos de inteligencia; o

- como parte de un conjunto de datos limitados conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos un honorario razonable por cada lista si la solicita más de una vez en un período de 12 meses. Tiene que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición.

Puede realizar cualquiera de las peticiones antedichas u obtener una copia impresa de esta notificación. Por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1 (888) 898-7969.

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

Puede quejarse ante Molina y el Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se violaron sus derechos a la privacidad. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Su atención y beneficios no cambiarán de ninguna manera.

Puede presentarnos una queja a:

Molina Healthcare of Michigan

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

Puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health & Human Services

233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD);
(312) 886-1807 (FAX)

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina tiene la obligación de:

- Mantener su PHI privada;
- Suministrarle información por escrito, tal como la presente notificación, acerca de nuestras obligaciones y normas de privacidad sobre su PHI;
- Proporcionarle una notificación en el evento que ocurra alguna violación en la seguridad de su PHI no protegida;
- No utilizar o divulgar su información genética para los propósitos de suscripción;
- Cumplir con los términos de esta notificación.

Esta notificación está sujeta a cambios

Molina reserva el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y los términos de esta notificación. Si lo hacemos, los nuevos términos y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación a los materiales, Molina publicará la notificación enmendada en nuestro sitio Web y enviará la notificación enmendada, o enviará información acerca de las modificaciones de los materiales y cómo obtener la notificación modificada en nuestra siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos por Molina.

Información de contacto

Si tiene cualquier pregunta, póngase en contacto con la siguiente oficina:

Molina Healthcare of Michigan

Attention: Compliance Director
880 West Long Lake Road, Suite 600

Troy, MI 48098-4504

Teléfono: (888) 898-7969

Definiciones

Abuso: prácticas del proveedor que no son coherentes con las prácticas fiscales, comerciales o médicas correctas y generan un costo innecesario o un reembolso por servicios que no son Médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos de profesionalismo para la atención médica. También incluyen prácticas del Inscrito que generan un costo innecesario.

La Ley: la Ley del Seguro Social

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

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

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

1. Rechazo o autorización limitada del servicio solicitado, incluidas las determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, requisitos de Necesidad médica, idoneidad, entorno o eficacia de un beneficio cubierto.

2. Reducción, suspensión o finalización de un servicio autorizado previamente.
3. Denegación total o parcial de pago de un servicio.
4. Falta de suministro de servicios en forma oportuna, según la definición del MDHHS.
5. Falta del Contratista de actuar dentro de los plazos establecidos en § 438.408(b)(1) y (b)(2) sobre la resolución estándar de 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.

Comité asesor sobre 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 programación adecuados de vacunas 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: suministro de información al Inscrito en formato que considere las necesidades especiales de quienes, por ejemplo, tienen problemas visuales o limitado

dominio de la lectura. Ejemplos de Formatos alternativos incluyen, entre otros, braille, letra grande, cintas de audio, cintas de video y lectura en voz alta de información para el Inscrito por parte de un representante de servicios al Inscrito.

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:

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

Coordinador de apelaciones: supervisa al Especialista asociado en apelaciones y la coordinación, gestión y adjudicación de Quejas del miembro y proveedor

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

Autorización: aprobación de un servicio

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

Beneficiario: una persona considerada elegible para el Programa de asistencia médica de Michigan

Día hábil: de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m., hora del este (salvo indicación en contrario) sin incluir feriados federales o estatales.

CAHPS®: Evaluación del consumidor de proveedores y sistemas de atención médica

Centros para Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid, CMS): la agencia federal (y sus agentes designados) dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos a cargo de la supervisión federal

Servicios de atención médica especial para niños (Children’s Special Healthcare Services, CSHCS): la elegibilidad está autorizada por el Título V de la Ley de Seguro Social. Las personas elegibles para CSHCS y Medicaid se inscriben obligatoriamente en un MHP

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

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

Código de normativa federal: la codificación de normas y reglamentos permanentes y generales publicada en el Registro federal por los departamentos ejecutivos y agencias del gobierno federal de los Estados Unidos
Colaboración: proceso de trabajar con otras personas para lograr objetivos compartidos.

Colaboración comunitaria: plan para desarrollar políticas y definir acciones para mejorar la Salud de la población.

Evaluación comunitaria de necesidades de salud (Community Health Needs Assessment, CHNA): examen sistemático de indicadores de estados de salud para una población determinada, que se usa para identificar problemas clave y ventajas de una comunidad. El objetivo final de una evaluación de salud comunitaria es desarrollar

estrategias para tratar las necesidades de salud de la comunidad y los problemas identificados.

Trabajadores comunitarios de la salud (Community Health Workers, CHW) o especialistas en soporte 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 comunitaria: sólido foco en los Determinantes sociales de salud, que crean la Igualdad de salud, y apoyan los esfuerzos para crear comunidades más resistentes al coordinar las estrategias de mejora de la Salud de la población

Reclamación: comunicación de un Beneficiario o su representante al Contratista, donde expresa una inquietud por la atención o servicio que brindó el Contratista, proveedor dental o Subcontratista de transporte; presenta un problema y se solicita una reparación que se puede resolver de manera informal. Las reclamaciones pueden ser verbales o escritas.

Contratista: plan de salud (Molina Healthcare) que tiene adjudicado un contrato con Medicaid

Copago: suma que debe pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como la visita al médico, visitas dentales, visitas ambulatorias al hospital,

medicamentos recetados o aparatos o dispositivos dentales. El copago en general es un monto fijo. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$4 por una visita al médico, visita dental o medicamento recetado

Servicios cubiertos: todos los servicios suministrados en virtud de Medicaid, según la definición del Contrato, que el Contratista aceptó brindar o coordinar para su suministro a los Inscritos

Servicios apropiados a nivel lingüístico y cultural (Culturally and Linguistically Appropriate Services, CLAS):

objetivo de atención médica para reducir las Disparidades de salud y brindar atención óptima a pacientes sin importar su raza, antecedentes étnicos, lengua materna, creencias culturales o religiosas

Días: días calendario, salvo especificación en contrario

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

Plan dental: 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 bucal que suministra una persona con licencia en virtud de la ley estatal para ejercer la odontología

Departamento de seguro y servicios financieros (DIFS): responsable de la supervisión de las aseguradoras, Organizaciones de 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 adecuada para tratar la condición o enfermedad del Miembro cuando la Apelación implica un tema clínico.

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 (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT): beneficios definidos en el artículo 1905(r) de la Ley, incluidos los siguientes: servicios de detección, servicios de la visión, servicios dentales, servicios de audición, y otra atención médica necesaria, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas descritas en el artículo 1905(a) de la Ley para corregir o aliviar defectos y afecciones y enfermedades físicas y mentales descubiertas por los servicios de exámenes de detección, estén o no esos servicios cubiertos en el plan estatal.

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

Servicios dentales de emergencia: atención por trastorno agudo de la salud bucodental que requiere atención médica o dental, incluidos dientes rotos, flojos o avulsionados por traumatismo; infecciones e inflamaciones del tejido blando de la boca; y complicaciones de la cirugía bucal como alveolitis seca

Afección 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): servicios necesarios para tratar una Afección médica de emergencia

Transporte médico de emergencia: servicios de ambulancia para afecciones médicas de emergencia

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

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

Ley de Normas Razonables de Trabajo y Tratamientos de Emergencias Médicas (Emergency Treatment and Active Labor Act, EMTALA): se debe examinar y estabilizar al inscrito sin autorización previa

Inscrito: cualquier beneficiario de Medicaid actualmente inscrito en el Servicio médico administrado de Medicaid en el Plan de salud de Medicaid del Contratista

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

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

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

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

Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB): declaración para las personas cubiertas que indica la atención o servicios médicos que se pagaron en su nombre

Apelación externa: solicitud de revisión externa independiente de la determinación adversa final que tomó el Plan a través de su proceso de apelaciones internas

Centro de salud con calificación federal (FQHC): organizaciones comunitarias que brindan servicios de atención médica integral a personas de todas las edades, independientemente de su capacidad de pago o condición del seguro médico sin necesidad de autorización

Cargo por servicio (Fee-for-Service, FFS): metodología de reembolso que brinda un monto de pago para cada servicio individual suministrado

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

Fraude, despilfarro y abuso: 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

Ley de Libertad de la Información (Freedom of Information Act, FOIA): permite el acceso del público en general a los datos en poder de los gobiernos nacionales

Queja: reclamación que usted le comunica a su plan. Por ejemplo, usted puede presentar una queja si tiene un problema para llamar al plan o si no está conforme con

el trato que le dio un miembro del personal o un médico. Una queja no es la manera de lidiar con una reclamación por una decisión de tratamiento o servicio no cubierto (ver Apelación).

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

Disparidades de salud: un tipo particular de diferencia de salud que está estrechamente vinculada a la desventaja socioeconómica

Igualdad de salud: cuando todas las personas tienen la oportunidad de alcanzar su máximo potencial de salud y nadie tiene desventajas en el logro de este potencial por su posición social u otra circunstancia determinada por el contexto social

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

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA): la protección de registros médicos e información que garantiza que la información de la persona está protegida y solo se comparte con otras personas con su consentimiento

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO): entidad que recibió y mantiene un certificado de autoridad del Estado para operar como Organización para el mantenimiento de la salud según se define en MCL 500.3501

Conjunto de datos e información de efectividad de la atención médica (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS®): el resultado de un esfuerzo de desarrollo coordinado por el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para brindar un conjunto ampliamente utilizado de medidas de rendimiento que brinde información objetiva con la cual evaluar los planes de salud y exigir su responsabilidad

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 hospicio: hospicio 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 para pacientes ambulatorios.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención en un hospital que en general no requiere de estadía durante la noche

Proveedor de atención médica para indígenas (Indian Health Care Provider, IHCP): programa de atención médica que opera el Servicio de salud para indígenas (Indian Health Service, HIS) o una Tribu indígena, Organización Tribal (también conocida como I/T/U según la definición de esos términos en el artículo 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica para Indígenas, 25 U.S.C. 1603)

Servicios de salud para indígenas/Centros de salud tribales/Organizaciones indígenas urbanas (Indian Health Services/Tribal Health Centers/Urban Indian Organizations, I/T/U): proveedores de atención médica específicos para nativos americanos

Cita inicial: primer examen programado por el Proveedor para un nuevo paciente admitido en el consultorio

Inscripción inicial: primera inscripción en el Plan de salud de Medicaid después de la determinación de elegibilidad; la reinscripción en un Plan de salud de Medicaid después de una interrupción de la elegibilidad de menos de dos meses no se considera Inscripción inicial

Centros de atención intermedia para pacientes con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facilities for Individuals with Intellectual Disability, ICF/ID): centros de atención específicos 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 inhabilitadas o excluidas de otro modo en virtud de la Normativa de Adquisición Federal y que no tienen permitido pertenecer a la Red de proveedores del Contratista

Medicaid: programa estatal/federal autorizado en virtud del Título XIX de la Ley de Seguro Social, con sus modificaciones, 42 U.S.C. 1396 y siguientes; y el artículo 105 de la Ley 280 de las Leyes Públicas de 1939, con sus modificaciones, al ser 400.105 de las Leyes Compiladas de Michigan; que establecen fondos compensatorios para un Programa de asistencia médica. Se deben cumplir requisitos específicos médicos y de elegibilidad financiera

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: el Programa Medicaid de Michigan autorizado bajo el Título XIX de la Ley de Seguro Social

Medicamento 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.

Rechazo de necesidad médica: rechazo 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 ser un miembro del Plan o un representante del miembro, incluido, entre otros, el proveedor, familiar u otro representante del miembro. El miembro puede autorizar por escrito a cualquier persona, incluido, entre otros, su médico, para actuar en su nombre en cualquier etapa de un proceso de apelación, mediante la firma de un “Formulario de autorización de representante”.

Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA): organización privada 501^c(3) sin fines de lucro dedicada a mejorar la calidad de la atención médica

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

Atención sintomática no urgente: un encuentro entre el Inscrito y el Proveedor asociado con la presentación de signos y síntomas médicos pero que no requiere de atención médica inmediata o urgente.

Fuera de la red: Servicio cubierto suministrado a un beneficiario por un proveedor que no forma parte 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 personas con trastornos o discapacidades de salud conductual, mental o física, Inscritos con autismo, niños bajo tutela temporal, niños que perdieron la elegibilidad para el programa de Servicios de atención médica especial para niños (Children’s Special Health Care Services, CSHCS) y quienes perdieron la elegibilidad para CSHCS por requisitos de edad del programa

Servicios del médico: servicios de atención médica que suministra una persona con licencia en virtud de la ley estatal para ejercer la medicina

Plan: plan que ofrece atención médica o servicios de salud bucodental a 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 física y bucodental, así como el bienestar psicosocial, de personas a través de soluciones de salud rentables y adaptadas que incorporan todos los niveles de riesgo en la atención

Inscrito potencial: beneficiario de Medicaid sujeto a inscripción obligatoria o que puede elegir voluntariamente inscribirse en un programa de atención administrada determinado pero aún no es Inscrito en 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, para que su plan pague el servicio, equipo médico o receta. 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 beneficios dentales todos los meses. El gobierno paga las primas del Plan de Salud de Medicaid en nombre de los miembros elegibles. El Estado paga las primas del Plan dental en nombre de los miembros elegibles.

Plan de salud prepago para pacientes internados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP): brinda servicios de salud conductual a Inscritos sin incluir los servicios de salud conductual ambulatorios para Inscritos

Cobertura de medicamentos recetados: medicamentos y fármacos que, por ley, requieren receta de un médico con licencia

Medicamentos recetados: medicamentos y fármacos que, por ley, requieren receta de un médico con licencia

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

Idioma predominante: idioma específico distinto del inglés, que habla como idioma principal más del 5 % de los Inscritos del Contratista

Servicios preventivos (dentales): los servicios dentales preventivos incluyen servicios como evaluaciones bucales, limpiezas de rutina, radiografías, selladores y tratamientos con flúor

Médico de atención primaria: médico con licencia 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 atención primaria (PCP): médico con licencia, enfermero, especialista en enfermería clínica o auxiliar médico, según lo permite la ley estatal, que brinda y coordina sus servicios de atención médica. Su proveedor de atención médica primaria es la persona a la que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Esta persona se asegura de que reciba la atención

que necesita para mantenerse sano. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y lo deriva a ellos.

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

Proveedor: persona, centro u organización con licencia 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, de farmacia y auxiliares

Referido: solicitud de un PCP para que su paciente consulte a otro proveedor de atención médica

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

1. Alger, Baraga, Chippewa, Delta, Dickinson, Gogebic, Houghton, Iron, Keweenaw, Luce, Mackinac, Marquette, Menominee, Ontonagon, Schoolcraft
2. Antrim, Benzie, Charlevoix, Emmet, Grand Traverse, Kalkaska, Leelanau, Manistee, Missaukee, Wexford
3. Alcona, Alpena, Cheboygan, Crawford, Iosco, Ogemaw, Oscoda, Otsego, Presque Isle, Montmorency, Roscommon

4. Allegan, Barry, Ionia, Kent, Lake, Mason, Mecosta, Muskegon, Montcalm, Newago, Oceana, Osceola, Ottawa
5. Arenac, Bay, Clare, Gladwin, Gratiot, Isabella, Midland, Saginaw
6. Genesee, Huron, Lapeer, Sanilac, Shiawassee, St. Clair, Tuscola
7. Clinton, Eaton, Ingham
8. Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph, Van Buren
9. Hillsdale, Jackson, Lenawee, Livingston, Monroe, Washtenaw
10. Macomb, Oakland, Wayne

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios o equipos de rehabilitación que ordena su médico para ayudarlo a recuperarse de una lesión o enfermedad. Estos servicios pueden incluir servicios de terapia ocupacional y fisioterapia, para patologías de habla y lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos ambulatorios y para pacientes internados

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

Atención de rutina (médica): encuentro entre el Inscrito y un Proveedor no asociado con ningún síntoma médico. Los ejemplos incluyen visitas de control de bienestar del niño y exámenes físicos anuales para adultos

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

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 brinda servicios

Decisión de autorización de servicio: respuesta escrita del Contratista a la solicitud de autorización de servicio del Inscrito suministrada con la mayor rapidez que requiera la afección del Inscrito y con plazos establecidos por el Estado que no superen los 14 días calendario después de la recepción de la solicitud de servicio, con posible extensión de hasta 14 días calendario más si (i) El Inscrito o el Proveedor solicitan una extensión, o (ii) El Contratista justifica la necesidad de información adicional y que la extensión es para conveniencia del Inscrito

Solicitud de autorización de servicio: solicitud de atención administrada del Inscrito para el suministro de un servicio

Servicios: cualquier función que se realice en beneficio del Estado

Infección de transmisión sexual (Sexually-Transmitted Infection, ITS): infecciones graves que se pueden detectar y tratar cuando la identificación es temprana.

Atención de enfermería especializada: servicios de enfermeros con licencia, técnicos o terapeutas en su propio hogar o en un hogar de ancianos

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

Especialista: un médico con licencia o especialista dental que se enfoca en un área específica de la medicina u odontología, o grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de 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 estatal justa: revisión imparcial del MDHHS de una decisión tomada por el Contratista y que el Inscrito cree que es inapropiada

Atención médica urgente: atención por una enfermedad, afección o lesión suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención médica inmediata pero no tan grave como para que deba acudir a la sala de emergencias

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

Atención médica urgente (médica): atención médica suministrada para una afección que, sin el tratamiento oportuno, podría esperarse que empeore hasta convertirse en emergencia, o cause un trastorno prolongado o temporal en una o más funciones corporales, o cause el desarrollo de una enfermedad crónica o necesidad de un tratamiento más complejo. Los ejemplos de afecciones que requieren atención médica urgente incluyen dolor abdominal de origen desconocido, nuevos síntomas de mareos incesantes por causa desconocida y sospecha de fractura. La atención médica 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 de vacunas para niños (Vaccines for Children, VFC): programa federal que pone a disposición vacunas gratuitas para niños de hasta 18 años elegibles para Medicaid

Mujeres, bebés y niños (WIC): Programa suplementario de alimentación y nutrición

Certificado de cobertura

Artículo I. Condiciones generales

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

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

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

1.4 Cesión. Los derechos del Miembro a recibir Servicios cubiertos en virtud de los Acuerdos del miembro son personales y no se pueden ceder a otra persona o entidad.

Toda cesión o intento de cesión del Acuerdo del miembro o de los derechos en virtud de este acuerdo a otra persona o entidad es causal de solicitud de finalización de la inscripción del Miembro en el Plan en virtud del Artículo 9.

Artículo II. Definiciones

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

2.2 Certificado significa este Certificado de cobertura entre el Plan y el Miembro, incluidas las modificaciones, adendas y apéndices.

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

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

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

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

2.7 Emergencia significa una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de tal gravedad (incluidos dolores fuertes) que una persona prudente con

conocimiento promedio de salud y medicina pueda esperar de manera razonable que la falta de atención médica inmediata pueda provocar (i) un grave riesgo para la salud de la persona o de una embarazada o su hijo no nacido, (ii) un grave trastorno de las funciones corporales, o (iii) una grave disfunción de una parte del cuerpo u órgano.

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

2.9 Equipos, procedimientos, tratamientos, suministros, dispositivos o medicamentos experimentales o de investigación son los equipos, procedimientos, tratamientos, suministros, dispositivos o medicamentos que cumplen uno o más de los siguientes criterios: (a) no se pueden comercializar legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y tal aprobación no había sido otorgada en el momento de su uso o uso previsto; (b) son objeto de una solicitud actual de dispositivo o medicamento nuevo en investigación presentada en la FDA; (c) se brindan de conformidad con un ensayo clínico de Fase I o II; (d) se brindan de conformidad con un protocolo escrito que describe entre sus objetivos la determinación de seguridad, eficacia o eficiencia en comparación con alternativas convencionales; (e) se describen como experimentales o en investigación en documentos de información para el paciente o consentimiento informado; (f) se entregarán o deberán entregarse sujeto a la aprobación y supervisión de una comisión revisora institucional (Institutional Review Board, IRB) según lo exigen y definen las normativas federales, en particular las de la FDA o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) o agencias sucesoras, o de un comité de sujetos humanos

(o comparable); (g) la opinión predominante entre los expertos expresada en bibliografía influyente es que el uso se limitaría considerablemente a entornos médicos de investigación; (h) la opinión predominante entre expertos expresada en bibliografía influyente científica o médica es que se necesitan más experimentos o investigaciones para definir la seguridad, toxicidad, eficacia o eficiencia en comparación con las alternativas convencionales; (i) en el momento de su uso o uso previsto, no se emplean de manera amplia o rutinaria o no son aceptados en general de otro modo por la comunidad médica; (j) no son de investigación en sí según los criterios anteriores, y no serían Médicamente necesarios si no fuera por el suministro de un medicamento, dispositivo, tratamiento, procedimiento o equipo que cumpla con alguno de los criterios anteriores; o (k) se consideran experimentales o de investigación en virtud de los acuerdos de seguro o reaseguro del Plan. Los Medicamentos experimentales o de investigación no incluyen medicamentos antineoplásicos que son un beneficio cubierto de conformidad con el artículo 21054b del Código de Salud Pública.

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

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

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

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

2.14 Servicios hospitalarios significa los Servicios cubiertos que suministra un Hospital.

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

2.16 Programa Medicaid es el programa del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan para Asistencia médica en virtud del artículo 105 de la Ley 280 de las Leyes Públicas de 1939 con sus modificaciones, de MCL 400.105, y del Título XIX de la Ley de Seguro Social federal, 42 U.S.C. 1396 y siguientes.

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

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

caso lo siguiente:

- a. Servicios suministrados por un Profesional de la salud que no requieren las habilidades técnicas de tal proveedor; o
- b. Servicios, equipos y suministros suministrados principalmente para comodidad personal o conveniencia del Miembro, persona a cargo del cuidado del Miembro o persona que forme parte de la familia del Miembro; o
- c. La parte del costo de un servicio, equipo o suministro que supere el de otro servicio, equipo o suministro que hubiera sido suficiente para diagnosticar o tratar en forma adecuada y segura la afección física o mental del Miembro, excepto si los suministrara un Proveedor de atención primaria o se suministraran por referido de este, o autorizados de otro modo por el Plan, según los procedimientos del Plan.

2.19 Medicare significa el programa establecido en virtud del título XVIII de la Ley federal de Seguro Social, 42 U.S.C. 1395 y siguientes.

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

2.21 Acuerdo del miembro significa este Certificado, el manual del miembro del Plan, la tarjeta mihealth de Medicaid y la tarjeta de identificación de Molina Healthcare, con sus modificaciones, adendas y apéndices.

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

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

2.24 Departamento de seguros y servicios financieros (DIFS) es la agencia que está debidamente autorizada para regular a las organizaciones de mantenimiento de la salud en el Estado de Michigan.

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

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

2.27 Proveedor participante significa un Profesional de la salud, Médico, Hospital, organización médica, organización de hospital-médicos u otra entidad con contrato con el Plan para brindar Servicios cubiertos a los Miembros.

2.28 Pagador significa todo seguro y otros beneficios del plan de salud, incluidos Medicare y otros beneficios privados y gubernamentales.

2.29 Plan significa el Programa Medicaid bajo Molina Healthcare of Michigan, una sociedad con fines de lucro de Michigan y una organización de mantenimiento de la salud con licencia.

2.30 Médico significa un Doctor en medicina (Doctor of Medicine, MD) o Doctor en osteopatía (Doctor of Osteopathy, DO) con licencia para ejercer la medicina en el Estado de Michigan.

2.31 Prima significa el monto prepago por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan en nombre del miembro para obtener Servicios cubiertos.

2.32 Proveedor de atención primaria significa un Médico participante u otro Proveedor participante responsable de brindar atención médica primaria y coordinar todos los aspectos de la atención médica del Miembro.

2.33 Código de Salud Pública significa el Código de Salud Pública de Michigan, 1978 PA 368, MCLA 333.1101 y siguientes.

2.34 Área de servicio significa el área geográfica donde el Plan está autorizado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y el DIFS para operar como organización de mantenimiento de la salud.

2.35 Médico especialista significa un Médico participante, que no sea el de Atención primaria, que brinda Servicios cubiertos a los Miembros mediante un referido del Proveedor de atención primaria y, si es necesario, con Autorización previa del Plan.

2.36 Atención médica urgente significa el tratamiento de una afección médica que requiere atención médica inmediata pero no se trata de una Emergencia.

Artículo III. Elegibilidad e inscripción

3.1 Elegibilidad del miembro. Para 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 elegir un plan de salud, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan puede elegir 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 del Proveedor de atención primaria. A la fecha de vigencia de la inscripción, el Miembro debe elegir un Proveedor de atención primaria. Si el Miembro es menor de edad o por otro motivo no puede elegir un Proveedor de atención primaria, una persona autorizada debe elegir al Proveedor de atención primaria en su lugar. Una persona autorizada puede elegir a un pediatra como Proveedor de atención primaria para un Miembro menor de edad. El Plan puede elegir a un Proveedor de atención primaria para un Miembro en caso de que el Miembro no lo seleccione o no se seleccione uno en su nombre. El Plan seguirá las pautas indicadas para realizar tal selección.

4.2 Rol del Proveedor de atención primaria. El Proveedor de atención primaria del Miembro brinda servicios de atención primaria y 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 atención primaria. El Miembro puede cambiar a otro Proveedor de atención primaria, para lo cual debe comunicarse con Servicios para Miembros. Servicios para Miembros deberá procesar todos los cambios y luego notificará al Miembro la fecha de vigencia del cambio.

4.4 Médicos especialistas y otros proveedores participantes. Salvo lo expresamente indicado en esta Sección 4.4 u otras secciones de este Certificado, el Miembro puede recibir Servicios cubiertos de Médicos especialistas y otros Proveedores participantes. El Plan no exige autorización para la mayoría de los Servicios de médicos especialistas de la red. En algunas circunstancias, ciertos servicios médicos, equipos y suministros no tienen cobertura, o pueden requerir Autorización previa del Plan. Se exige Autorización previa para la mayoría de los servicios suministrados fuera de la red de proveedores del Plan. El Miembro puede comunicarse con el Plan para obtener la lista de servicios que exigen Autorización previa. Si el Miembro no obtiene la autorización necesaria del Plan, es posible que sea financieramente responsable del pago de los servicios médicos, equipos o suministros si el proveedor lo notifica antes de brindar el servicio. Un Miembro de sexo femenino puede recibir un examen

anual de control de bienestar de la mujer y servicios de obstetricia y ginecología de rutina de un obstetra-ginecólogo o especialista en salud de la mujer que sea Proveedor participante, sin Autorización previa del Proveedor de atención primaria o del Plan. Se puede seleccionar a un pediatra como Proveedor de atención primaria para un Miembro menor de edad según se indica en la Sección 4.1.

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

4.6 Contratistas independientes. El Plan y los Proveedores participantes son contratistas independientes y no son empleados, agentes, socios o asociados de ellos o entre sí. El Plan no se compromete en sí a entregar de manera directa servicios de atención médica en virtud de este Certificado. El Plan coordina el suministro de Servicios cubiertos a Miembros a través de Proveedores

participantes y no participantes. Los Proveedores participantes y no participantes son exclusivamente responsables de ejercer el criterio médico independiente. El Plan es responsable de tomar determinaciones de beneficios según el Acuerdo del Miembro, el Contrato de Medicaid y sus contratos con Proveedores participantes, pero se exime expresamente de toda responsabilidad o derecho de tomar decisiones de tratamiento médico. Solo el Miembro deberá tomar tales decisiones en consulta con Proveedores participantes o no participantes. Un Proveedor participante o no participante y el Miembro podrán iniciar o continuar tratamientos médicos a pesar del rechazo de cobertura de tales tratamientos por parte del Plan. El Miembro podrá apelar cualquiera de las decisiones de beneficios del Plan según la Política y procedimiento de Quejas y apelaciones del Plan.

4.7 Disponibilidad de los Proveedores participantes.

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

4.8 Incapacidad para establecer o mantener una relación médico-paciente. Si el Miembro no puede establecer o mantener una relación satisfactoria con un Proveedor de atención primaria o Médico especialista al cual el Miembro fue referido, el Plan puede solicitar que el Miembro elija a otro Proveedor de atención primaria, o podrá coordinar que el Proveedor de atención primaria del Miembro derive a este Miembro a otro Médico especialista.

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

Artículo V. Servicios para miembros

5.1 Entrega y confidencialidad de los registros médicos del miembro.

5.1.1 El Plan debe mantener la información médica del Miembro en confidencialidad y no debe divulgar la información a terceros sin autorización previa por escrito del Miembro, salvo disposición en contrario en este Acuerdo y en la Notificación de las prácticas de privacidad del Plan o según lo permitido o exigido por ley.

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

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

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

5.1.5 Al inscribirse en el Plan, cada Miembro autoriza a los Proveedores participantes y no participantes a divulgar información sobre la atención, tratamiento y condición física de tal miembro, al DIFS, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan, o a sus representantes, a pedido, y también autoriza al Plan, al DIFS y al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan o a sus representantes, a revisar y obtener copias de los registros médicos del Miembro. Además, cada Miembro acepta colaborar con el Plan, o su representante, y los Proveedores participantes, al brindar información de su historia clínica y al ayudar a obtener registros médicos previos a pedido.

5.1.6 Con solicitud previa razonable del Plan, de un Proveedor participante o no participante, el Miembro firmará una autorización de entrega

de información sobre la atención, tratamiento y 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 de edad o incapacitado, podrán revisar dichos registros médicos del Miembro de conformidad con la ley federal y estatal. Tal revisión se hará en las oficinas del Proveedor participante durante el horario de atención normal y en el momento especificado de manera razonable por el Proveedor participante.

5.2 Procedimiento y política 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. El procedimiento y política 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 quejas y apelaciones del Plan puede ayudar al Miembro a presentar la queja. El Plan tomará una decisión sobre la queja del Miembro dentro de los 90 días calendario de la 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 calendario desde la fecha de la determinación adversa de beneficios original para presentar la apelación. El Miembro tiene derecho a apelar en persona, por escrito o por teléfono ante el Revisor de apelaciones designado. Después de la apelación verbal u oral se debe presentar una escrita y firmada. El Especialista en quejas y apelaciones del Plan puede ayudar a presentar la apelación.

La solicitud de apelación deberá 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 calendario posteriores a la fecha en que el Plan recibió su apelación.

Se permiten 14 días calendario adicionales para obtener registros médicos u otra información médica importante si es que el Miembro solicita más tiempo, o si el Plan puede demostrar que

la demora es para la conveniencia del miembro. Los Miembros recibirán una notificación escrita de esta extensión.

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

5.2.4 Departamento de seguro y servicios financieros. El Miembro puede solicitar una revisión externa si no recibe una decisión del Plan dentro de los 30 días calendario o si no está satisfecho con el resultado de la apelación. Los miembros tienen 127 días calendario para presentar una apelación externa ante el DIFS. La solicitud de apelación deberá enviarse a: Department of Insurance and Financial Services (DIFS), Healthcare Appeals Section, Office of General Counsel, P.O. Box 30220, Lansing, MI 48909-7720. La solicitud de apelación también se puede enviar por fax al (517) 284-8848 o en

línea, en <https://difs.state.mi.us/Complaints/ExternalReview.aspx>. El Especialista en quejas y apelaciones del Plan enviará por correo postal 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 postal dentro de los 14 días calendario posteriores a la aceptación de la apelación. El Miembro, el Representante autorizado o el Médico también pueden solicitar una apelación rápida (acelerada) al DIFS a la misma dirección que figura más arriba, dentro de los 10 días calendario de haber recibido el aviso de resolución final de la apelación. El DIFS le enviará la apelación a una IRO para su revisión. Se enviará por correo postal una decisión al miembro dentro de las 72 horas. Durante este plazo, los beneficios continuarán.

5.2.5 Proceso de audiencia estatal justa. Un Miembro tiene derecho a la audiencia justa de Medicaid sobre cualquier decisión que tome el Plan y que el Miembro considere inapropiada. Para esto se comunicará con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan, Oficina de Normas y Audiencias Administrativas de Michigan, al (800) 648-3397. El número de fax es (517) 763-0146. La dirección es Michigan Department of Health and Human Services, Michigan Office of Administrative Hearings and Rules, P.O. Box 30763, Lansing, MI 48909 o en línea, en <https://courts.michigan.gov/self-help/mahs/pages/default>.

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

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

5.4 Tarjetas de membresía.

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

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

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

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

Artículo VI. Pago de servicios cubiertos

6.1 Pagos periódicos de la prima. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan o su agente remitente pagarán de manera directa al Plan, en nombre del Miembro, la Prima especificada en el Contrato de Medicaid. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan o su agente remitente pagarán la Prima antes de la fecha de vencimiento especificada en el Contrato de Medicaid inclusive. El Miembro entiende que la Prima que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan pagará en su nombre a cambio de los Servicios cubiertos se remitirá de conformidad con el Contrato de Medicaid.

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

6.3 Reclamaciones.

6.3.1 Es política del Plan pagar a los Proveedores participantes directamente los Servicios cubiertos brindados a los Miembros de conformidad con los contratos entre el Plan y los Proveedores participantes. No obstante, si un Proveedor participante factura al Miembro un Servicio cubierto, al recibir la factura, el Miembro debe comunicarse con Servicios para Miembros. Si el Miembro paga una factura por Servicios cubiertos, el Plan exigirá al Proveedor participante que le reembolse el dinero al Miembro.

6.3.2 Cuando el Miembro recibe Servicios de emergencia, u otros Servicios cubiertos autorizados previamente por el Plan, de un Proveedor no participante, el Miembro debe solicitar que el Proveedor no participante le facture al Plan. Si el Proveedor no participante se niega a facturarle al Plan pero le factura al Miembro, el Miembro debe enviar esa factura al Plan. Si el Proveedor no participante exige al Miembro pagar los Servicios cubiertos en el momento en que se brindan, el Miembro debe presentar una solicitud escrita de reembolso de esos Servicios cubiertos ante el Plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se brindaron los Servicios cubiertos.

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

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

6.4 Proveedores no participantes. El Miembro es responsable del pago de todos los servicios, suministros y equipos recibidos de Proveedores no participantes, a menos que esos servicios se incluyan como Servicios cubiertos en el Apéndice A de este Certificado y se autoricen según lo exige el Plan. No obstante, la Autorización previa no es necesaria para Servicios de emergencia, Servicios de planificación familiar, tratamiento de enfermedades contagiosas en el departamento de salud local del Miembro, vacunas en el departamento de salud local del Miembro,

servicios de centros y programas de salud para niños y adolescentes, y centros de salud con calificación federal.

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

Artículo VII. Servicios cubiertos y coordinación de la atención

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

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

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

7.1.3 El Proveedor de atención primaria del Miembro brinda, receta, ordena o coordina con anticipación los Servicios cubiertos, excepto si el Miembro accede directamente a los servicios

de un Médico especialista u otro Proveedor participante en virtud de los términos expresos de este Certificado.

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

7.1.5 Los Proveedores participantes brindan los Servicios cubiertos, excepto en los casos en que este Certificado especifique que un Miembro puede obtener Servicios cubiertos de un Proveedor no participante.

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

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

7.4 Servicios fuera del área.

7.4.1 Servicios cubiertos. El Plan cubre los Servicios de emergencia mientras el Miembro se encuentre provisoriamente fuera del Área de servicios. El Miembro o una persona responsable deben notificar al Plan lo antes posible después

de recibir los Servicios de emergencia. La atención médica de rutina mientras el Miembro se encuentra fuera del Área de servicios no es un Servicio cubierto, a menos que el Plan lo autorice previamente.

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

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

Artículo VIII. Exclusiones y limitaciones

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

8.2 Limitaciones.

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

8.2.2 El Plan no tiene responsabilidad ni

obligación de pago de servicios, equipos o suministros entregados por Proveedores no participantes a menos que esos servicios, equipos o suministros sean Servicios cubiertos y estén autorizados previamente por el Plan, excepto si este Certificado especifica, de otro modo, que el Miembro puede obtener los Servicios cubiertos de Proveedores no participantes.

8.2.3 Un referido por parte de un Proveedor de atención primaria por Servicios no cubiertos no convierte a estos servicios en Servicios cubiertos.

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

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

Artículo IX. Vigencia y finalización

9.1 Vigencia.

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

9.2 Finalización del certificado por parte del Plan o del Departamento.

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

9.2.2 En caso de cese de operaciones o disolución del Plan, este Certificado puede finalizar de inmediato por orden de un tribunal o agencia administrativa o del Directorio del Plan. El Plan será responsable de los Servicios cubiertos a los Miembros salvo indicación en 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 la finalización de este Certificado. El hecho de que los Miembros no reciban notificación de la finalización de este Certificado no continuará ni extenderá la cobertura de los Miembros más allá de la fecha de finalización de este Certificado.

9.3 Finalización de la inscripción y cobertura por parte del 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 servicios.
- b. El Miembro deja de ser elegible para el Programa Medicaid o el Plan según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan.
- c. El Miembro fallece.
- d. El Miembro es internado en un centro de enfermería especializada para la atención de custodia o servicios de salud restaurativos, durante más de 45 días, a menos que el Miembro sea un paciente de hospicio.
- 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 o mantener una relación médico-paciente satisfactoria con los proveedores participantes disponibles.
- b. Situaciones violentas/que ponen en peligro la vida y que involucren actos físicos de violencia; amenazas

verbales o físicas de violencia contra los proveedores del Plan, personal, o el público, en ubicaciones del Plan; o situaciones de acoso.

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

9.3.4 El Plan no solicitará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan que finalice la inscripción y cobertura del Miembro debido al estado de salud del Miembro, sus necesidades de atención médica o el acto que haya realizado el Miembro para ejercer sus derechos en virtud del Procedimiento y política 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 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 Un Miembro puede desafiliarse del 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 desafiliarse del Plan con causa. En caso de que el Miembro desee desafiliarse del Plan, el Miembro, o una persona autorizada en nombre del Miembro, debe comunicarse con el Agente de inscripción del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan.

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

9.5 Continuación de los beneficios. Si el Miembro es un paciente internado en un Hospital en la fecha en que finaliza la inscripción del Miembro en el Plan, el Plan debe pagar la 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 pedido del plan, el Miembro deberá ceder al Plan:

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

10.2.2 Los Miembros no cederán beneficios o pagos por Servicios cubiertos en virtud del Acuerdo del miembro a otra persona o entidad.

10.3 Medicare. Para Miembros con cobertura de Medicare, Medicare será el pagador primario antes de otro plan de salud contratado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan.

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

10.5 Orden de los beneficios. En el establecimiento del orden de la responsabilidad del Pagador de los beneficios de atención médica, el Plan seguirá las pautas de coordinación de beneficios autorizadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y el DIFS y las disposiciones aplicables de la Ley de Coordinación de Beneficios de Michigan, Ley Pública 64 de 1984, con sus modificaciones, MCL 550.251 y siguientes, según lo exige el Artículo 21074 del Código de Salud Pública de Michigan, Ley Pública 368 de 1978, con sus modificaciones, MCL 333.21074.

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

10.6.1 Determinar si el Miembro tiene seguro médico u otra cobertura de beneficios de salud para Servicios cubiertos y hasta qué grado; y

10.6.2 Establecer, de conformidad con este Artículo, las prioridades para determinar la responsabilidad primaria entre los Pagadores obligados a brindar servicios de atención médica o seguro médico; y

10.6.3 Exigir al Miembro, Proveedor participante o no participante que presenten una reclamación ante el Pagador primario antes de determinar el monto de la obligación de pago del Plan, si corresponde; y

10.6.4 Recuperar del Miembro, Proveedor participante o no participante, según corresponda, el gasto de los Servicios cubiertos suministrados al Miembro en la medida en que tales servicios

están cubiertos o sean indemnizados por otro Pagador.

10.7 Interpretación. Nada de lo contenido en este Artículo se interpretará en el sentido de una obligación de pago del Plan hasta que determine si es el Pagador primario o secundario y los beneficios que son pagaderos por el Pagador primario, si 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 ceder al Plan las sumas de dinero recuperadas mediante demanda, acuerdo o de otro modo, por la lesión o enfermedad, hasta el monto de los Gastos de atención médica del Plan por la lesión o enfermedad, pero sin exceder el monto monetario cobrado por daños y perjuicios; o

11.1.2 Autorizar al Plan a subrogarse a los derechos de resarcimiento del Miembro, incluido el derecho a iniciar una demanda en nombre del Miembro a costo y cargo del Plan hasta el monto

de los Gastos de atención médica del Plan por la lesión o enfermedad.

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

Artículo XII. Disposiciones varias

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

12.2 Políticas y procedimientos. El Plan adoptará las políticas, 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 disposición en contrario en otras secciones del presente Certificado, toda notificación que el Plan deba o tenga permiso para enviar al Miembro en virtud del presente se realizará por escrito y se entregará en persona o se enviará por correo postal de los Estados Unidos, de primera clase, con franqueo prepago y dirigida al Miembro a la dirección registrada en las oficinas administrativas del Plan. Salvo disposición en contrario en otras secciones del presente Certificado, toda notificación que el Miembro deba o tenga permiso para enviar al Plan

en virtud del presente se realizará por escrito y se entregará en persona o se enviará por correo postal de los Estados Unidos, primera clase, con franqueo prepago y dirigida al Plan a la siguiente dirección:
Molina Healthcare of Michigan
Attn: Member Services
880 West Long Lake Road, Suite 600
Troy, Michigan 48098-4504

Apéndice A - Detalle de beneficios de servicios cubiertos

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

- 1. Pruebas de alergias, evaluaciones e inyecciones, incluidos los costos de suero.**
- 2. Servicios y suministros quirúrgicos para pacientes ambulatorios.** Servicios y suministros para pacientes ambulatorios entregados por un centro de cirugía para un procedimiento quirúrgico cubierto.
- 3. Servicios de ambulancia.** Servicios de ambulancia profesionales, incluidos los servicios de ambulancia aérea, para las siguientes situaciones o afecciones:
 - a.** Transporte en ambulancia al departamento de emergencias de un Hospital con motivo de una Emergencia;
 - b.** Transporte en ambulancia de un hospital a otro centro, incluido un centro de enfermería especializada (participante o no);
 - c.** Transporte de un hospital no participante a uno participante, si se brinda en el centro donde está internado el paciente.
 - d.** Transporte en ambulancia ida y vuelta entre un Hospital o centro de internación del paciente y otro centro para exámenes u otros servicios médicamente necesarios que no se puedan brindar en el centro donde está internado el paciente.

4. Terapia con medicamentos antineoplásicos.

Los medicamentos antineoplásicos tienen cobertura en virtud de la Sección 21054b del Código de Salud Pública.

5. Examen de detección de plomo en sangre y seguimiento.

Los servicios de examen de detección de plomo en sangre y seguimiento tienen cobertura para Miembros menores de 21 años.

6. Bombas de extracción de leche materna; uso personal, doble 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 calendario limitadas a diagnósticos y procedimientos específicos.

9. Dispositivos y medicamentos anticonceptivos.

Tienen cobertura los dispositivos, suministros y medicamentos anticonceptivos. Los suministros y medicamentos de planificación familiar de venta libre tienen cobertura sin receta.

10. Servicios de tratamiento para diabetes.

De conformidad con MCLA 500.3406(p) los siguientes equipos, suministros y capacitación educativa para el tratamiento de diabetes, si se consideran Médicamente necesarios y los receta un Proveedor participante, son Servicios cubiertos:

1. Monitores de glucosa en sangre y monitores de glucosa en sangre para personas legalmente ciegas.

2. Tiras reactivas para detección de glucosa, lectura visual y tiras reactivas de orina, lancetas y dispositivos de lanceta con resorte.

3. Jeringas.

4. Bombas de insulina y suministros médicos necesarios para usar la bomba de insulina.

5. Capacitación para el autocontrol de la diabetes, para asegurarse de que las personas con diabetes estén capacitadas sobre el correcto control y tratamiento de su afección; sujeto a la finalización de un programa educativo certificado sobre diabetes y si los servicios son necesarios en virtud del plan integral de atención para garantizar el cumplimiento de la terapia o brindar los conocimientos y habilidades necesarias.

6. Los siguientes medicamentos son Servicios cubiertos para el tratamiento de la diabetes si los ordena un Proveedor participante y se consideran Médicamente necesarios:

1. Insulina.

2. Medicamento no experimental para control de azúcar en sangre.

3. Medicamentos usados para el tratamiento de dolencias del pie, infecciones y otras afecciones médicas del pie, tobillo o uñas asociadas con la diabetes.

11. Artículos descartables y otros suministros médicos:

- a. Tienen cobertura los artículos descartables si reemplazan una función corporal normal (p. ej., suministros para ostomía y urología).

- b. Están cubiertos los siguientes suministros para diabéticos: insulina, jeringas, reactivos, glucómetros estándar y lancetas. Las bombas de insulina pueden tener cobertura para diabetes insulino dependiente no controlada tipo I.
- 12. Suministros y equipos médicos duraderos.**
Los equipos médicos duraderos están cubiertos según las pautas del Departamento.
- 13. Servicios de emergencia.**
- 14. Servicios de enfermedad renal en etapa terminal.**
- 15. Planificación familiar.** Está cubierta la planificación familiar, tal como asesoramiento sobre anticonceptivos y exámenes y procedimientos físicos asociados, y diagnóstico y examen de detección de infertilidad limitados. Los siguientes son servicios cubiertos aunque no se brinden en relación con el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión:
- a. **Esterilizaciones voluntarias.** Las ligaduras de trompas de Falopio y vasectomías tienen cobertura para Miembros mayores de 21 años. Las vasectomías solo tienen cobertura si se realizan en el consultorio del Médico. Siempre que se realice un procedimiento de esterilización, se firmará un formulario de consentimiento 30 días antes del procedimiento y se presentará ante el Plan. Se excluye la reversión de esterilizaciones.
- Diafragmas y Dispositivos intrauterinos (DIU).**
- b. **Asesoramiento sobre anticonceptivos y planificación familiar.**
 - c. **Aborto.** Los abortos están cubiertos en caso de violación o incesto; cuando sean médicamente necesarios para salvar la vida de la madre; como tratamiento por complicaciones médicas como consecuencia de un aborto optativo; o como tratamiento por un aborto espontáneo, incompleto o inminente o por embarazo ectópico.
- 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 con licencia o profesionales registrados y auxiliares médicos a domicilio en ciertas circunstancias.
- 19. Servicios de hospicio.**
- 20. Servicios hospitalarios.**
- a. **Servicios de internación.** Los suministros y servicios de internación hospitalaria, incluidos servicios profesionales, alojamiento y comidas

en habitación compartida, atención de enfermería general y servicios relacionados.

- b. Servicios para pacientes ambulatorios.** Servicios y suministros profesionales y de centros que se brinden en forma ambulatoria.
- c. Servicios terapéuticos y de diagnóstico.** Servicios y suministros para pruebas de laboratorio, radiológicas y otras pruebas de diagnóstico y tratamientos terapéuticos.

21. Terapia de infusión.

22. Programa de salud para bebés y madres.

23. Atención de maternidad.

- a. Hospitales y médicos.** Servicios y suministros brindados por un Hospital o Médico participante para atención prenatal, pruebas genéticas, parto y atención posparto.
- b. Servicios de partera enfermera certificada.**
- c. Atención de recién nacidos.** Un recién nacido hijo de un Miembro es elegible para los Servicios cubiertos durante un mes después del nacimiento.
- d. Servicios de atención domiciliaria.** Una visita médica posparto domiciliaria de rutina para la madre y el bebé.
- e. Duración de la internación.** El Miembro y el recién nacido tendrán derecho a un mínimo de 48 horas de Servicios hospitalarios para pacientes internados después del parto normal, y 96 horas de Servicios hospitalarios para pacientes internados después de una cesárea.

f. Clases de crianza y parto.

- g. Condiciones especiales para mujeres que se inscriben al Plan y están embarazadas al momento de la inscripción.** Estos Miembros pueden elegir o conservar un obstetra de Medicaid de su elección y tendrán derecho a recibir toda la atención prenatal y de obstetricia médicamente necesaria sin Autorización previa del Plan. Los servicios se pueden brindar sin Autorización previa, independientemente de si el proveedor es participante del Plan.

- 24. Servicios para bajar de peso médicamente necesarios.** Los servicios para bajar de peso médicamente necesarios tienen cobertura para Miembros con afecciones médicas con riesgo para la vida. Se requiere Autorización previa.

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

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

27. Cirugía bucal y maxilofacial.

- a. La cirugía bucal y maxilofacial y radiografías relacionadas son un Servicio**

cubierto si las realiza un Proveedor participante, según las políticas de Autorización previa del Plan, para las siguientes afecciones:

- ii. Tratamiento y reparación de emergencia de fracturas de mandíbula y dislocación facial de la mandíbula.
- iii. Reparación de emergencia de lesión traumática por lesión no ocupacional en dientes naturales sanos, si el tratamiento se produce dentro de las 24 horas de la lesión inicial (solo estará cubierta la primera visita para el tratamiento).

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

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, anormalidades 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.

- a. Los medicamentos del formulario tienen cobertura cada 30 días.

- b. Los preservativos tienen cobertura, limitada a 36 por cada 30 días.
 - c. Los medicamentos y suministros médicos de venta libre tienen cobertura si se cuenta con receta.
 - d. No tienen cobertura los medicamentos para la infertilidad.
 - e. El uso fuera de lo indicado en la etiqueta de medicamentos aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos y el 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:
- ah. Servicios de salud preventivos, visitas al consultorio por enfermedad o lesión, consultas, control de bienestar del niño, atención de alergias y exámenes específicos del sexo/edad, periódicos y de rutina.
 - ai. Vacunas pediátricas y para adultos de rutina según lo recomendado por las pautas de Servicios de Salud Pública de EE. UU.
 - aj. Educación para la salud.
- 34. Dispositivos de prótesis y ortopedia.** Los soportes y dispositivos de prótesis y ortopedia estándar tienen cobertura según las pautas del Departamento. Los dispositivos de prótesis son dispositivos artificiales hechos a medida para reemplazar en forma total o parcial una parte del cuerpo (p. ej., una extremidad artificial). Las prótesis mamarias después de una mastectomía tienen cobertura.
- 35. Exámenes radiológicos y procedimientos de laboratorio.** Análisis de laboratorio y servicios de radiología terapéuticos y de diagnóstico si no se excluyen en otra parte del Certificado.
- 36. Atención de enfermería de rehabilitación.** Servicios de rehabilitación o restauración intermitentes o a corto plazo en un centro de enfermería, cubiertos durante hasta 45 días.
- 37. Servicios de restauración o rehabilitación (en un lugar de servicio que no sea un centro de enfermería).**
- 38. Servicios por cáncer de mama y mamografía de detección.** La mamografía de detección de cáncer de mama, servicios de diagnóstico, servicios de tratamiento ambulatorio y servicios de rehabilitación tienen cobertura según la Sección 500.3406d del Código de Seguros.
- 39. Las consultas de segunda opinión quirúrgica** tienen cobertura cuando son recomendadas por el Médico participante o si así lo desea un Miembro inscrito o su representante.
- 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.** Tiene cobertura el tratamiento para dejar de fumar incluido el apoyo conductual y farmacéutico.

42. Tratamiento de enfermedades contagiosas. El tratamiento de enfermedades contagiosas no requiere Autorización previa si se recibe en un departamento de salud local u otra clínica.

43. Servicios de la visión. Tienen cobertura los exámenes oftalmológicos, lentes y marcos con receta. El beneficio incluye un examen oftalmológico y un par de anteojos cada veinticuatro meses. En caso de extravío, robo o rotura de los anteojos, están cubiertos los de repuesto. Los anteojos de repuesto se limitan a 2 pares de anteojos al año para Miembros menores de 21 años y 1 par al año para Miembros de 21 años en adelante. Los lentes de contacto tienen cobertura solo si el Miembro tiene un problema de la visión que no se puede corregir con anteojos.

44. Control de bienestar del niño /EPSDT. Los servicios de exámenes de control de bienestar del niño /EPSDT para menores de 21 años tienen cobertura.

Apéndice B - Servicios de coordinación de la atención

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

- a. Servicios dentales.** Están disponibles los servicios dentales para embarazadas. Tienen cobertura los servicios de cirugía bucal clínica/ médicamente necesarios de diagnóstico, prevención, restauración y prótesis, incluidas las extracciones. Es importante que las mujeres embarazadas reciban atención dental adecuada durante el embarazo para la salud y el bienestar

de la madre y del bebé. El Plan brindará a los Miembros los nombres de los dentistas participantes en su área, que estén disponibles para brindar servicios dentales. El Plan brinda viajes ida y vuelta, o solo de ida, ilimitados, para servicios cubiertos y médicamente necesarios, cada año 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 referir a los Miembros para estos servicios y coordinará los servicios brindados a los Miembros con la agencia coordinadora según corresponda.

d. Coordinación con el departamento de salud local.

El Plan coordinará ciertos servicios con el departamento de salud local del Miembro y realizará ciertos referidos según corresponda.

e. Servicios de centro de enfermería. Servicios de rehabilitación y restauración intermitentes o a corto plazo en un centro de enfermería después de 45 días y atención de custodia suministrada en un centro de enfermería.

f. Servicios escolares. Servicios suministrados por el distrito escolar y facturados a través de Distritos escolares intermedios.

g. Servicios de discapacidad de desarrollo.

Servicios, incluidas las terapias (habla, lenguaje, física, ocupacional), suministrados a personas con discapacidades de desarrollo, y se facturan a través de proveedores del Programa comunitario de servicios de salud mental o Distritos escolares intermedios.

h. Servicios de transporte. 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 atención primaria o Proveedor participante o si aparecen en el formulario de referido del Plan. Las exclusiones y limitaciones incluyen, entre otras, lo siguiente:

1. **Abortos.** Abortos terapéuticos electivos y servicios relacionados.
2. **Acupuntura.** Los servicios de acupuntura no están cubiertos.
3. **Tratamientos y procedimientos alternativos.** Quedan excluidos los tratamientos y procedimientos alternativos no reconocidos o aceptados en general por la comunidad médica. También quedan excluidos los procedimientos y tratamientos que son de naturaleza principalmente educativa.
4. **No están cubiertos los Servicios o Suministros que no son médicamente necesarios.**
5. **Servicios de ambulancia.** El uso de ambulancia para transporte por cualquier motivo que no sea una Emergencia o porque la afección médica del Miembro requiere el uso de ambulancia no es un Servicio cubierto.
6. **Autopsia.** Los servicios de autopsia no están cubiertos.
7. **Biorretroalimentación.** Los servicios de biorretroalimentación no están cubiertos.
8. **Evaluación cognitiva o reentrenamiento y servicios relacionados.** Los servicios cognitivos, entrenamiento o reentrenamiento y atención, suministros o procedimientos relacionados quedan excluidos, cualquiera sea la persona que los suministra.
9. **Procedimientos/cirugía cosmética.** Quedan excluidos la cirugía, medicamentos, inyecciones, procedimientos y servicios relacionados para cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo para mejorar o cambiar la apariencia o para autoestima del Miembro. Los ejemplos incluyen, entre otros, rinoplastia electiva, extracción de várices/arañitas y reducción mamaria electiva. La alteración cosmética realizada en simultáneo con una cirugía por una afección médica no tiene cobertura. No tienen cobertura los implantes capilares, prótesis capilar o pelucas. Tal como lo indica el Apéndice A, la cirugía mamaria reconstructiva después de la mastectomía tiene cobertura.
10. **Servicios por orden judicial.** Los cargos por servicios ordenados por un tribunal no tendrán cobertura a menos que sean Médicamente necesarios y se cumplan todos los requisitos del Plan.
11. **Atención de custodia o domiciliaria.** Queda excluida la atención de custodia o domiciliaria, incluida la atención en un hogar de ancianos.
12. **Servicios dentales.** Los servicios dentales de rutina, incluida la reparación/restauración/extracción dental, las radiografías dentales, extracciones de muelas de juicio, tratamiento de conducto y gingivectomías quedan excluidos. No tienen cobertura la ortodoncia, suministros y aparatos, incluidas férulas y frenos. También quedan excluidos los servicios y suministros por daños en los dientes debido al acto natural de la masticación. No tienen cobertura los

- implantes dentales/grapa de hueso mandibular. Están disponibles los servicios dentales para embarazadas.
- 13. Servicios de discapacidad de desarrollo.** No tienen cobertura los servicios suministrados a un miembro con discapacidad de desarrollo y facturados a través del Programa comunitario de servicios de salud mental. Los miembros pueden ser elegibles para recibir servicios de discapacidad de desarrollo a través de proveedores o agencias en sus áreas, tal como se indica en el Apéndice B del Certificado.
 - 14. Equipos, procedimientos, tratamientos, suministros o dispositivos de agentes biológicos, medicamentos de investigación o experimentales.** Estos servicios no están cubiertos.
 - 15. Formularios.** Los cargos por el tiempo implicado en completar formularios, reclamaciones o informes necesarios no tienen cobertura.
 - 16. Atención médica suministrada por el gobierno.** Los gastos médicos incurridos en un hospital estatal o por servicios de un médico u otro profesional de la salud estatal quedan excluidos.
 - 17. Análisis capilar.**
 - 18. Servicios del programa de exención basado en el hogar y la comunidad.**
 - 19. Internación hospitalaria.** No tienen cobertura los días de internación por motivos no médicos.
 - 20. Terapias a largo plazo.** Las terapias a largo plazo que superan el beneficio definido no tienen cobertura.
 - 21. Suministros y equipos médicos.** Quedan excluidos de la cobertura: reemplazo o reparación de la mayoría de los artículos cubiertos debido al mal uso, pérdida o abuso según la definición del Manual del proveedor de Medicaid; artículos experimentales; baterías (excepto las baterías para audífonos); artículos para comodidad y conveniencia como mesas para la cama, almohadillas térmicas, cascos de protección, colchones ajustables, soportes para el teléfono, aires acondicionados, baños sauna, jacuzzi, bañeras y ascensores.
 - 22. Servicios no médicos.** Quedan excluidos los servicios no médicos, como rehabilitación vocacional en el sitio y evaluaciones de trabajo o capacitación, evaluaciones ambientales del lugar de trabajo, hogar o escuela, o asesoramiento para empleados.
 - 23. Parto obstétrico domiciliario.** No tienen cobertura los servicios y suministros relacionados con el parto obstétrico domiciliario.
 - 24. Aparatos dentales.** Los aparatos dentales asociados con la cirugía bucal y maxilofacial, ortognática y de la articulación temporomandibular quedan excluidos.
 - 25. Otra cobertura.** El Plan es un pagador de último recurso en virtud del Contrato de Medicaid. La cobertura queda excluida para servicio, equipo o suministro de atención médica si un tercero es responsable del pago de los beneficios en virtud de la ley estatal o federal o un plan de seguro médico privado o gubernamental o programa de beneficios de salud, incluido, entre otros,

Medicare. Los beneficios por parte de un tercero pagador y el Plan se coordinarán según el Artículo 10 del Certificado

26. Artículos personales y de conveniencia.

Quedan excluidos los artículos personales y de conveniencia, incluidos, entre otros, equipos y accesorios para el hogar.

27. Servicios de ayuda domiciliaria y cuidado personal.

28. Medicamentos recetados. Los siguientes medicamentos recetados quedan excluidos de la cobertura:

- a. Medicamentos recetados para fines cosméticos;
- b. Medicamentos de investigación o experimentales;
- c. Medicamentos recetados para el tratamiento de la infertilidad;
- d. Medicamentos de combinaciones de vitaminas y minerales (solo vitaminas prenatales seleccionadas, para enfermedad renal en etapa terminal y preparaciones de flúor pediátrico tienen cobertura);
- e. Los medicamentos recetados para bajar de peso quedan excluidos a menos que sean médicamente necesarios; y
- f. Los medicamentos psicotrópicos de clase H7Z y antipsicóticos según lo indicado en la categoría “Clases para psicotrópicos y VIH/SIDA en www.Michigan.fhsc.com; medicamentos de clases antirretrovirales incluidos inhibidores de la proteasa e inhibidores de la transcriptasa inversa;

medicamentos para el tratamiento por abuso de sustancias según lo dispuesto bajo la categoría Clases para psicotrópicos y VIH/SIDA en www.Michigan.fhsc.com.

29. Servicios de enfermería de guardia privada.

Quedan excluidos los servicios de enfermería para pacientes ambulatorios y para pacientes internados de guardia privada.

30. Servicios reproductivos. Queda excluida la reversión de esterilización electiva. Quedan excluidos: fertilización in vitro, transferencia intratubárica de gametos (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 un Miembro o Familiar. Los servicios, atención o tratamiento suministrados por un Miembro o familiar de este, incluidos, entre otros, cónyuge, madre, padre, abuela, abuelo, tía, tío, primo, prima, hermano, hermana, hijo, hija, sobrino, sobrina, nieto, nieta, o cualquier persona que viva con el Miembro.

33. Servicios que requiera un tercero. Quedan excluidos los servicios que requiera un tercero, como por ejemplo: exámenes físicos, servicios de diagnóstico, recetas y vacunas en relación con la obtención o continuidad de un empleo, obtención

o mantenimiento de licencia emitida por un gobierno federal, municipal o estatal, obtención o continuidad de la cobertura de seguro, obtención de una admisión en una escuela o asistencia o participación en atletismo. Quedan excluidas las evaluaciones psiquiátricas o médicas para determinaciones legales a excepción de la ubicación para tutela temporal.

34. Suplementos nutricionales y alimentos especiales. No tienen cobertura los suplementos nutricionales y alimentos, excepto para alimentación enteral y parenteral cuando son el único medio de nutrición.

35. Terapia del habla. Tiene cobertura la terapia del habla, sin incluir servicios suministrados a personas con discapacidades de desarrollo y facturados a través de proveedores del Programa comunitario de servicios de salud mental o Distritos escolares intermedios.

36. Abuso de sustancias. Los servicios contra el abuso de sustancias, incluidos exámenes de detección y evaluación, desintoxicación, asesoramiento ambulatorio intensivo, otros servicios ambulatorios y tratamiento con metadona quedan excluidos. Los miembros pueden ser elegibles para recibir servicios contra el abuso de sustancias a través de proveedores o agencias en sus áreas, tal como se indica en el Apéndice B del Certificado.

37. Síndrome de articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ). No tiene cobertura la cirugía de TMJ.

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



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

