



Su manual para miembros

Nebraska

Medicaid

Última actualización 09/2023

[MolinaHealthcare.com](https://www.MolinaHealthcare.com)



English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-782-2018 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-782-2018 (TTY: 711).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-782-2018 (TTY: 711).
Chinese	注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-844-782-2018(TTY:711)。
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-782-2018 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
Karen	ဟ်သုဂ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီကိၣ်အသိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤတၢ်မၤ, လၢတလၢဂ်ဘျုးလၢဂ်စ့ၤတဖၣ်, လၢနဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ကိး 1-844-782-2018 (TTY 711).
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-782-2018 (TTY: 711).
Cushite - Oromoo (Oromo)	HUBACHIISA: Afaan Ingilizii kan dubbattan yoo ta'e, tajaajilootni deggera afaanii, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een isiniif dhiyaata. 1-844-782-2018 (TTY: 711) irratti bilbilaa.
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-782-2018 (TTY: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-782-2018 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Nepali	ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-844-782-2018 (टिपिवाङ्क: 711) ।
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-782-2018 (телетайп: 711).
Laotian	ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທລ 1-844-782-2018 (TTY: 711).
Kurdish	ۆب یی یرۆخ هب ، ناهز یراکواه یرازوگت همزخ ، تی هکهد مسق ینارۆس یدروک هب رمگهئ یراداگائ ۆب یی یرۆخ هب (711 یی یرۆخ یرامژ) 18447822018 هب یدن هوی هپ . هتس هدر هب ۆت
Persian (Farsi)	اب. دوش یم هئارا ناگیار تروص هب نابز کمک تامدخ ، دینک یم تب حص یرراف رگا : هجوت دیری گب سامت (1-844-782-2018 (TTY: 711) مرامش
Japanese	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。1-844-782-2018 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください

Contenido

Le damos la bienvenida	06
¿Qué es el programa Heritage Health?	06
Cómo comenzar	06
Traducciones y servicios de interpretación	07
Información de contacto importante	08
Servicios para Miembros.....	08
Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de Nebraska Medicaid	08
Otros números de teléfono importantes	09
Su tarjeta de identificación de miembro	10
Tarjeta de identificación de miembro de Molina.....	10
Tarjeta de identificación de Medicaid del estado.....	10
Inscripción	11
Período de inscripción abierta	11
Cómo renovar sus beneficios	11
Grandes cambios en la vida.....	11
Otro seguro.....	12
Indemnización laboral y otras reclamaciones	12
Cancelación de inscripción.....	12
Cancelación de la inscripción por causa justificada	12
Cómo cancelar la inscripción	13
Cancelación involuntaria de la inscripción por causa justificada	13
Sus derechos y responsabilidades	13
Declaración de derechos y responsabilidades de Molina Healthcare de Nebraska.....	13
Sus derechos.....	14
Responsabilidades de los miembros.....	14
Cómo obtener atención	15
Cómo elegir un proveedor de atención primaria.....	15
Programe su primera visita	15
Qué llevar con usted a la visita de su PCP	15
Responsabilidades del proveedor de atención primaria.....	16
Cómo cambiar de PCP.....	16
Cómo tener a un obstetra/ginecólogo como su PCP	17
Inscripción de un recién nacido	17
Acceso de los nativos americanos a la atención.....	17
Atención especializada.....	18
Qué hacer si su PCP abandona nuestra red.....	18
Segunda opinión.....	18
Servicios fuera de la red.....	18
Cambio en los beneficios o proveedores	19
Cómo ir al dentista	19
Qué llevar con usted a la visita con su PCD.....	19
Servicios dentales	19

Cómo cambiar su PCD	20
Salud del comportamiento	20
Servicios disponibles.....	20
Tiempos de espera para las citas	21
Si necesita cancelar su cita.....	22
Beneficios y servicios cubiertos.....	22
Beneficios de transporte.....	28
Autorizaciones previas.....	29
Servicios hospitalarios.....	30
Atención de rutina.....	30
Beneficios y servicios no cubiertos.....	30
Servicios prohibidos.....	30
Cómo mantenerse sano	31
Atención de bienestar	31
Atención de bienestar para adultos.....	31
Atención médica preventiva para adultos.....	31
Examen anual de salud para mujeres.....	31
Examen anual de salud para hombres.....	32
Pautas de vacunación para adultos.....	32
Evaluadores de riesgo de salud.....	32
Atención de bienestar para niños.....	33
Cómo evitar la intoxicación por plomo	34
Atención para miembros embarazadas.....	34
Transiciones de atención.....	35
Farmacia	35
Medicamentos recetados.....	35
Medicamentos de venta libre (OTC).....	36
Otros beneficios.....	37
Beneficios de valor añadido.....	37
Programa de Recompensas Saludables.....	41
Recursos del miembro.....	43
Administración de la atención.....	43
Gestión de casos.....	43
Planes de atención.....	44
Control de la enfermedad.....	44
MolinaHelpFinder.com.....	45
Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas.....	45
Portal para miembros: MyMolina.com.....	45
Recursos comunitarios.....	46
Recursos para el embarazo.....	46
Otros servicios.....	46
Atención de emergencia y fuera del horario de atención.....	47
Atención fuera del horario de atención.....	47
Atención de emergencia.....	47

Atención posterior a la estabilización.....	48
Cómo obtener atención fuera del estado.....	48
Atención de urgencia.....	48
Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas.....	49
Servicios de telesalud.....	49
Otro seguro y facturas.....	49
Qué hacer si recibe una factura.....	49
Otros detalles del plan.....	50
Directivas anticipadas.....	50
Plan y programa de mejora de la calidad.....	51
Comité Asesor de Miembros (MAC).....	52
Cómo denunciar presuntas infracciones en materia de comercialización.....	52
Términos importantes.....	53
Fraude, despilfarro y abuso.....	55
Fraude.....	56
Despilfarro.....	56
Abuso.....	56
Cómo denunciar.....	57
Quejas y apelaciones.....	57
Quejas.....	57
Cómo presentar una queja.....	58
Qué esperar cuando presenta una queja.....	58
Apelaciones.....	58
Cómo presentar una apelación.....	59
Qué esperar cuando presenta una apelación.....	59
Apelaciones aceleradas (rápidas).....	59
Audiencias justas estatales.....	60
Avisos.....	61
Prácticas de privacidad.....	61
Aviso de no discriminación.....	65
Formularios.....	66
Formulario de apelación del DHHS.....	66
Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida (PHI).....	70
Formulario de queja/apelación.....	72
Formulario de designación de representante autorizado.....	74

Le damos la bienvenida

¡Gracias por elegir Molina Healthcare de Nebraska (Molina)! Desde que abrimos nuestras puertas en 1980, nuestra misión ha sido ofrecer atención médica de calidad a todo el mundo. Estamos a su disposición. Y hoy, como siempre, hacemos todo lo que podemos para ayudarlo a sentirse lo mejor posible.

Este manual es su guía de los servicios que ofrecemos. También le brinda consejos útiles sobre Molina. Léalo y guárdelo en un lugar seguro por si vuelve a necesitarlo. Si necesita otra copia, puede solicitarla sin costo alguno. Comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**. También puede encontrar este manual en la web, en MolinaHealthcare.com/NE.

¿Qué es el programa Heritage Health?

Heritage Health es un programa de prestación de atención médica que combina los actuales programas de salud física, salud del comportamiento, atención dental y farmacia de Nebraska en un único sistema completo y coordinado para los clientes de Medicaid y del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) de Nebraska.

Molina es uno de los planes de atención administrada que tiene contrato con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS). Molina les brinda a los miembros de Medicaid acceso a atención médica de calidad y rentable. Para hacerlo, tenemos contrato con médicos, dentistas, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica.

Cómo comenzar

¿Es nuevo en Molina? Si lo es, siga estos pasos para comenzar a sacar el máximo provecho de su plan:

- 1. Revise su paquete de bienvenida:** su paquete de bienvenida tiene información importante sobre su nuevo plan de salud. Incluye una guía de inicio rápido que lo ayudará a comenzar a usar sus beneficios y a administrar su plan.

Seguramente habrá recibido su tarjeta de identificación de miembro de Molina con su paquete de bienvenida. Hay una tarjeta por cada miembro de la familia inscrito en Molina. Llévela siempre con usted. Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro, visite MyMolina.com o comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**.

- 2. Regístrese en la aplicación móvil My Molina®:** My Molina® es su portal personalizado para miembros en su teléfono inteligente. Descargue la aplicación e inicie sesión con su número de identificación de miembro. Con la aplicación My Molina, puede cambiar de médico de atención primaria (PCP), ver sus antecedentes de servicios, solicitar una nueva tarjeta de identificación y mucho más. Puede conectarse desde cualquier dispositivo inteligente.

Para obtener ayuda en cualquier lugar, descargue My Molina® sin costo desde la tienda de aplicaciones de su teléfono inteligente. Simplemente, busque **My Molina**.

- 3. Hable sobre su salud:** cuando comprendemos su salud, podemos determinar cómo ofrecerle la mejor atención posible. Lo llamaremos para hacerle una breve encuesta sobre sus antecedentes de salud. Avísenos si su información de contacto cambia.

- 4. Conozca a su médico de atención primaria (PCP):** su PCP es su médico de cabecera. Programe una cita en un plazo de 60 días. De este modo, podrá entablar una relación con su PCP, quien podrá conocer su salud y sabrá cómo tratarlo de la mejor manera. Para elegir

o cambiar su PCP, ingrese a [MyMolina.com](https://www.mylolina.com) o comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**.

- 5. Conozca sus beneficios:** con Molina, usted obtiene todos sus beneficios de Medicaid **además** de extras sin costo. Ofrecemos incentivos para la atención preventiva y exámenes de detección, el transporte, la educación sobre la salud y mucho más. Nuestros equipos están comprometidos con su atención.

Nuestro trabajo es asegurarnos de que obtenga la atención y los servicios que necesita. Nos comunicamos con los miembros por teléfono, correo postal, correo electrónico o mensaje de texto. Comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)** si tiene preguntas sobre nuestros servicios.

Este manual del miembro lo ayuda a entender cómo recibir atención médica cuando la necesita. También explica sus beneficios, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de Molina. Lea atentamente este manual.

Molina no deniega servicios por motivos morales o religiosos. Trabajamos con otras compañías para brindar servicios, por ejemplo: transporte. Los servicios brindados por cualquier compañía que trabaje con Molina se ajustan a nuestras normas y no presentarán problemas para usted. Si tiene algún problema, comuníquese con Servicios para Miembros.

Traducciones y servicios de interpretación

Si habla otro idioma o necesita algo en braille, letra grande o audio, no se preocupe. Interpretaremos o traduciremos cualquiera de nuestros documentos del miembro en su idioma preferido (incluido el lenguaje de señas). Solo tiene que contactarnos y decirnos el idioma que necesita. Incluso podemos organizar la presencia de un traductor o intérprete de lenguaje de señas en sus citas. (Es posible que el intérprete esté al teléfono). Comuníquese con nosotros sin cargo al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro (CT). Este servicio es gratuito para usted.

Un traductor lo puede ayudar con lo siguiente:

- Programar una cita.
- Hablar con su médico o enfermero.
- Obtener atención de emergencia.
- Presentar una queja o apelación.
- Obtener información sobre la toma de medicamentos.
- Realizar el seguimiento de una aprobación previa que necesita para un servicio.
- Con lenguaje de señas.

Información de contacto importante

Servicios para Miembros

Número de teléfono gratuito: (844) 782-2018 (TTY: 711)

Fax: (833) 558-0329

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro (CT)

Sitio web: MolinaHealthcare.com/NE

Dirección: 14748 W Center Rd, Suite 104, Omaha, NE 68144

Comuníquese con Servicios para Miembros por cosas como las siguientes:

- Encontrar un médico u otro proveedor
- Obtener una nueva tarjeta de identificación de miembro
- Comprender los beneficios cubiertos y no cubiertos
- Solicitar una copia impresa del directorio de proveedores o del manual del miembro
- Notificar posibles problemas de fraude por parte de un miembro o proveedor
- Cambiar su dirección y número de teléfono
- Servicios de gestión de casos

Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de Nebraska Medicaid

Número gratuito: (855) 632-7633

Lincoln: (402) 473-7000

Omaha: (402) 595-1178

TTY: (402) 471-7256

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro (CT)

Sitio web: dhhs.ne.gov/Pages/Medicaid-Services.aspx

Comuníquese con el DHHS por cosas como las siguientes:

- Renovar los beneficios de Heritage Health de su familia.
- Informar un gran cambio en la vida.
- Si está embarazada o tiene un bebé.
- Solicitar una audiencia justa estatal.
- Obtener información y recursos de salud.
- Denunciar posible fraude, despilfarro y abuso de Medicaid.

Otros números de teléfono importantes

Servicio	Número de teléfono
Emergencias	911
Elegibilidad para Medicaid del DHHS de Nebraska Área local de Lincoln Área local de Omaha	(855) 632-7633 (404) 473-7000 (402) 595-1178
Línea de ayuda de enfermería disponible las 24 horas	(844) 782-2721
Línea Nacional de Prevención del Suicidio y Crisis	988
Nebraska 211 (línea directa de recursos)	211
Transporte: MTM	(888) 889-0421, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro (CT)
Agente de inscripción de Heritage Health	(888) 255-2605, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del centro (CT)
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska	(402) 471-3121, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro (CT)
Línea de ayuda familiar de Nebraska	(888) 866-8660, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
División de salud del comportamiento	(402) 471-8553, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Línea directa de maltrato y abandono de adultos y niños	(800) 652-1999, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
División de discapacidades del desarrollo	(877) 667-6266, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro (CT)

Su tarjeta de identificación de miembro

Cuando se inscriba, le enviaremos por correo una tarjeta de identificación de miembro de Molina. También recibirá una tarjeta azul de Medicaid del estado. Es importante que siempre lleve ambas tarjetas de identificación de miembro con usted. Debería recibir su tarjeta de identificación de miembro por correo en un plazo de 10 días después de unirse a Molina. Cada miembro de su familia tendrá su propia tarjeta. Compruebe que toda la información sea correcta. Si hay algún dato incorrecto, comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro (CT).

Recuerde proteger sus tarjetas de identificación y usarlas solo para su propia atención. El mal uso de sus tarjetas de identificación, lo que incluye prestarla, venderla o dársela a otra persona, podría dar lugar a la pérdida de su elegibilidad de Medicaid o a acciones legales.

Su tarjeta de identificación de miembro de Molina tendrá el siguiente aspecto:

PARTE DELANTERA:

	Medicaid
Name: <Member First Name> <Member Last Name> Medicaid ID#: <XXXXXXXXXX> DOB: <MM/DD/YYYY> Effective: <MM/DD/YYYY> PCP name: <PCP Name> PCP phone number: <(XXX) XXX-XXXX> PCP after-hours number: <(XXX) XXX-XXXX> Dental home: <Dentist Home> Dental home number: <(XXX) XXX-XXXX> Dental home after-hours number: <(XXX) XXX-XXXX>	RXBIN: 004336 RXPCN: MCAIDADV RXGRP: <RXGRP> CVS Caremark <small>Bring your Molina ID card when you go to receive care. If you have an emergency, call 911 or visit the nearest emergency room (ER). For non-emergencies, call your primary care provider (PCP) or the 24/7 Nurse Advice Line at (844) 782-2721.</small>
<small>Molina Healthcare of Nebraska, 14748 W Center Rd, Suite 104, Omaha, NE 68144 HMO Molina Healthcare of Nebraska, Inc.</small>	

TRASERA:

Member support Member Services: (844) 782-2018 (TTY 711) Mon-Fri 8 a.m.-6 p.m. CT • Member services • Transportation • Vision • Dental • Filing grievances Enrollment broker: (888) 255-2605	Provider support Provider Services: (844) 782-2678 Pharmacy: (855) 619-9396 Dental: (855) 806-5192 Vision: (844) 636-2724 Medical claims: Molina Healthcare of Nebraska, Inc. PO Box 93218 Long Beach, CA 90809-9994 Payer ID: MLNNE Molinahealthcare.com/NE
National Suicide & Crisis Lifeline: 988 Report suspected waste, fraud, and abuse: (866) 606-3889 Nebraska 211 (resource hotline): 211 MyMolina.com This card is for identification purposes only and does not prove eligibility for service.	

Su tarjeta azul de Medicaid tendrá el siguiente aspecto:



Muestre sus tarjetas de identificación de miembro cada vez que necesite atención. Esto incluye lo siguiente:

- Citas médicas
- Citas dentales
- Citas de la vista
- Centros de atención de urgencia
- Hacerse pruebas médicas
- Hospitalizaciones
- Visitas a la sala de emergencias (ER)
- Citas de salud del comportamiento
- Medicamentos recetados y suministros médicos

Si pierde su tarjeta de Medicaid del estado, comuníquese con Medicaid de Nebraska:

- Número gratuito **(855) 632-7633**
- Lincoln **(402) 473-7000**
- Omaha **(402) 595-1178**

- TTY [\(402\) 471-7256](tel:402-471-7256)

Si pierde su tarjeta de identificación de miembro, no la recibió o necesita reemplazarla, comuníquese con Servicios para Miembros al [\(844\) 782-2018](tel:844-782-2018) (TTY: [711](tel:711)). También puede solicitar un reemplazo usando su portal para miembros o My Molina®. También puede ver su tarjeta de identificación de miembro en My Molina® hasta que obtenga su tarjeta de reemplazo. Cada vez que reciba una nueva tarjeta de miembro, deseche la antigua después de recibir la nueva.

Inscripción

En esta sección, encontrará información sobre cómo inscribirse y dejar nuestro plan.

Período de inscripción abierta

Cada año, habrá un período de inscripción abierta. Durante este tiempo, puede decidir quedarse en Molina o elegir un plan de salud diferente. Heritage Health tiene tres planes entre los que puede elegir. La inscripción abierta solo tiene lugar una vez al final de cada año.

Si desea cambiar su plan de salud durante la inscripción abierta, llame al agente de inscripción al [\(888\) 255-2605](tel:888-255-2605). Está disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. También puede ingresar a NEHeritageHealth.com. Durante la inscripción abierta, usted tiene derecho a elegir cualquier plan. Si no elige un nuevo plan de salud, permanecerá en Molina.

Cómo renovar sus beneficios

Renueve los beneficios de Heritage Health de su familia cada año usando una de estas opciones:

- 1. En línea:** inicie sesión en su cuenta de ACCESSNebraska en accessnebraska.ne.gov.
- 2. Correo postal:** complete un formulario de renovación y envíelo por correo postal lo antes posible.
- 3. Teléfono:** comuníquese con el DHHS de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Número gratuito [\(855\) 632-7633](tel:855-632-7633)
Lincoln [\(402\) 473-7000](tel:402-473-7000)
Omaha [\(402\) 595-1178](tel:402-595-1178)
TTY [\(402\) 471-7256](tel:402-471-7256)
- 4. En persona:** visite su oficina local del DHHS. Encuentre su oficina más cercana en dhhs.ne.gov/Pages/Public-Assistance-Offices.aspx.

Grandes cambios en la vida

Los grandes cambios en la vida pueden afectar su elegibilidad de Medicaid. Es importante que informe a Molina y Medicaid de Nebraska cuando tenga estos cambios en su vida.

También puede informar un cambio importante en su vida en accessnebraska.ne.gov.

Algunos ejemplos de cambios importantes en la vida son los siguientes:

- Se muda a un nuevo domicilio.
- Se lo añade o retira del seguro de otra persona.
- Cambia de puesto de trabajo.
- Su capacidad o discapacidad cambia.

- Se agrandó su familia, quizá por un nacimiento o un matrimonio.
- Su familia se ha hecho más pequeña, tal vez porque un miembro de la familia ha fallecido o se ha mudado.
- Cambios en sus ingresos o activos.
- Queda embarazada.
 - Si está embarazada, llámenos. Tenemos ayuda especial para usted y su bebé. Comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**.

Otro seguro

Si tiene otro seguro, díganos. También debe informar a Medicaid de Nebraska sobre su cambio de seguro. Esto nos ayudará a asegurarnos de que se paguen todos sus servicios médicos.

Indemnización laboral y otras reclamaciones

Si se lesiona en el trabajo, la indemnización laboral puede cubrir sus lesiones. Molina no pagará por los servicios cubiertos por la indemnización laboral.

Puede llevar un poco de tiempo revisar las lesiones relacionadas con el trabajo. Le proporcionaremos los servicios de atención médica que necesite mientras se resuelven esas dudas. Pero antes de que podamos hacerlo, tendrá que aceptar darnos la información que necesitamos. Necesitaremos documentos para que la indemnización laboral cubra esos servicios.

Debe decirnos si ocurre lo siguiente:

- Está involucrado en un juicio por lesiones personales.
- Está involucrado en una demanda por negligencia médica.
- Tiene una reclamación de accidente automovilístico.

Comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)** para informarnos. Es posible que haya cobertura de seguro a través de otras compañías que ayuden a pagar sus servicios médicos.

Cancelación de inscripción

En ocasiones, es posible que se le permita cancelar la inscripción (cambiar a otro plan de salud). Esto podría suceder en las siguientes ocasiones:

- Durante los primeros 90 días en los que tiene el plan (miembros nuevos).
- Si no se inscribe en la inscripción abierta debido a la pérdida de elegibilidad.
- Durante la inscripción abierta.

Cancelación de la inscripción por causa justificada

Puede cambiar de plan de salud en cualquier momento por uno de los motivos que figuran a continuación.

- Se muda fuera de Nebraska.
- Molina no cubre el servicio que busca por motivos morales o religiosos.
- Usted necesita dos o más servicios que se presten al mismo tiempo y Molina no cuenta con esos servicios disponibles. Su médico de atención primaria (PCP) y otro proveedor deciden que recibir los servicios por separado supondría un riesgo para usted.
- Falta de acceso a los servicios cubiertos por nuestro plan de salud.

- Otros motivos, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - Calidad deficiente de la atención
 - Falta de acceso a proveedores con experiencia en sus necesidades de atención médica

Cómo cancelar la inscripción

Puede solicitar la cancelación de la inscripción (con o sin causa justificada) por escrito o comunicándose con el agente de inscripción al **(888) 255-2605 (TTY: 711)**. Está disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora del centro (CT).

Si solicita la cancelación de la inscripción con causa justificada, debe proporcionar un motivo. El motivo debe figurar en la lista de motivos “por causa justificada” anterior. Si se rechaza su solicitud de cambiar de plan de salud, puede apelar usando el proceso de audiencia justa estatal. Hay más información sobre el proceso de audiencia justa estatal en la sección **Quejas y Apelaciones** de este manual.

Cancelación involuntaria de la inscripción por causa justificada

Molina también puede solicitar que se cancele su inscripción. Lo hacemos por escrito a través del agente de inscripción. Podemos solicitar la cancelación de inscripción si en algún momento usted hace algo de lo siguiente:

- Usa indebidamente o presta su tarjeta de miembro a otra persona para obtener servicios.
- Comete fraude, falsificación o uso no autorizado de servicios.
- Muestra un comportamiento perturbador, amenazador o poco colaborador hacia un proveedor que lo incapacite para cubrir o prestar servicios.

Esto no incluye el comportamiento debido a necesidades especiales, problemas físicos o de salud del comportamiento.

Molina **no puede** solicitar la cancelación de la inscripción por cosas como las siguientes:

- Afecciones médicas preexistentes
- Cambios en su estado de salud
- Disminución de la capacidad médica
- Utilización de servicios médicos
- Negarse a recibir atención médica o a someterse a pruebas diagnósticas
- Presentación de una queja o apelación
- Una solicitud para cambiar de proveedor

Sus derechos y responsabilidades

Declaración de derechos y responsabilidades de Molina Healthcare de Nebraska

¿Sabía que, como miembro de Molina, tiene ciertos derechos y responsabilidades? Conocerlos lo ayudará a usted, a su familia, a su proveedor y a nosotros a asegurarnos de que recibe los servicios cubiertos y la atención que necesita. Estos derechos y responsabilidades no cambian de ninguna manera su cobertura de atención médica. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos o su cobertura de atención médica, comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**.

Sus derechos

Tiene derecho a lo siguiente:

- A que se lo trate con respeto, dignidad y sin discriminación ni represalias.
- A recibir información sobre su enfermedad o afección médica; comprender las opciones de tratamiento, los riesgos y los beneficios, y tomar una decisión informada sobre si recibirá o no tratamiento.
- A participar en decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- A hablar con su médico y su plan de salud y saber que su información médica será confidencial.
- A elegir su plan de salud y su proveedor de atención primaria.
- A tener acceso a su plan de salud y a su proveedor de atención primaria.
- A recibir atención médica a tiempo.
- A solicitar una copia de su historia clínica y solicitar cambios en esta.
- A presentar un reclamo sobre un proveedor o Molina Healthcare y recibir una respuesta oportuna.
- A recibir información sobre los servicios médicos brindados por Molina Healthcare.
- A ejercer sus derechos con una garantía de que el ejercicio de esos derechos no afectará adversamente su tratamiento por Molina, sus proveedores, o Medicaid de Nebraska.
- A cambiar su proveedor de atención primaria en cualquier momento.
- A cambiar su plan de salud dentro de los 90 días posteriores a la inscripción inicial o durante el período anual de inscripción abierta.
- A que le expliquen o interpreten los materiales del plan de salud.
- A tener intérpretes sin costo, de ser necesario, durante las citas médicas y en todas las charlas con su proveedor de atención primaria o con Molina Healthcare.
- A que no se utilice ninguna forma de retención o reclusión como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- A solicitar una apelación si se deniegan, finalizan o reducen los servicios.
- A hacer directivas anticipadas, si lo desea, y recibir ayuda si fuera necesario.
- A recibir atención médica adecuada las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Responsabilidades de los miembros

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Comprender, en la medida de su capacidad, cómo se utiliza Molina Healthcare para recibir atención médica.
- Elegir un proveedor dentro de la red de Molina.
- Llevar su tarjeta de identificación de Medicaid y su tarjeta de identificación del plan de salud a todas las citas médicas y a la farmacia para obtener recetas.
- Cumplir con las citas programadas.
- Llamar al consultorio de su proveedor con al menos 24 horas de anticipación si su cita debe ser reprogramada.
- Informar a su médico sobre cualquier problema médico.
- Hacer preguntas sobre cosas que no entiende.
- Seguir las órdenes y los consejos de su proveedor.
- Ayudar con la transferencia de su historia clínica.

- Recibir servicios de su proveedor de atención primaria o dentista de atención primaria a menos que lo remita su proveedor de atención primaria o su dentista de atención primaria en otro lugar.
- Cooperar con todas las investigaciones y encuestas de Heritage Health.

Cómo obtener atención

Un médico de atención primaria (PCP) puede ayudarlo a usted y a su familia a mantenerse sanos y a brindar atención preventiva. Su PCP será su médico de cabecera. Puede ayudarlo a coordinar todas sus necesidades de salud. Todos los miembros deben tener un PCP. **Usted debe atenderse con un proveedor que forme parte de nuestra red.** Si no elige un PCP, nosotros elegiremos uno para usted. Elegiremos un PCP según su dirección, idioma preferido y proveedores que haya visto su familia anteriormente.

Es importante que sepa que tiene visitas ilimitadas a su PCP. No tiene ningún costo para usted. Programe citas con ellos cuando se sienta mal. También debe hacerse un control de seguimiento de bienestar todos los años para controlar su salud en general y elaborar cualquier plan de prevención necesario.

Cómo elegir un proveedor de atención primaria

Es importante que tenga un PCP que lo haga sentir cómodo. Es fácil elegir uno con nuestro Directorio de proveedores en línea (POD), que cuenta con una lista de proveedores. Puede elegir uno para usted y otro para otros miembros de su familia, o uno que pueda atenderlos a todos. También puede comunicarse con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)** si necesita ayuda para programar una cita, encontrar un proveedor o encontrar información sobre su PCP.

Programe su primera visita

Después de elegir a su PCP, programe una cita para una visita de bienestar (seguimiento general). Esto les dará la oportunidad de conocerse. También le permite a su PCP conocerlo cuando está bien, para que pueda atenderlo mejor cuando no lo esté. Llame a su PCP de inmediato si necesita cancelar o reprogramar su cita.

Qué llevar con usted a la visita de su PCP

Cuando vaya al consultorio de su PCP para su visita, asegúrese de llevar lo siguiente:

- Su tarjeta de identificación de miembro y la tarjeta de Medicaid del estado.
- Una lista de los medicamentos que está tomando actualmente.
- Cualquier pregunta que desee hacerle a su PCP.

Si la cita es para su hijo, asegúrese de llevar lo siguiente:

- Tarjeta de identificación de miembro y tarjeta de Medicaid del estado.
- Registros de vacunación.
- Una lista de los medicamentos que toma actualmente.

Responsabilidades del proveedor de atención primaria

Su PCP hará lo siguiente:

- Asegurar que recibe todos los servicios médicamente necesarios cuando los necesite.
- Hacer un seguimiento de la atención que recibe de otros proveedores médicos.
- Hacer remisiones para atención especializada cuando sea necesario.
- Brindar la atención continua que necesita.
- Mantener su historia clínica actualizada.
- Llevar un registro de toda la atención que recibe.
- Proporcionar los servicios de la misma manera que a todos sus pacientes.
- Hacer exámenes físicos periódicamente según sea necesario.
- Brindar visitas de atención preventiva.
- Proporcionarle las vacunas recomendadas.
- Ofrecer información de contacto disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Hablar de qué son las directivas anticipadas y conservarlas en su historia clínica.
- Tratarlo con respeto.
- Abogar por su salud.
- Ofrecer la misma disponibilidad de citas a todos los pacientes.
- Revisar todos sus medicamentos y dosis en cada visita.

Su PCP puede ser uno de los siguientes:

- Médico o médico especialista en osteopatía con una especialidad registrada en:
 - Medicina general
 - Medicina familiar
 - Medicina interna
 - Pediatría
 - Gerontología
 - Obstetricia/ginecología (OB/GYN)
- Enfermero registrado de práctica avanzada (APRN)
- Auxiliar médico (bajo la supervisión de un médico)

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar su PCP en cualquier momento, de las siguientes maneras:

- Con la aplicación My Molina® en su teléfono inteligente
- Iniciando sesión en el portal para miembros en [MyMolina.com](https://www.mymolina.com)
- Comunicándose con Servicios para Miembros al **(844) 782 782-2018 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro (CT)

Si cambia de PCP, le enviaremos una tarjeta de identificación de miembro actualizada.

Cómo tener a un obstetra/ginecólogo como su PCP

Las miembros mujeres pueden consultar con un obstetra/ginecólogo en nuestro plan para sus necesidades de salud ginecológica/obstétrica. No necesita una remisión de su PCP para ver a un obstetra/ginecólogo del plan. Estos servicios incluyen los siguientes:

- Visitas de bienestar para la mujer
- Atención prenatal
- Atención para cualquier afección médica femenina
- Planificación familiar
 - También puede consultar con un proveedor que no pertenece a nuestro plan (fuera de la red) para recibir este servicio.
- Remisión a un proveedor especial de nuestro plan

Si no desea ir a un obstetra/ginecólogo, es posible que su PCP pueda atender sus necesidades de salud ginecológica/obstétrica. Pregúntele si puede brindarle atención ginecológica/obstétrica. De lo contrario, deberá ver a un obstetra/ginecólogo.

Si está embarazada, avísenos lo antes posible. Podemos ayudarla a recibir atención, gestión de casos y otros servicios.

Durante el embarazo, su obstetra/ginecólogo puede ser su PCP si está de acuerdo. Nuestros enfermeros pueden ayudarla a decidir si debe ver a su PCP o a un obstetra/ginecólogo. Para hablar con un enfermero, comuníquese con la línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas al **(844) 782-2721 (TTY: 711)**.

Si necesita ayuda para elegir a un obstetra/ginecólogo, use nuestro Directorio de proveedores en línea en [MolinaProviderDirectory.com/NE](https://www.molinahealthcare.com/NE) o comuníquese con Servicios para Miembros.

Inscripción de un recién nacido

Si usted es miembro de Molina cuando nace su bebé, su bebé también estará cubierto por nuestro plan. A veces, hay un período de espera para que se active la identificación de Heritage Health del recién nacido. Durante este tiempo, los servicios médicamente necesarios siguen estando cubiertos. El proveedor de atención primaria de su hijo puede ser un pediatra. Para obtener más información, consulte la sección Atención de bienestar para niños.

Después de tener a su bebé, le recomendamos que haga un par de cosas de inmediato. Primero, comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro (CT). Contáctenos tan pronto como pueda para informarnos que tuvo a su bebé. Necesitaremos información importante sobre su bebé para garantizar la cobertura de inmediato. Luego, notifique al DHHS para que su bebé pueda ser incluido en su plan de salud.

Acceso de los nativos americanos a la atención

Si usted es nativo americano o nativo de Alaska, puede elegir como PCP a un proveedor del Servicio de Salud Indígena, de una clínica tribal o de una Clínica Urbana de Salud Indígena. Puede recibir servicios de una clínica tribal o de los Servicios de Salud Indígenas sin autorización previa. O puede ir a otro proveedor de la red de Molina.

Atención especializada

Puede haber ocasiones en las que su PCP decida que sus necesidades de salud requieren los conocimientos de un especialista. Usted tiene derecho a elegir especialistas dentro de nuestra red. Su PCP lo ayudará a elegir un especialista y le hará una remisión. Aunque Molina no necesite una remisión de su PCP para cubrir el servicio, es posible que el especialista sí necesite una remisión de su PCP.

Algunos ejemplos de especialistas son los siguientes:

- Cardiólogos
- Otorrinolaringólogo (ENT)
- Neurólogos
- Alergistas
- Gastroenterólogos
- Ortopedistas

Es recomendable consultar con Servicios para Miembros si el proveedor se encuentra en la red de Molina. Es posible que necesite un proveedor que esté fuera de nuestra red. Si esto ocurre, comuníquese con su PCP para obtener primero nuestra aprobación previa.

Qué hacer si su PCP abandona nuestra red

Le informaremos si su PCP decide abandonar nuestra red de proveedores. Le enviaremos un aviso al menos 30 días antes de que se vaya. Puede elegir un nuevo PCP comunicándose con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**. Si no cambia de PCP, elegiremos uno nuevo para usted. Una vez que tenga un nuevo PCP, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro.

Si está recibiendo tratamiento de su PCP, no queremos interrumpir ese tratamiento. Puede solicitar continuar con su PCP durante al menos 30 días después de que se haya ido de nuestra red. Esto le dará tiempo para finalizar ese tratamiento.

Solo podemos continuar con la cobertura si el PCP está de acuerdo. Debe estar de acuerdo con lo siguiente:

- Aceptar el pago según las tarifas que recibía como proveedor dentro de la red.
- Seguir los estándares de calidad.
- Proporcionar la información que necesitamos sobre su atención.
- Seguir nuestras políticas y procedimientos

Segunda opinión

Si no está de acuerdo con el plan de atención de su proveedor, tiene derecho a una segunda opinión. Puede hablar con otro proveedor de la red. En algunos casos, nos encargaremos de que hable con un proveedor fuera de nuestra red sin costo alguno para usted.

Servicios fuera de la red

Si un proveedor de Molina no puede brindarle los servicios necesarios y cubiertos, debemos cubrir los servicios necesarios a través de un proveedor fuera de la red. El costo no debería ser mayor al que se cobraría si el proveedor estuviera en nuestra red. Esto debe realizarse de manera oportuna siempre que no podamos brindar el servicio.

Cambio en los beneficios o proveedores

Es posible que a veces tengamos que cambiar los servicios cubiertos o los proveedores y hospitales de nuestra red. El consultorio de su PCP puede trasladarse o cerrar. Medicaid de Nebraska también podría cambiar los servicios cubiertos que arreglamos para usted. Si se produce alguno de estos cambios, le enviaremos una carta en la que le informaremos sobre los cambios en los beneficios o los proveedores de su plan.

Cómo ir al dentista

Los dientes y las encías saludables son una parte importante de su salud en general. Como miembro de Molina, tendrá un consultorio dental. Un consultorio dental es un lugar donde los niños (a partir de los 6 meses) y los adultos pueden recibir una atención dental periódica y completa. Esto también se conoce como su dentista de atención primaria (PCD). Un PCD puede ser un dentista general o un dentista pediátrico. Puede elegir su consultorio dental o Molina le asignará uno. Es importante que vea a su PCD al menos una vez cada seis meses.

Su dentista le brindará atención dental regular que prevenga problemas en sus dientes y encías. Si tiene problemas con los dientes, su dentista puede ofrecerle la mayoría de los servicios. Su dentista lo enviará a un especialista de nuestra red si tiene problemas dentales que son más difíciles de solucionar.

Para obtener más información sobre salud e higiene dental, puede visitar:

- Los Centros para el Control de Enfermedades (salud bucal): [CDC.gov/oralhealth](https://www.cdc.gov/oralhealth)
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (salud bucal y dental): dhhs.ne.gov/Pages/Dental-Health.aspx

Qué llevar con usted a la visita con su PCD

Cuando vaya al consultorio de su PCD para su visita, asegúrese de llevar lo siguiente:

- Su tarjeta de identificación de miembro y la tarjeta de Medicaid del estado.
- Una lista de los medicamentos que está tomando actualmente.
- Cualquier pregunta que desee hacerle a su PCD.

Si la cita es para su hijo, asegúrese de llevar lo siguiente:

- Tarjeta de identificación de miembro y tarjeta de Medicaid del estado.
- Una lista de los medicamentos que toma actualmente.

Servicios dentales

Los servicios dentales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Examen y limpieza cada seis meses.
- Tratamientos con flúor.
- Radiografías cada seis meses.
- Selladores.
- Empastes, extracciones y otros tratamientos, según sea médicamente necesario.
- Tratamientos de conducto.
- Tratamiento periodontal.
- Dentaduras postizas completas y parciales.
- Ortodoncia.

- Emergencias.

Estos servicios deben ser médicamente necesarios. Debe consultar a un dentista de Molina o a un proveedor de los Servicios de Salud Indígenas. Es posible que algunos servicios requieran autorización previa. Su dentista se comunicará con Molina cuando se requiera una autorización previa.

Cómo cambiar su PCD

Puede cambiar su consultorio dental en cualquier momento contactándose con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro (CT). Si cambia de PCD, le enviaremos una tarjeta de identificación de miembro actualizada.

Salud del comportamiento

Cubrimos su atención médica del comportamiento. Es una parte importante de su salud y bienestar general. Le recomendamos que hable con su PCP sobre su salud del comportamiento, quien podrá ayudarlo a asegurarse de que esté recibiendo la ayuda, la atención y el apoyo que necesita.

Podemos ayudarlo a hacer lo siguiente:

- Afrontar sentimientos de tristeza o preocupación, trastornos por consumo de sustancias o estrés.
- Programar una cita con un médico.
- Conseguir transporte para su cita.
- Obtener la información que necesita sobre los servicios de salud del comportamiento.
- Hablar con sus médicos sobre cómo se está sintiendo.

Servicios disponibles

Los servicios disponibles de salud del comportamiento incluyen los siguientes:

- Tratamiento de trastorno por consumo de sustancias (SUD).
- Servicios ambulatorios, como consejería y psicoterapia.
- Ayuda con los medicamentos.
- Tratamiento de día.
- Gestión de casos.
- Tratamiento para pacientes hospitalizados cuando sea médicamente necesario (si usted y su médico consideran que no se lo puede tratar de manera segura en un entorno ambulatorio).
- Asistencia de pares certificada para salud mental y trastorno por consumo de sustancias.
- Intervención de crisis.
- Terapia familiar.

Se requiere autorización previa para algunos servicios de salud del comportamiento y trastorno por consumo de sustancias. Hable con su PCP sobre los servicios mencionados anteriormente o comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018**.

Para obtener más información sobre los servicios de salud del comportamiento, consulte las secciones **Beneficios y servicios cubiertos**, **Beneficios de valor añadido** y **Programa de Recompensas Saludables** de este manual.

¡Queremos brindarle una gran atención!

Trabajamos con nuestros proveedores para brindarle una gran atención. Revisamos sus beneficios para miembros y tomamos decisiones sobre la atención de acuerdo con lo que usted necesite. Queremos que sepa lo siguiente:

- No recompensamos a los proveedores que deniegan la atención.
- No recompensamos al personal ni a otras personas que deniegan la atención o le brindan menos atención.
- No pagamos dinero adicional a los proveedores ni a los miembros de nuestro personal que deniegan pruebas o tratamientos que usted necesita para mejorar o mantenerse sano.

Tiempos de espera para las citas

Los proveedores dentro de la red estarán disponibles durante un horario razonable. Los servicios estarán disponibles para satisfacer sus necesidades médicas. Le deberían dar una cita dentro de los siguientes plazos:

Tipo de cita	Plazos de programación
Atención de rutina, no urgente o preventiva	En un plazo de 4 semanas
Atención médica del comportamiento de rutina y no urgente	En un plazo de 4 semanas
Atención dental de rutina y no urgente	En un plazo de 6 semanas
Atención de enfermedades no urgentes (incluidos los pacientes sin turno previo)	En un plazo de 48 horas y antes si la enfermedad empeora y se convierte en urgente o en una emergencia.
Atención urgente (incluidos los pacientes sin turno previo)	En el mismo día
Atención médica urgente del comportamiento	En el mismo día
Atención dental urgente	En un plazo de 24 horas después de la solicitud
Análisis de laboratorio y radiografías urgentes	En un plazo de 24 horas (o según sea médicamente necesario).
Visitas de emergencia	Inmediatamente
Análisis de laboratorio y radiografías	En un plazo de 3 semanas
Atención de maternidad durante el primer trimestre	En un plazo de 14 días después de la solicitud

Tipo de cita	Plazos de programación
Atención de maternidad durante el segundo trimestre	En un plazo de 7 días después de la solicitud
Atención de maternidad durante el tercer trimestre	En un plazo de 3 días después de la solicitud
Embarazos de alto riesgo	En un plazo de 3 días a partir de la identificación de alto riesgo, o inmediatamente en caso de una emergencia
Especialistas	En un plazo de 30 días después de la remisión o antes, si es necesario.
Visitas de seguimiento en la sala de emergencias	Siga las instrucciones para después del alta.
Tiempo de espera en el consultorio para citas dentales programadas	La espera no debe superar los 45 minutos. Le deberían avisar si el proveedor se retrasó. Si la espera es de más de 90 minutos, se le debería ofrecer una nueva cita.
Servicios de planificación familiar	En un plazo de 7 días

Si necesita cancelar su cita

Pueden surgir imprevistos que dificulten su asistencia a la cita. Si algo cambia y usted no puede asistir, es importante que le avise a su proveedor lo antes posible. De esta manera, otras personas que necesiten citas pueden usar ese tiempo. Si necesita cambiar su cita, llame al consultorio de su proveedor tan pronto como pueda. Pueden programar una nueva cita para usted.

Beneficios y servicios cubiertos

Molina cubre muchos servicios médicos. Su médico debe recetar algunos servicios. Todos los servicios deben ser médicamente necesarios y algunos también deben ser aprobados por Molina antes de que usted reciba el servicio. Esto se denomina autorización previa.

Para obtener información dental, consulte la sección **Cómo ir al dentista** de este manual.

Servicio	Cobertura	Autorización previa
Atención de alergias	Con cobertura.	Es posible que sea necesaria para algunos servicios.

Servicio	Cobertura	Autorización previa
Ambulancia	<p>Con cobertura en caso de ser necesaria para una emergencia.</p> <p>El transporte en ambulancia que no es de emergencia está cubierto cuando su proveedor lo recomienda.</p>	Es posible que sea necesaria.
Atención del asma	Con cobertura.	No
Servicios bariátricos	Con cobertura cuando sean médicamente necesarios.	Sí
Servicios de salud del comportamiento	<p>Pueden aplicarse limitaciones de edad. Los servicios incluyen estabilización de crisis, hospitalización psiquiátrica para pacientes internados, servicios de evaluación y tratamiento ambulatorio, apoyo de pares certificados, centros de tratamiento residencial y servicios de rehabilitación.</p>	Es posible que sea necesaria para algunos servicios.
Sacaleches	Uno por miembro.	No
Servicios de quiropraxia	<p>Con cobertura cuando sean médicamente necesarios. Medicaid limita la cobertura de servicios de quiropraxia a la subluxación de la columna y a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinadas radiografías de la columna • Manipulación manual de la columna • Determinados servicios de evaluación y gestión • Determinados procedimientos, actividades y técnicas terapéuticos diseñados y aplicados para mejorar, desarrollar o mantener la función de la zona tratada 	Es posible que sea necesaria.
Monitores continuos de glucosa (CGM)	Con cobertura cuando sean médicamente necesarios para controlar la diabetes e indicado por un proveedor de la red.	Sí

Servicio	Cobertura	Autorización previa
Atención dental	<p>Con cobertura para miembros y servicios elegibles. Los servicios dentales cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicaciones de flúor • Selladores • Coronas • Tratamiento de conducto • Tratamiento periodontal • Dentaduras postizas completas y parciales • Empastes • Extracciones 	Es posible que sea necesaria para algunos servicios.
Equipo médico duradero	<p>Con cobertura cuando lo indique un proveedor de la red que sea un médico, un médico especialista en osteopatías o un médico podólogo y sea médicamente necesario.</p> <p>Por ejemplo, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas, escúteres y camas de hospital • Dispositivos quirúrgicos • Dispositivos protésicos • Dispositivos ortopédicos • Tecnología de asistencia y suministros médicos, según lo cubierto por el programa de asistencia médica 	Es posible que sea necesaria.
Examen de detección, diagnóstico y tratamiento preventivos y periódicos (EPSDT)/examen de bienestar del niño	<p>Con cobertura para todos los niños desde el nacimiento hasta los 21 años.</p> <p>Incluye exámenes de detección periódicos, evaluación y tratamiento multidisciplinar en niños con discapacidades o retrasos significativos del desarrollo.</p> <p>Exámenes físicos anuales deportivos y escolares.</p>	No
Servicios de emergencia	Con cobertura dentro o fuera de la red.	No
Planificación familiar	Las mujeres pueden elegir servicios de planificación familiar de cualquier proveedor participante de Medicaid de Nebraska, dentro o fuera de la red.	No

Servicio	Cobertura	Autorización previa
Audífonos y servicios	<p>Con cobertura cuando los indica un proveedor de la red que es un M.D. o un D.O. y son médicamente necesarios.</p> <p>Se limita a uno cada cuatro años para personas mayores de 21 años.</p> <p>Baterías y accesorios médicamente necesarios cubiertos.</p> <p>Cubrimos los exámenes de audición.</p>	Es posible que sea necesaria.
Terapia y servicios de atención médica a domicilio	Con cobertura cuando lo receta un proveedor dentro de la red y es médicamente necesario.	Sí
Servicios de cuidados paliativos	Con cobertura cuando los indica un médico.	Sí
Vacunación para niños	Disponibles para miembros de 18 años o menores.	No
Vacunación para adultos	Con cobertura.	No
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y ambulatorios	Los servicios incluyen habitaciones de doble ocupación, cirugía ambulatoria, hospitalización, análisis de sangre, radiografías, afecciones agudas, rehabilitación como paciente hospitalizado y atención de emergencia. Debe ser recetada por un proveedor dentro de la red y médicamente necesaria.	Sí
Servicios y pruebas de laboratorio	Con cobertura cuando los indica un proveedor dentro de la red y son médicamente necesarios.	Sí
Consulta de lactancia	Hay un límite de cinco sesiones de consejería por niño y cada sesión puede durar hasta 90 minutos.	No
Examen de detección de plomo para niños	<p>Con cobertura.</p> <p>Los exámenes de detección de plomo se pueden realizar en el consultorio del médico o en el departamento de salud local.</p>	No
Mamografías	Con cobertura.	No

Servicio	Cobertura	Autorización previa
Atención de maternidad	<p>Incluye una hospitalización mínima de 48 horas después de un parto vaginal y 96 horas después de un parto por cesárea.</p> <p>Los servicios de atención posparto y lactancia también están incluidos.</p> <p>Se cubren los sacaleches.</p>	Es posible que sea necesaria.
Servicios de salud mental y consumo de sustancias (pacientes hospitalizados y ambulatorios)	Con cobertura.	Es posible que sea necesaria.
Servicios de nutrición	<p>Deben ser recetados por un médico o enfermero practicante y ser médicamente necesarios.</p> <p>El beneficio se basa en la edad y en las afecciones médicas diagnosticadas.</p>	No
Partera	Debe utilizar un proveedor dentro de la red.	No
Ecografías obstétricas	<p>Dos por embarazo.</p> <p>Pueden cubrirse servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	Necesaria si se necesitan más de dos.
Visitas al consultorio	Debe utilizar un proveedor dentro de la red.	No
Órtesis/prótesis	Con cobertura cuando los indica un proveedor dentro de la red y son médicamente necesarios.	Sí
Medicamentos de venta libre (OTC)	Con cobertura con una receta de su proveedor de atención médica y si son médicamente necesarios.	Es posible que sea necesaria.
Papanicolau	Con cobertura.	No
Servicios médicos	Un examen físico de rutina cada 12 meses realizado por su PCP.	No
Podología (cuidado de los pies)	El cuidado de rutina de los pies y los servicios médicos y quirúrgicos de un podólogo están cubiertos cuando los indica un proveedor dentro de la red y son médicamente necesarios.	Es posible que sea necesaria.

Servicio	Cobertura	Autorización previa
Medicamentos recetados y de farmacia	Cubre la mayoría de los medicamentos recetados por su proveedor y si son medicamento necesarios.	Es posible que sea necesaria.
Servicios privados de enfermería	Con cobertura si son medicamento necesarios e indicados por un proveedor dentro de la red.	Sí
Radiología y radiografías	Deben ser indicadas por un proveedor dentro de la red y ser medicamento necesarias.	Se requieren servicios de radiología de alta tecnología, que incluyen tomografía computarizada (CT), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA).
Cirugía reconstructiva	Con cobertura si es medicamento necesaria.	Sí
Servicios de rehabilitación	Con cobertura si es medicamento necesaria.	Sí
Servicios fuera de la red	Con cobertura en emergencias. Todos los demás servicios fuera de la red requieren autorización previa.	Sí, excepto emergencias
Atención en un centro de enfermería especializada	Con cobertura cuando los indica un proveedor dentro de la red y son medicamento necesarios.	Sí
Consejería para dejar de fumar	La consejería para ayudarlo a dejar de fumar está cubierta. Para obtener servicios adicionales, puede llamar a la línea para dejar de fumar de Nebraska al (800) 784-8669 .	No
Servicios de esterilización	Las esterilizaciones requieren formularios de consentimiento informado 30 días antes de la fecha de los procedimientos.	Sí

Servicio	Cobertura	Autorización previa
Cirugía	Con cobertura cuando los indica un proveedor dentro de la red y son médicamente necesarios. La cirugía de emergencia está cubierta. Cubrimos las segundas opiniones quirúrgicas.	Es posible que sea necesaria.
Servicios de terapia (ocupacional, física y del habla)	Con cobertura cuando los indica un proveedor de la red y son médicamente necesarios. 60 visitas combinadas (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) por año calendario para miembros mayores de 21 años.	Sí
Servicios de trasplante	Deben ser indicadas por un proveedor dentro de la red y ser médicamente necesarias.	Sí
Servicios de la vista y anteojos	Menores de 21 años: un examen, lentes y marcos cada 12 meses. Mayores de 21 años: un examen, lentes y marcos cada 24 meses.	No
Exámenes anuales de bienestar de la mujer	Se cubre un examen anual.	No

La lista anterior no muestra todos sus beneficios cubiertos. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**.

Beneficios de transporte

Puede obtener traslados sin costo para ir y volver de sus citas médicas, de salud del comportamiento y dentales. Los traslados deben programarse, al menos, 72 horas antes de su cita. Puede programar el transporte de las siguientes maneras:

- Contactando a Servicios para Miembros para solicitar asistencia para el transporte.
- Contactando directamente a MTM al **(888) 889-0421 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
- Usando el portal para miembros MTM.
- Descargando la aplicación MTM Link Member en su dispositivo inteligente.

Cuando llame o utilice el portal de transporte, MTM le preguntará lo siguiente:

- La dirección donde se lo recogerá. Esto incluye la ciudad y el código postal.
- La dirección donde lo dejarán. Esto incluye la ciudad y el código postal.
- Su número de teléfono.
- Su número de identificación de Medicaid de Nebraska.
- El nombre del adulto que viaja con niños menores de 18 años.

El transporte puede llevarlo al proveedor que elija en un radio de 20 millas. Si no hay un proveedor dentro de un radio de 20 millas, pueden llevarlo al proveedor más cercano. Puede

elegir un proveedor que esté más lejos, pero es posible que los servicios de transporte no estén disponibles.

Tenga en cuenta lo siguiente: los hogares de ancianos son responsables de los viajes del transporte médico que no es de emergencia (NEMT) dentro de un radio de 30 millas del hogar de ancianos. Si usted reside en un hogar de ancianos y necesita consultar a un médico a menos de 30 millas de su ubicación, su hogar de ancianos debe proporcionar el transporte.

Autorizaciones previas

Algunos servicios y beneficios requieren aprobación previa. Esto se denomina autorización previa. Esto significa que su proveedor debe pedirnos que aprobemos esos servicios o beneficios antes de que usted los reciba. Es posible que no cubramos el servicio o medicamento si usted no obtiene aprobación. Queremos asegurarnos de que reciba el tipo correcto y la cantidad de servicios que lo ayuden con cualquier afección que tenga.

Molina utiliza personal clínico con licencia adecuado para llevar a cabo revisiones de autorizaciones previas. Solo un director médico con licencia, un director dental o un director de farmacia pueden tomar la decisión de denegar una solicitud. Molina no recompensa a los proveedores o al personal por denegar los servicios solicitados y no damos incentivos para que se tome una decisión sobre una autorización previa.

Continuidad de la atención: respetaremos todas las autorizaciones previas aprobadas con anterioridad al **1 de enero de 2024**, durante 90 días calendario. Lo haremos independientemente de que la autorización original la haya solicitado un proveedor dentro de la red o de fuera de la red.

Para los miembros nuevos en el plan hasta el **31 de marzo de 2024**, respetaremos las autorizaciones previas existentes aprobadas previamente para servicios médicos, de salud del comportamiento y dentales durante 30 días calendario, y los servicios de farmacia durante 90 días calendario.

Las reglas de las autorizaciones previas del servicio de salud materna podrían diferir. Comuníquese con su PCP para obtener más información.

Si desea seguir recibiendo servicios de un proveedor fuera de la red después de sus primeros 90 días con nosotros, o si los servicios necesitan una autorización previa, el proveedor fuera de la red debe pedirnos que los aprobemos antes de que usted pueda seguir recibiendo estos servicios.

Los siguientes servicios no requieren autorización previa:

- Servicios de emergencia.
- Atención posterior a la estabilización (atención brindada después del tratamiento de emergencia).
- Atención de urgencia.
- Visitas de rutina a los proveedores dentro de la red (es posible que algunos exámenes o procedimientos requieran autorización previa).

Si denegamos una solicitud para que usted reciba un servicio, estas decisiones se denominan **determinaciones adversas sobre beneficios**. Tiene derecho a pedirnos que apelemos nuestra decisión. Una apelación es una solicitud para que revisemos una decisión que tomamos sobre un servicio que fue denegado, reducido o limitado. Entre los ejemplos se incluyen los siguientes:

- Denegación de atención o servicios solicitados.
- Aprobación de un servicio por un importe inferior al solicitado.

- Finalización de un servicio o atención aprobados con anterioridad.

Recibirá una carta por correo en la que se le explicará el motivo por el que tomamos esa decisión. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene 60 días calendario a partir de la fecha de la carta que recibió para solicitar una apelación. Puede solicitar la apelación por teléfono o por escrito. Su proveedor, un miembro de su familia, un abogado u otro representante autorizado pueden presentar una apelación en su nombre. Hay un formulario de representante autorizado (AOR) disponible al final de este manual, en nuestro sitio web y dentro de su portal para miembros.

Servicios hospitalarios

Si tiene que visitar el hospital por una situación que no sea de emergencia, primero debe obtener una autorización previa de su PCP o especialista. Si tiene preguntas sobre su visita al hospital, hable con el proveedor que lo remitió.

Atención de rutina

Como miembro de Molina, su PCP conocerá sus antecedentes médicos, se ocupará de sus necesidades médicas básicas y hará remisiones cuando las necesite. La atención de rutina es un tipo de atención que no es urgente o de emergencia, y que puede esperar a una cita programada regularmente con su PCP. Debe llamar a su PCP para programar una atención de rutina.

Beneficios y servicios no cubiertos

En ocasiones, Molina puede no cubrir sus servicios. Se consideran excluidos o prohibidos.

Estos servicios aún pueden estar cubiertos en virtud del plan estatal de Medicaid de Nebraska. Para obtener más información sobre cómo acceder a servicios excluidos, comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**.

Algunos ejemplos de servicios excluidos son los siguientes:

- Servicios de atención a largo plazo/centros de enfermería.
- Centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo.
- Servicios de exención a domicilio y comunitarios.
- Servicios escolares.
- Servicios de asistencia personal de Medicaid de Nebraska.
- Cualquier servicio que se duplique o que no se considere médicamente necesario.

Si es nuevo en Molina y recibe atención de un proveedor fuera de la red, cubriremos su atención durante los primeros 180 días en los que esté inscrito en Molina.

Servicios prohibidos

Los servicios prohibidos son los que se requieren para tratar complicaciones o afecciones que resulten de servicios no cubiertos, servicios no razonables ni necesarios, y servicios experimentales y de investigación a menos que el director de Cuidado a Largo Plazo Administrado (MLTC) lo apruebe.

Cómo mantenerse sano

Atención de bienestar

Su salud es importante para nosotros. La buena salud empieza por dormir lo suficiente, alimentarse de forma saludable y adoptar comportamientos saludables. Esto incluye consultar con su médico todos los años (o más seguido para niños) y seguir sus consejos médicos.

Atención de bienestar para adultos

Su PCP le informará cuándo debe realizarse el seguimiento. También le recordará cuando necesite ciertos exámenes de detección y vacunas. Puede recibir Recompensas Saludables por completar ciertos exámenes de detección preventivos. Consulte la sección **Recompensas saludables** para obtener más detalles.

Para ayudarlo a estar al día con sus seguimientos, podríamos llamarlo o enviarle una carta. Téngalo en cuenta si recibe una llamada o una carta sobre la vacuna anual contra la gripe o si su hijo necesita un seguimiento médico. Esta es una de las formas en que lo ayudamos a usted y a sus seres queridos a mantenerse sanos.

Atención médica preventiva para adultos

La atención médica preventiva es esencial. Parte de la atención médica preventiva es realizarse sus exámenes anuales para mantenerse sano. En su examen anual, puede hablar sobre cualquier cambio de salud con su médico, revisar sus antecedentes de vacunación y hablar sobre cualquier problema que pueda estar teniendo.

Examen anual de salud para mujeres

El examen anual de salud de la mujer es fundamental para mantenerse sana. Durante este examen anual, su proveedor hará lo siguiente:

- Revisar sus antecedentes médicos y ginecológicos.
- Controlar su presión arterial, peso y otros signos vitales.
- Revisar su cuerpo, incluida la piel, para controlar su salud en general.
- Realizar un examen clínico de las mamas.
- Controlar si el cuello uterino, los ovarios, el útero, la vagina y la vulva tienen un tamaño, una forma y una posición normales.
- Controlar si hay señales de infecciones de transmisión sexual (ITS), cáncer y otros problemas de salud.
- Realizar una prueba de Papanicolaou, si es necesario, en el caso de mujeres de al menos 21 años.
- Hablar con usted sobre la planificación familiar y la protección contra las ITS.

Si aún no se ha realizado su examen anual de salud para la mujer, programe uno hoy. Podemos ayudarla a encontrar un proveedor y programar su cita.

Examen anual de salud para hombres

El examen anual de salud del hombre es fundamental para mantenerse sano. Durante este examen anual, su proveedor hará lo siguiente:

- Revisar sus antecedentes médicos.
- Controlar su presión arterial, peso y otros signos vitales.
- Revisar su cuerpo, incluida la piel, para controlar su salud en general.
- Controlar si hay señales de infecciones de transmisión sexual (ITS), cáncer y otros problemas de salud.
- Hablar con usted sobre la planificación familiar y la protección contra las ITS.

Los exámenes y pruebas adicionales que pueden realizarse y que están relacionados con la edad o los antecedentes médicos pueden incluir lo siguiente:

- Controlar el nivel de colesterol
- Examen de detección de diabetes
- Prueba de detección de cáncer de colon
- Prueba de detección de cáncer de próstata
- Prueba de detección del cáncer de pulmón
- Prueba de detección de depresión

Si aún no se ha realizado su examen anual de salud para hombres, programe uno hoy. Podemos ayudarlo a encontrar un proveedor y programar su cita.

La atención médica preventiva también consiste en hacer pequeños cambios para cuidar el cuerpo. Algunas sugerencias para mejorar su salud se mencionan a continuación:

- Visite a su médico todos los años para realizarse un examen anual.
- Vaya al dentista para realizarse limpiezas periódicas y servicios preventivos.
- Coma sano.
- Haga ejercicio.
- Duerma lo suficiente.
- Controle el estrés.
- No fume ni consuma tabaco.
- No use drogas ni beba alcohol.
- Cepíllese los dientes al menos dos veces al día.
- Use hilo dental todos los días.
- Beba mucha agua.

Pautas de vacunación para adultos

Estas pautas se encuentran en el sitio web de los CDC. Ingrese en [cdc.gov/vaccines/adults/](https://www.cdc.gov/vaccines/adults/). Si tiene alguna pregunta sobre estas pautas, hable con su PCP.

Evaluadores de riesgo de salud

Además de su examen anual de bienestar o un examen dental, también puede completar un análisis de riesgos para la salud. Cada miembro que complete el análisis de riesgos para la salud recibirá una tarjeta de regalo de \$25. Dedique entre 15 y 40 minutos para completar esta herramienta que le hace preguntas sobre su salud y su experiencia a la hora de obtener servicios de salud.

Para completar el análisis de riesgos para la salud, puede hacer lo siguiente:

- Comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**.

- Complete el análisis de riesgos para la salud que se le envió en el paquete de bienvenida y devuélvalo en el sobre franqueado.
- Complételo en nuestro portal para miembros en MyMolina.com.

Atención de bienestar para niños

El EPSDT es un beneficio que cubre el seguimiento y los servicios de atención médica para niños desde el nacimiento hasta los 21 años. De conformidad con el programa EPSDT, los niños y adolescentes inscritos en Medicaid recibirán cualquier tratamiento médicamente necesario para tratar las afecciones físicas y mentales encontradas durante los exámenes de detección.

¿Qué significa EPSDT?

- **Early (oportuno):** evaluación e identificación temprana de los problemas.
- **Periodic (Oportuno):** controlar la salud de los niños a intervalos periódicos adecuados a su edad.
- **Screening (Examen de detección):** realización de pruebas de detección físicas, mentales, de desarrollo, dentales, auditivas, de la vista y de otro tipo para detectar posibles problemas.
- **Diagnostic (Diagnóstico):** realización de pruebas diagnósticas de seguimiento cuando se detecta un riesgo.
- **Treatment (Tratamiento):** controlar, corregir o reducir los problemas de salud encontrados.

Este calendario indica cuándo hay que acudir a las visitas de bienestar infantil. Puede preguntarle al médico de su hijo cuándo se le debería realizar el próximo seguimiento.

Su hijo necesita visitas de bienestar infantil cuando tenga:

- 3-5 días de vida
- 1 mes de vida
- 2 meses de vida
- 4 meses de vida
- 6 meses de vida
- 9 meses de vida
- 12 meses de vida
- 15 meses de vida
- 18 meses de vida
- 24 meses de vida
- 30 meses de vida
- Anualmente hasta los 20 años

Los seguimientos de bienestar infantil son importantes para la salud de su hijo. Su hijo puede tener buen aspecto y sentirse bien, pero seguir teniendo un problema de salud. Durante la cita, su PCP controlará lo siguiente:

- Crecimiento y desarrollo
- Oídos y ojos
- Dieta
- Registros de vacunación
- Registros de pruebas

Los médicos inscritos en Vacunas para los Niños pueden administrar vacunas en los seguimientos de bienestar infantil. La vacunación también puede hacerse en el Departamento de Salud. A continuación, encontrará el calendario de vacunaciones:

Edad	Vacuna
Nacimiento	Hepatitis B
1 mes	Hepatitis B
2 meses	DTaP, Hib, IPV, PCV, rotavirus

Edad	Vacuna
4 meses	DTaP, Hib, IPV, PCV, rotavirus
6 meses	Hepatitis B, DTaP, Hib, IPV, PCV, gripe, rotavirus
12 meses	Hib, PCV, MMR, VAR, hepatitis A
15 meses	DTaP
4 a 6 años	DTaP, IPV, MMR, VAR
11 a 12 años	Tdap o Td, MCV, HPV (dos dosis)
13 a 18 años	Serie MCV, HPV (refuerzo)
Todos los años	Gripe, COVID-19 (después de los 6 meses de vida)

Cómo evitar la intoxicación por plomo

Es importante que su hijo se realice una prueba de plomo en sangre una vez antes de cumplir un año y, nuevamente, antes de cumplir dos años. Los niños que han tenido intoxicación por plomo en el pasado corren un riesgo mayor. Los niños en riesgo incluyen aquellos que viven en hogares o departamentos antiguos, construidos antes de 1978. Se deben evaluar a los niños de alto riesgo y en situación de riesgo al menos una vez al año. La intoxicación por plomo puede ocurrir incluso si no vive en un hogar antiguo. El plomo se puede encontrar en la pintura, el suelo, el polvo habitual, áreas de juegos, juguetes, y en muchos otros lugares. Haga que su hijo se someta a pruebas de intoxicación por plomo para que pueda recibir tratamiento si da positivo. Si no se trata la intoxicación por plomo, puede ocasionarle discapacidades y problemas del comportamiento. ¡Esta simple prueba ayudará a mantener a su pequeño a salvo!

Para obtener más información sobre la intoxicación por plomo, visite el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) en [dhhs.ne.gov/lead](https://www.dhhs.ne.gov/lead).

Atención para miembros embarazadas

Queremos asegurarnos de que recibe atención médica en cuanto crea que está embarazada. Si cree que está embarazada, consulte con su PCP. Si está embarazada, su PCP le pedirá que consulte con un obstetra/ginecólogo. Es importante que consulte con un obstetra/ginecólogo. No necesita una remisión para consultar con uno.

Cuando sepa que está embarazada, llámenos para que podamos hablar con usted sobre los recursos y los beneficios de valor agregado. Estamos aquí para guiarla en este momento emocionante. También debe informar su embarazo al DHHS.

Cuando esté embarazada, recuerde hacer lo siguiente:

- Consultar con su PCP o con su obstetra/ginecólogo durante todo su embarazo.
- Asistir a todas sus visitas cuando su PCP o su obstetra/ginecólogo le indiquen.
- Consultar con su proveedor después de que tenga al bebé para un seguimiento (posparto) (entre 7 y 84 días después del nacimiento).

- Elegir un pediatra para su bebé antes del nacimiento.
 - Si no elige un pediatra, nosotros elegiremos uno para usted.

Hay cosas que puede hacer para tener un embarazo seguro. Hable con su médico sobre los problemas médicos que tiene, como diabetes o presión arterial alta. Es importante que tenga hábitos saludables durante el embarazo. Esto incluye hacer ejercicio, comer comidas equilibradas y dormir entre 8 y 10 horas por noche. Estas cosas pueden ayudarlos a usted y a su bebé a mantenerse sanos. Consumir tabaco, alcohol o drogas durante el embarazo podría dañar al bebé.

Debe consultar con su médico antes de planificar un embarazo si ha tenido lo siguiente:

- Tres o más abortos espontáneos.
- Parto prematuro, también conocido como nacimiento prematuro, que es el nacimiento del bebé con menos de 37 semanas de edad gestacional.
- Muerte fetal: la muerte fetal es la muerte o la pérdida de un bebé antes o durante el parto.

Después de tener a su bebé, le recomendamos que haga un par de cosas de inmediato. Primero, comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro (CT). Contáctenos tan pronto como pueda para informarnos que tuvo a su bebé. Necesitaremos información importante sobre su bebé para garantizar la cobertura de inmediato. Luego, notifique al DHHS para que su bebé pueda ser incluido en su plan de salud.

Para obtener más recursos para el embarazo, consulte **Recursos comunitarios** en este manual.

Transiciones de atención

Para nosotros es muy importante que usted reciba la atención que necesita. Haremos todo lo posible para asegurarnos de que siga recibiendo servicios cuando haya eventos en su vida o transiciones que lo afecten a usted y a los servicios que ha estado recibiendo. Esto puede incluir lo siguiente:

- Cuando deja otro plan de salud y recién comienza con nosotros.
- Cuando uno de sus proveedores deja nuestra red y necesita una transición a otro proveedor.
- Cuando se retira de nuestro plan para unirse a otro plan de salud.
- Cuando llega a la edad adulta y necesita ayuda para elegir un nuevo médico.
- Cuando le dan el alta de un centro (como un hospital o un hogar de ancianos) a su hogar o a otro nivel de atención.

Contamos con un programa que puede ayudarlo con la transición y brindarle la ayuda que necesita. Comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)** si tiene preguntas o desea obtener más información.

Farmacia

Medicamentos recetados

Usted recibe medicamentos recetados sin costo. Cubrimos sus medicamentos recetados y medicamente necesarios. También cubrimos algunos medicamentos de venta libre (OTC) con una receta de su proveedor. Consulte la sección Medicamentos de venta libre para obtener más información.

Los medicamentos genéricos son medicamentos que tienen la misma dosificación, seguridad, concentración y uso intencional que un medicamento de marca. Por lo general, cuestan menos que los medicamentos de marca. Cubrimos todos los medicamentos cubiertos por Medicaid de

Nebraska o que están en el formulario complementario de Molina. Medicaid de Nebraska utiliza una lista de medicamentos preferidos (PDL). La PDL incluye medicamentos genéricos y de marca. También le da información sobre un medicamento y le indica cualquier restricción.

Es importante recordar que nuestra PDL puede cambiar. Puede revisar la PDL cuando necesite una surtir o volver a surtir un medicamento.

Molina cubre los medicamentos de la PDL. Es posible que algunos medicamentos no preferidos y algunos medicamentos preferidos requieran una autorización previa o cumplir con ciertos requisitos para la cobertura. Puede encontrar la PDL de Nebraska en la sección **Farmacia** en MolinaHealthcare.com/NE.

La mayoría de los medicamentos están cubiertos hasta un suministro para 30 días como máximo. Algunos medicamentos de mantenimiento ofrecen un suministro para 90 días como máximo. Si el medicamento requiere una autorización previa, es posible que pueda recibir un suministro de emergencia del medicamento mientras se revisa la autorización previa.

Algunos medicamentos tienen límites o reglas sobre su uso debido al costo, la seguridad y otros motivos. Estos pueden incluir lo siguiente:

- **Límites de cantidad:** limita la cantidad del medicamento que puede surtir o volver a surtir en un momento o intervalo determinado.
- **Tratamiento escalonado:** requiere que pruebe cierto medicamento, como un genérico, antes de que su proveedor pueda recetar otro medicamento.
- **Autorización previa:** significa que su proveedor debe obtener nuestra aprobación antes de recetar un medicamento.

Algunas razones para una autorización previa incluyen las siguientes:

- Necesidad de un medicamento no preferido en nuestra PDL.
- El medicamento se utiliza para una afección de salud que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) no aprueba.
- La receta se surte demasiado pronto (límites de cantidad).
- Hay otros medicamentos que debe probar primero (tratamiento escalonado).
- Hay un medicamento genérico o alternativo disponible.
- Posible uso indebido o abuso del medicamento.

Para obtener la aprobación, su proveedor debe indicarnos el motivo médico por el cual necesita el medicamento y la cantidad. Trabajaremos con su médico para ayudarlo a obtener los medicamentos más adecuados para usted. Si no aprobamos la solicitud de autorización previa, le enviaremos una carta. En la carta, se le explicará cómo presentar una apelación. También se le informará sobre su derecho a una audiencia justa estatal. Obtenga más información sobre las apelaciones y las audiencias justas estatales en la sección **Quejas y apelaciones**.

Medicamentos de venta libre (OTC)

Cubrimos algunos medicamentos OTC con una receta de su proveedor. Consulte nuestra lista de PDL y nuestra lista de OTC cubiertos en nuestro sitio web Molinahealthcare.com/NE en la sección **Farmacia**.

Use una farmacia dentro de la red para surtir sus recetas. Puede encontrar farmacias dentro de la red usando el localizador de farmacias en nuestro sitio web. Asegúrese de llevar su tarjeta de identificación de miembro con usted y recuerde surtir sus recetas antes de viajar fuera del estado.

Otros beneficios

Beneficios de valor añadido

Molina ofrece beneficios adicionales para respaldar su salud y bienestar.*

Programa	Beneficio de valor añadido	Descripción	Personas elegibles
Dejar de fumar	Productos para dejar de fumar	Este beneficio les ofrece a los miembros calificados una tarjeta regalo de hasta \$185 para que la utilicen en productos de venta libre para dejar de fumar	Miembros elegibles de al menos 18 años o mujeres embarazadas de cualquier edad
WW® (anteriormente, Weight Watchers)	\$45 por ser miembro de WW®	Los miembros elegibles pueden recibir hasta 13 semanas de servicios de WW®. Los miembros pueden ser remitidos por proveedores, departamentos internos (por ejemplo, gestores de casos) o una autorremisión.	Todos los miembros
Artículos para el hogar y para el cuidado personal	\$30 por cada miembro del hogar, por trimestre	Los miembros del hogar reciben \$30 por trimestre para artículos de uso común para el cuidado personal y el hogar.	Todos los miembros
Embarazo: Text4baby	Programa educativo de texto para bebés sanos	Text4baby ayuda a preparar a las miembros para la maternidad enviando recordatorios de las citas e información útil a las madres recientes.	Miembros embarazadas y miembros con niños menores de un año de edad
Embarazo: Baby shower	Un Pack'n Play® o un suministro mensual de pañales para las miembros asistentes	Un evento divertido y educativo para miembros embarazadas y mamás recientes en el que aprenderán a mantenerse sanas y a mantener sano al bebé durante y después del embarazo.	Miembros embarazadas

Programa	Beneficio de valor añadido	Descripción	Personas elegibles
Embarazo: Servicios de doula	Total de ocho visitas para servicios de asistencia de doula (asistencia prenatal, posparto y parto)	Las miembros elegibles (miembros de alto riesgo y miembros de un grupo que experimenta disparidades de salud) pueden solicitar la asistencia de una doula durante el parto para proporcionar apoyo emocional y físico a la madre y su familia.	Miembros que cumplen con los criterios de alto riesgo.
Embarazo: Asientos para auto	Un asiento para auto o elevador por completar las visitas prenatales	Realizar una visita prenatal durante el primer trimestre o en un plazo de 42 días desde la inscripción.	Miembros embarazadas
Embarazo: Comidas	Comidas a domicilio para miembros embarazadas y en etapa de posparto	Las miembros pueden solicitar la entrega a domicilio de comidas que puedan respaldar sus necesidades nutricionales durante el embarazo y la lactancia materna.	Miembros embarazadas o en el primer año de posparto
Embarazo: Pacify	Caja de regalo para la madre y el bebé	Las miembros que se inscriban en Pacify, nuestra herramienta en línea de apoyo durante el embarazo y el posparto, podrán recibir una caja regalo que incluye artículos divertidos para la mamá y el bebé.	Miembros embarazadas
Embarazo: Sacaleches eléctrico	Sacaleches	Madres recientes con un bebé lactante, que deseen obtener un sacaleches eléctrico sin costo.	Madres embarazadas o recientes
Embarazo: Servicios dentales	Una limpieza adicional para las madres embarazadas	Las mujeres embarazadas pueden recibir una limpieza adicional durante el embarazo.	Miembros embarazadas

Programa	Beneficio de valor añadido	Descripción	Personas elegibles
Cuotas de membresía	Cuotas de membresía de YMCA, Boys & Girls Club locales y Salvation Army Kroc Center	Para ayudar a los miembros jóvenes a desarrollar habilidades sociales y de liderazgo.	Miembros de entre 6 y 18 años
Transporte	Transporte adicional	Los miembros pueden obtener transporte a determinados lugares no médicos y recursos de los determinantes sociales de salud (SDOH), como citas de WIC, la farmacia, la tienda de comestibles y más.	Miembros que participan en la administración de la atención.
TruConnect	Teléfono gratuito con aplicaciones de Molina	El plan de servicio, respaldado por TruConnect, incluye dispositivos inalámbricos sin costo o con descuento y llamadas y mensajes de texto ilimitados.	Miembros calificados para el programa federal Lifeline
Entrega de comidas a domicilio	Entrega de comidas a domicilio para transiciones de atención de alto riesgo	Molina proporcionará una caja de alimentos saludables a los miembros que tengan condiciones de alto riesgo, como diabetes o un embarazo de alto riesgo, y que estén experimentando inseguridad alimentaria.	Miembros de alto riesgo con afecciones crónicas, incluidos miembros con embarazos de alto riesgo
Apoyo para pruebas de Diploma de Educación General (GED)	Ayuda para la preparación de la prueba GED	Tarjeta de regalo para pagar los costos de la prueba GED en los centros de pruebas autorizados (valor de \$134) y los materiales de preparación de las pruebas.	Miembros de al menos 18 años

Programa	Beneficio de valor añadido	Descripción	Personas elegibles
Recursos comunitarios	Acceso a Molina Find Help	Plataforma de apoyo a la derivación de recursos comunitarios que ofrece a sus miembros acceso a miles de recursos comunitarios en todo el estado, 24 horas al día y 7 días a la semana.	Todos los miembros
Aplicación móvil My Molina	My Molina	My Molina les brinda a los miembros una variedad de recursos, como información sobre sus beneficios, acceso a su tarjeta de identificación de miembro, una lista de sus medicamentos y mucho más.	Todos los miembros
Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas y línea de crisis de salud del comportamiento	Línea gratuita de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas	Acceso a nuestra línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas y a la línea de crisis de salud del comportamiento, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.	Todos los miembros
Exámenes dentales: Para problemas específicos	Dos exámenes bucales adicionales para problemas específicos	Dos exámenes bucales adicionales para problemas específicos, para complementar los beneficios dentales existentes de Medicaid.	Todos los miembros
Programa de Asistencia al Cliente (CAP)	Terapia de salud del comportamiento	Cinco sesiones de breves sesiones de terapia de salud del comportamiento centrada en soluciones.	Todos los miembros
Todos los miembros	Examen físico deportivo anual	Los miembros que califiquen pueden obtener un examen físico deportivo anual sin costo adicional.	Miembros entre 3 y 17 años

Programa	Beneficio de valor añadido	Descripción	Personas elegibles
Healthy Minds (mentes sanas) y Healthy Kids (niños sanos)	Apoyo a la alfabetización y las artes para miembros en edad escolar	Tarjeta de regalo de \$50 para libros o materiales de arte para fomentar actividades divertidas y pasar menos tiempo frente a la pantalla.	Niños en edad preescolar hasta 12.º grado

Programa de Recompensas Saludables

Atención preventiva	Recompensa	Descripción	Personas elegibles
Visitas de bienestar infantil	Tarjeta de regalo de \$10 por visita de bienestar infantil	Complete a tiempo hasta seis visitas de bienestar infantil en un período de 15 meses.	Miembros de hasta 15 meses de vida
Visitas de bienestar infantil	Tarjeta de regalo de \$25 por visitas de bienestar infantil	Realice dos o más visitas de bienestar infantil cuando el niño tenga entre 15 y 30 meses.	Miembros entre 15 y 30 meses
Visitas de bienestar infantil	Tarjeta de regalo de \$25 por visitas de bienestar infantil	Los miembros entre 3 y 17 años deben realizar una visita anual de bienestar infantil.	Miembros entre 3 y 17 años
Examen de detección preventivo en adultos	Tarjeta de regalo de \$25 por examen de detección preventivo en adultos	Visita anual completa de detección preventiva (bienestar) para adultos (limitada a una por año).	Miembros de al menos 18 años

Atención preventiva	Recompensa	Descripción	Personas elegibles
Examen de detección de riesgos para la salud	Tarjeta de regalo de \$25 por completar el examen de detección de riesgos para la salud	Complete el examen inicial de detección de riesgos para la salud y el examen anual de detección de riesgos para la salud (limitado a uno por año de inscripción).	Todos los miembros
Seguimiento hospitalario: Salud del comportamiento	Tarjeta regalo de \$50 por visita de seguimiento en hospital de salud del comportamiento	Complete una visita de seguimiento con un proveedor de salud del comportamiento en los siete días siguientes a la hospitalización por enfermedad mental (incluye telesalud).	Todos los miembros
Seguimiento hospitalario: PCP	Tarjeta de regalo de \$50 por visita de seguimiento con el PCP	Complete una visita de seguimiento al PCP en los siete días siguientes a una hospitalización o a una estancia de salud del comportamiento (incluye telesalud).	Todos los miembros
Diabetes: Examen de detección de la vista	Tarjeta de regalo de \$50 por examen de la vista para diabéticos Tarjeta de regalo de \$50 para análisis de laboratorio de HbA1c (un máximo de \$100 anuales)	Hágase un examen de la vista anual de retina diabética y un análisis completo de HbA1c.	Miembros de entre 18 y 75 años a los que se les diagnosticó diabetes.
Visita posparto: Visita a domicilio de Care Connections	Tarjeta de regalo de \$25 por una visita posparto oportuna	Para madres recientes que se realicen los exámenes posparto a tiempo.	Madres recientes

Atención preventiva	Recompensa	Descripción	Personas elegibles
Mamografía de detección	Tarjeta de regalo de \$25 por mamografía	Hágase una mamografía de detección anual.	Miembros mujeres entre 40 y 74 años
Prueba de detección de cáncer de cuello uterino	Tarjeta de regalo de \$25 por prueba de detección de cáncer de cuello uterino	Realice una visita al consultorio para realizarse una prueba de detección de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou).	Miembros mujeres entre 16 y 64 años
Prueba de detección de clamidia	Tarjeta de regalo de \$25 por prueba de detección de clamidia	Hágase una prueba de detección anual de clamidia.	Miembros mujeres entre 16 y 64 años

* Todos los beneficios y recompensas de valor añadido pueden tener exclusiones o límites. Los miembros deben tener a Molina Healthcare de Nebraska Medicaid como su seguro primario en el momento del servicio para calificar para beneficios y recompensas de valor añadido.

Recursos del miembro

Administración de la atención

La administración de la atención es un conjunto de apoyos que lo ayudan a acceder a servicios médicos, del comportamiento, dentales o sociales. La administración de la atención ayuda a mejorar su salud y bienestar. Entre los ejemplos se incluyen los siguientes:

- Asistencia con pruebas de detección de riesgos para la salud
- Coordinación de transporte para citas médicas, del comportamiento y dentales
- Proporcionarle recordatorios de atención médica
- Ayudar con la transición de la atención de un entorno a otro, como salir del hospital
- Ponerlo en contacto con recursos comunitarios, asistencia para vivienda y asistencia laboral
- Y acceso a beneficios de valor añadido

Gestión de casos

La gestión de casos es un programa que se proporciona a miembros cuya salud o situación social garantiza apoyo adicional para alcanzar sus metas de salud personales. Entre los miembros candidatos a la gestión de casos se incluyen, entre otros, los siguientes:

- Los miembros con afecciones médicas o del comportamiento complejas (incluidos trastornos por consumo de sustancias).
- Los miembros que tienen afecciones de salud, incluidas afecciones crónicas que podrían beneficiarse con la gestión de casos.

- Los miembros en adopción temporal (incluidos los miembros que envejecieron fuera de la adopción temporal).
- Los miembros involucrados en el sistema de justicia.
- Los miembros con Medicare y Medicaid.
- Los miembros con discapacidades intelectuales o del desarrollo.
- Los miembros que se identifican sin vivienda o médicamente complejos (estos formularios se enviaron en su paquete de bienvenida. También puede encontrarlos en su portal para miembros, en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/NE, o en el sitio web del DHHS en dhhs.ne.gov/Pages/Medically-Complex.aspx).
- Los miembros remitidos por un proveedor.
- Los miembros que se autorremiten para la gestión de casos.

La participación en la gestión de casos es voluntaria. Se les asignará a los miembros un administrador de casos que los ayude a alcanzar sus metas de atención médica. El administrador de casos completará una evaluación de sus necesidades y ayudará al miembro a desarrollar un plan de atención personalizado. El administrador de casos se comunicará con el miembro con una frecuencia acorde con sus necesidades. El administrador de casos puede ayudar al miembro con la coordinación de la atención, el acceso a proveedores/servicios, la ayuda para obtener equipos/suministros médicamente necesarios y proporcionar educación sobre las afecciones de salud, los medicamentos y los planes de tratamiento.

Planes de atención

Si está inscrito en la gestión de casos, usted y su administrador de casos crearán un plan de atención individualizado que incluirá los tipos de servicios de salud que necesita, la manera en que los recibirá, así como sus metas personales para su salud. Las metas se elaboran sobre la base de una evaluación integral de los riesgos para la salud y de sus necesidades y metas personales. Su equipo de atención trabajará con usted para revisar y actualizar su plan de atención a medida que trabaje para alcanzar sus metas, cuando cambien sus necesidades de atención médica y, al menos, una vez por año.

Una vez que se haya creado su plan de atención, su administrador de casos le enviará una copia y enviará una copia a su PCP. También puede encontrar su plan de atención en su historia clínica, si corresponde, en su portal para miembros. Su plan de atención incluirá las metas que ha establecido con su administrador de casos, así como los pasos que tomará para ayudar a satisfacer sus necesidades de atención médica.

Control de la enfermedad

Además de la gestión de casos, Molina ofrece un programa de control de la enfermedad para miembros que tienen afecciones médicas crónicas de menor riesgo. La meta del programa es ayudar a los miembros a lograr el bienestar y la autogestión. Esto se consigue educando a los miembros, ayudándolos a encontrar apoyos y recursos y ayudándolos a acceder a los beneficios necesarios. Los miembros pueden recibir material educativo por correo y pueden optar por capacitación sobre salud por teléfono, que incluye enfermeros, dietistas y educadores de salud.

Algunos ejemplos de programas de control de enfermedades incluyen los siguientes: asma, diabetes, insuficiencia cardíaca, depresión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión (presión arterial alta), dejar de fumar, control del peso y consejería nutricional.

Por lo general, la duración del programa de capacitación telefónica es de 60 días o menos, y se basa en la necesidad del miembro. Si un miembro desarrolla necesidades de atención más agudas o tiene necesidades continuas, es posible que se lo asigne a la gestión de casos para que continúe recibiendo apoyo.

MolinaHelpFinder.com: desarrollado por Aunt Bertha

Se trata de un servicio gratuito y confidencial disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, que lo ayudará a encontrar recursos locales.

Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas

Llame al **(844) 782-2721 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana cuando necesite asesoramiento médico y no tenga tiempo para ir al médico.

Portal para miembros: MyMolina.com

Conéctese a nuestro portal seguro desde cualquier dispositivo, esté donde esté, y gestione su plan de salud en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana. ¡Cambie su proveedor de atención primaria, actualice su información de contacto, solicite una tarjeta de identificación de miembro y mucho más! Para inscribirse, ingrese en **MyMolina.com**. Es fácil de usar y le permite ocuparse de su atención médica en línea.

Con My Molina, usted puede hacer lo siguiente:

- Imprimir su tarjeta de identificación del miembro.
- Solicitar una tarjeta de identificación de miembro de reemplazo si ha perdido la suya.
- Cambiar de proveedor de atención primaria.
- Comprobar su elegibilidad.
- Actualizar su información de contacto.
- Recibir recordatorios sobre los servicios de salud que necesita.

También puede ver la siguiente información:

- Sus antecedentes de servicios, como visitas al médico.
- Información y recursos que lo ayudarán a usted y a su familia a mantenerse sano.
- Los servicios ofrecidos solo a los miembros.

¡Regístrese e inicie sesión hoy mismo!

Siga estos sencillos pasos:

Paso 1: ingrese en MyMolina.com

Paso 2: ingrese su número de identificación de miembro, fecha de nacimiento y código postal.

Paso 3: ingrese su dirección de correo electrónico.

Paso 4: cree una contraseña.

¡Eso es todo! ¡Ahora usted está listo para iniciar sesión y usar My Molina!

¿Olvidó su contraseña?

Haga clic en [Forgot my Password](#) (Olvidé mi contraseña) y siga los pasos para restablecerla.

Recursos comunitarios

Somos parte de su comunidad. Trabajamos mucho para que esté más sano. Tiene a su disposición recursos locales, eventos de salud y organizaciones comunitarias. Brindan excelentes programas y servicios convenientes. Y lo mejor de todo es que la mayoría de ellos son gratuitos o de bajo costo.

Nebraska 211: una fuente de información integral para las personas que necesitan ayuda. Nebraska 211 conecta a los miembros de la comunidad necesitados con los recursos que pueden ayudarlos. Ingrese en ne211.org para obtener más información.

Ayuda para dejar de fumar, ayuda gratuita y confidencial para dejar de fumar o consumir tabaco:

- Quiero dejar de fumar (ne.gov)
- Libre de tabaco en Nebraska: **(800) QUIT-NOW (784-8669)**

Recursos para el embarazo

March of Dimes: lucha por la salud de todas las madres y los bebés. Ingrese en marchofdimes.org.

Mantenerse saludable durante el embarazo: información y recursos para su embarazo del estado de Nebraska. Ingrese en dhhs.ne.gov/Pages/During-Pregnancy.aspx.

Text4baby: visite text4baby.org para saber cómo mantenerse sanos usted y su bebé en cada etapa del embarazo y durante el primer año de vida.

Otros servicios

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (dhhs.ne.gov)

- El objetivo de Mujeres, bebés y niños (WIC) es proteger la salud de las mujeres, bebés y niños de bajos ingresos que reúnen los requisitos, y niñas hasta los 5 años proporcionándoles alimentos nutritivos, información sobre alimentación sana y remisiones a centros de atención médica.
- El Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP) brinda beneficios alimentarios a familias de bajos ingresos para que puedan pagar alimentos nutritivos esenciales para la salud y el bienestar.

Línea para crisis de salud del comportamiento

Si usted o alguien de su hogar se está haciendo daño a sí mismo o a otra persona, llame al **911** de inmediato. Si tiene dificultades con la salud del comportamiento o piensa en hacerse daño a sí mismo o a otra persona:

- Comuníquese con nosotros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**. Molina opera una línea para crisis de salud del comportamiento. Tenemos médicos clínicos de salud del comportamiento formados, a su disposición para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- También puede obtener ayuda de inmediato llamando a la línea nacional de ayuda por suicidio marcando el 988.
 - 988 es la línea nacional de ayuda por suicidio. Cualquier persona que necesite ayuda en caso de intención de suicidio o crisis de salud mental (o que esté preocupada por otra persona), puede obtener apoyo gratuito y confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año marcando 988 desde cualquier teléfono.
- Vaya al hospital más cercano para recibir atención de emergencia.

- Para obtener otros recursos y apoyo, comuníquese con la línea de ayuda familiar de Nebraska:
 - dhhs.ne.gov
 - **(888) 866-8660 (TTY: 711)** (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

Atención de emergencia y fuera del horario de atención

Atención fuera del horario de atención

Si necesita atención después del horario de atención normal, comuníquese con su PCP. Todos los PCP tienen cobertura para sus pacientes las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Es posible que su PCP tenga un servicio de respuesta en el que alguien pueda ayudarlo con su problema médico o puede llamar a su PCP para analizar sus opciones de atención.

En ocasiones, su PCP puede tener otro PCP que lo cubre fuera del horario normal o si su PCP no está en el consultorio. Podrían darle consejos por teléfono y, a veces, recetarle un medicamento. Es posible que le pidan que visite al PCP o que lo envíen a un centro de atención urgente.

Molina también cuenta con una línea de asesoramiento de enfermería con enfermeros altamente capacitados. Allí lo ayudarán a decidir si usted o su hijo deben solicitar atención médica de inmediato. Puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería al **(844) 782-2721 (TTY: 711)** y hablar con un enfermero, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si tiene una emergencia médica, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias (ER) más cercana. Si está teniendo una crisis de salud del comportamiento, llame al 988 o vaya a la ER más cercana.

Atención de emergencia

Una emergencia es un problema médico que debe tratarse de inmediato. Molina cubre emergencias donde sea que esté. No tiene que llamarnos para obtener la aprobación en caso de emergencia. Llame al **911** o vaya a la ER más cercana. Esto incluye un centro que no se encuentra en nuestra red. Puede recibir atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Algunos ejemplos de una emergencia son los siguientes:

- Problemas de aborto espontáneo o embarazo
- Crisis epilépticas o convulsiones
- Hemorragia inusual o excesiva
- Inconsciencia
- Sobredosis/envenenamiento
- Dolor intenso
- Quemaduras graves
- Dificultad para respirar
- Dolor en el pecho

Lleve siempre con usted su tarjeta de identificación de miembro y su tarjeta de Medicaid del estado. Si le informan que debe permanecer en el hospital, el hospital se comunicará con nosotros para informarnos. Si se le pide que permanezca en un hospital que no pertenece a la red de Molina, lo transferiremos a un hospital que forme parte de la red de Molina tan pronto como se encuentre lo suficientemente bien como para ser trasladado. Si el médico de la ER decide que usted no debe quedarse, pero usted decide quedarse, es posible que sea responsable del costo de su estadía.

Una vez que salga de la ER, no vuelva a la ER para recibir atención de seguimiento. Programe una cita con su PCP o especialista.

Si no está seguro de si necesita atención de emergencia, comuníquese con su PCP o con nuestra línea gratuita de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas.

Las ER son solo para emergencias reales. No son buenos lugares para recibir atención que no sea de emergencia. A menudo, están muy ocupados y deben cuidar primero de las personas cuyas vidas están en peligro. No vaya a la ER si su afección no es una emergencia.

Atención posterior a la estabilización

La atención posterior a la estabilización es cualquier servicio cubierto que necesite debido a una afección médica de emergencia. Estos servicios se le prestarían una vez estabilizada su afección para mejorarla, mantenerla o resolverla. Usted no será responsable del pago de los servicios de detección ni de los servicios de tratamiento que puedan ser necesarios para estabilizar o diagnosticar una afección médica de urgencia. Trabajaremos con el proveedor si se necesita una autorización previa para los servicios posteriores a la estabilización. Estos servicios tienen cobertura, independientemente de si el proveedor está en nuestra red o no.

Cómo obtener atención fuera del estado

Si se encuentra fuera de Nebraska y necesita atención de emergencia, vaya a la ER más cercana. Comuníquese con nosotros en un plazo de 24 horas, o tan pronto como pueda, para que pueda realizar un seguimiento con un proveedor de la red de Molina.

También puede recibir atención fuera del estado de una clínica de atención de urgencia o del consultorio del médico mostrando su tarjeta de identificación de miembro de Molina y su tarjeta de Medicaid de Nebraska. Comuníquese con nosotros tan pronto como pueda para informarnos que recibió atención fuera del estado.

Molina solo cubre los servicios recibidos dentro de los Estados Unidos.

Atención de urgencia

La atención de urgencia es una excelente opción si necesita atención fuera del horario de atención. Algunos ejemplos de cuándo usar el centro de atención de urgencia incluyen los siguientes:

- Síntomas graves de resfriado o gripe
- Dolor de oído
- Dolor de garganta
- Gripe o virus estomacal
- Heridas que necesitan puntos
- Esguinces, torceduras o moretones profundos

Si necesita ayuda para encontrar un centro de atención de urgencia en su área, visite nuestro Directorio de proveedores en línea en [MyMolina.com](https://www.mylolina.com) o comuníquese con Servicios para Miembros.

Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas

Tenemos enfermeros registrados para que tomen su llamada las 24 horas del día, los 7 días de la semana, ¡sin costo para usted! Comuníquese con nosotros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)** cuando no esté seguro de cómo manejar un problema relacionado con la salud. Ellos lo ayudarán a decidir qué tipo de atención necesita.

Puede recibir ayuda con cosas como las siguientes:

- Dolor de espalda.
- Un corte o una quemadura.
- Tos, resfriado o gripe.
- Mareos o sensación de malestar estomacal.
- Un bebé enfermo o que llora.

Cuando llame, un enfermero le preguntará sobre sus síntomas. Dé tantos detalles como pueda. Por ejemplo, describa dónde le duele o cómo se ve y se siente. Luego, podrán ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si puede cuidarse en su hogar.
- Si necesita ver a un médico o ir a un centro de urgencias o al hospital.

Servicios de telesalud

La telesalud es un método conveniente para tratar enfermedades comunes sin tener que ir a la ER o a un centro de atención de urgencia. En el caso de problemas que no sean de emergencia, como gripe, alergias, erupciones cutáneas, malestar estomacal y mucho más, puede comunicarse con un médico a través de su teléfono inteligente o computadora para recibir atención donde quiera que esté, siempre que lo necesite. Los médicos pueden diagnosticar, tratar e incluso recetar medicamentos si los necesita. Comuníquese con el consultorio de su médico para saber si ofrecen servicios de telesalud.

Otro seguro y facturas

Qué hacer si recibe una factura

Molina tiene una lista de servicios con cobertura. Estos son los servicios que pagamos cuando son médicamente necesarios. El Departamento de Salud y Servicios Humanos aprobó esta lista.

Hable con su proveedor sobre los servicios cubiertos y no cubiertos. Cuando usted cumple con las reglas del plan, no deben facturarle por los servicios cubiertos.

Cuando programe el tratamiento, haga lo siguiente:

- Muestre su tarjeta de identificación de miembro y la de Medicaid de Nebraska en cada cita.
- Pregúntele al proveedor si está en la red de Molina Healthcare de Nebraska. Si dicen que no, comuníquese con nosotros de inmediato.

Si tiene Medicaid y Medicare, no se le pueden facturar los costos compartidos de Medicare. Esto incluye deducibles, coseguros y copagos que están cubiertos por Medicaid.

Comuníquese con Molina y con su proveedor tan pronto como pueda si recibe una factura por un servicio que considera que Molina debería cubrir. No pague ninguna factura que reciba. Molina no puede devolverle el dinero si lo hace.

Otros detalles del plan

Directivas anticipadas

Todos los miembros adultos tienen derecho a aceptar o no el tratamiento médico. Una directiva anticipada protege esos derechos. Lo ayuda a planificar con anticipación decisiones sobre el tratamiento en el futuro. Informa a las personas de lo que usted quiere si no puede tomar sus propias decisiones. Su médico puede hablar sobre estas opciones con usted antes de que tenga una emergencia. Si alguna vez tiene una emergencia médica y no puede comunicar lo que necesita, sus médicos ya sabrán qué hacer.

Algunos ejemplos de tipos comunes de directivas anticipadas son los siguientes:

Un testamento en vida o una declaración. El testamento en vida le informa a sus proveedores de atención médica y a su familia el tipo de atención médica que desea o no desea si no puede tomar sus propias decisiones. En Nebraska, la Ley de Derechos de los Enfermos Terminales garantiza que un adulto en pleno uso de sus facultades mentales pueda realizar en cualquier momento una declaración que regule la retención o retirada del tratamiento de soporte vital. La declaración debe estar firmada por la persona o por otra persona que actúe bajo su supervisión y debe estar atestiguada por dos adultos o un notario.

Los tratamientos podrían incluir lo siguiente:

- Sondas de alimentación.
- Máquinas de respiración.
- Trasplantes de órganos.
- Tratamientos para que se sienta cómodo.

Si desea firmar un testamento en vida, puede hacer lo siguiente:

- Pedirle a su PCP que solicite un formulario de testamento en vida.
- Completar el formulario usted mismo o llamarnos para pedir ayuda.
- Llevar o enviar por correo postal el formulario completo a su PCP o especialista. Su PCP o especialista entonces sabrá qué tipo de atención desea recibir.

Un poder legal duradero para la atención médica (DPAHC). Esto le permite elegir a alguien para tomar decisiones sobre atención médica por usted cuando no pueda hacerlo usted mismo. Esta persona de confianza sigue las instrucciones que usted le da. El poder debe tener fechas claras de inicio y fin. También debe estar atestiguado y firmado por dos adultos o firmado y reconocido en su nombre por un notario.

Una orden de no reanimación (DNR). Esto les indica a los proveedores de atención médica que no le practiquen una reanimación cardiopulmonar (CPR) si su corazón o su respiración se detienen. Una orden DNR solo se relaciona con una CPR. No proporciona instrucciones sobre otros tratamientos.

Pídale a su proveedor o a Servicios para Miembros que le brinde más información sobre las directivas anticipadas.

Comuníquese con el DHHS de Nebraska al **(800) 254-4202** para presentar un reclamo si su proveedor no cumple con los requisitos de la directiva anticipada o si no se cumplió su directiva anticipada.

Plan y programa de mejora de la calidad

Nos comprometemos a asegurarnos de que usted obtenga la mejor atención posible. Por eso todos los años ponemos en marcha un plan para seguir mejorando lo siguiente:

- Nuestros servicios.
- La calidad de la atención que recibe.
- La forma en que nos comunicamos con usted.

Nuestras metas son las siguientes:

- Brindarle servicios que beneficien su salud.
- Trabajar con proveedores para brindarle la atención que necesita.
- Abordar sus necesidades de idioma y culturales.
- Reducir los obstáculos para obtener atención.
- Mejorar la salud de nuestros miembros.

También queremos saber cómo lo estamos haciendo. Revisamos el último año de servicios para verificar nuestro progreso. Es posible que le enviemos una encuesta de miembros para conocer su opinión.

Es posible que también enviemos encuestas para saber cuántos miembros reciben los servicios que necesitan. Estas encuestas nos indican qué tipo de atención es necesaria. Una de estas encuestas es la encuesta de Evaluación del consumidor de proveedores y sistemas de atención médica (CAHPS®).

Esta encuesta hace preguntas sobre cómo valora lo siguiente:

- Su atención médica.
- Su PCP.
- Su plan de salud.
- Especialistas que usted ha visto.
- Exámenes de control de bienestar.
- Lo fácil que le resulta recibir atención.
- Lo fácil que le resulta recibir atención rápidamente.

Conjunto de Datos e Información de Eficacia de la Atención Médica (HEDIS®)

También evaluamos cuántos de nuestros miembros se realizan exámenes y pruebas clave. Observamos lo siguiente:

- Exámenes anuales
- Atención de la diabetes
- Mamografías (radiografías de las mamas)
- Gestión de medicamentos
- Pruebas de Papanicolaou
- Atención prenatal
- Atención posparto
- Vacunas (vacunas contra la gripe, niños y adolescentes)

Nos preocupamos por su salud. Queremos que nos ayude a cuidar mejor de usted mismo y de su familia. Para hacer esto, nosotros haremos lo siguiente:

- Recordarle que debe hacerse exámenes de control de bienestar y vacunas.
- Enseñarle sobre los problemas de salud crónicos que puede tener.
- Garantizar la atención prenatal y posparto en caso de embarazo.
- Recordarle que debe hacerse las pruebas de Papanicolau y las mamografías, de ser necesario.
- Abordar cualquier reclamo que tenga.
- Ayudarlo a encontrar y utilizar la información de nuestro sitio web.

- Informarlo sobre los servicios especiales que ofrecemos.

Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro (CT). Puede solicitar una copia impresa de nuestro plan de mejora de la calidad y los resultados.

Pautas para mantenerse saludable

Le brindamos información sobre servicios preventivos y cuándo obtenerlos. La información no reemplaza el consejo de su médico.

Para aprovechar al máximo las siguientes pautas, haga lo siguiente:

- Tómese el tiempo para leerlas.
- Anote sus preguntas y llévelas a su próximo seguimiento.
- Informe a su proveedor sobre cualquier problema de salud que usted o sus hijos tengan.
- Asista a sus citas.
- Si no acude a una cita, reprogramela inmediatamente.
- Le informamos sobre pruebas y exámenes clave para problemas como la diabetes.

Comité Asesor de Miembros (MAC)

Nuestro objetivo es darles a los miembros oportunidades continuas de dar su opinión sobre el plan, los servicios y las ofertas, y de expresar sus intereses y necesidades. Nuestro equipo de compromiso con la comunidad organiza reuniones trimestrales con miembros y las partes interesadas para conocer las opiniones de nuestros miembros. Estas reuniones son una oportunidad para que Molina se conecte directamente con los miembros en diversos temas de interés.

Si desea unirse, comuníquese con Servicios para Miembros. Le pueden brindar información sobre unirse al MAC o al Comité de Mejora de la Calidad.

Cómo denunciar presuntas infracciones en materia de comercialización

El DHHS de Nebraska tiene reglas sobre cómo los planes de salud pueden interactuar con las personas que no son sus miembros. Molina trabaja arduamente para seguir estas reglas.

Las actividades que no están permitidas incluyen las siguientes:

- Comercialización directa a los miembros de Medicaid o a posibles personas elegibles para Medicaid. La comercialización directa incluye publicidad por correo directo, correo electrónico no deseado ("spam") y técnicas de comercialización puerta a puerta, telefónicas u otras técnicas de "llamada en frío".
- Entrega de obsequios promocionales a personas que no son miembros en la actualidad.
- Retratar a competidores o competidores potenciales de manera negativa.
- Dar a entender que la inscripción en una determinada MCO es el único medio de conservar u obtener los servicios de Medicaid.
- Ayudar a inscribirse o influir indebidamente en la elección de MCO.
- Ayudar a alguien a elegir un plan de salud.
- Compararse con otros planes de salud por su nombre.
- Cobrarle a los miembros por artículos o servicios en los eventos.

- Usar términos que podrían influir, engañar o causar que los miembros potenciales se comuniquen con MCO, en lugar del agente de inscripción designado por MLTC, para la inscripción.

Si ve algún plan de salud que rompa estas reglas, puede informar este comportamiento al DHHS de Nebraska al **(800) 727-6432** o ago.medicaid.fraud@Nebraska.gov.

Términos importantes

Abuso: dañar a alguien a propósito (incluye gritar, ignorar la necesidad de una persona y el contacto inapropiado).

Afección crónica: una afección crónica dura un año o más y requiere atención médica continua, limita la vida diaria o ambos.

Afección médica de emergencia: una afección médica de emergencia es cualquier afección que crea que pone en peligro su vida o que le causaría una discapacidad permanente si no se la trata de inmediato.

Análisis de riesgos para la salud: un análisis de riesgos para la salud es una encuesta corta con preguntas sobre su salud.

Apelación: una apelación es una solicitud para la revisión de una acción. Usted o su representante autorizado puede solicitar una apelación luego de una decisión tomada por Molina.

Atención de urgencia: se necesita atención de urgencia cuando usted no se encuentra en una situación de salud potencialmente mortal, pero necesita tratamiento o consejos médicos en un plazo de 48 horas.

Atención en la sala de emergencias (ER): se brinda atención en la ER por afecciones médicas de emergencia.

Atención hospitalaria ambulatoria: la atención hospitalaria ambulatoria se brinda cuando usted recibe servicios hospitalarios sin hospitalización.

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (u hospitalización): atención en un hospital que requiere admisión como paciente hospitalizado. Esto suele requerir una estadía de una noche. Estas pueden incluir una enfermedad grave, una cirugía o tener un bebé.

Autorización previa: el proceso que utiliza su médico para obtener la aprobación de servicios que deben ser aprobados antes de que usted pueda recibirlos.

Autorización: una aprobación para un servicio.

Beneficios: servicios, procedimientos y medicamentos que Molina cubrirá para usted.

Cobertura de medicamentos recetados: Molina brinda cobertura de medicamentos recetados pagando sus medicamentos recetados.

Consentimiento informado: confirmación de que se le han explicado todos los tratamientos médicos, y usted los entiende y acepta.

Consultorio dental: su proveedor principal elegido para la atención y los servicios dentales.

Copago: algunos servicios médicos tienen un copago, que es su parte del costo. Si hay un copago, se lo pagará al proveedor. El proveedor le dirá cuánto es.

Dentista de atención primaria (PCD): un PCD es un dentista general o pediátrico que consulta para recibir atención.

Dentro de la red: médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que tienen un acuerdo con nosotros.

Determinación adversa de beneficios: la denegación, la limitación o la finalización de un servicio solicitado.

Directiva anticipada: una decisión sobre la atención médica que usted toma con anticipación en caso de que alguna vez no pueda hablar por usted mismo.

Directorio de proveedores: una lista de proveedores que participan en Molina para ayudar a ocuparse de sus necesidades de atención médica.

Emergencia (salud mental que no pone en riesgo su vida): cuando se presentan los síntomas por primera vez, pero no ponen en riesgo su vida, como ideas suicidas sin un plan para implementar o signos de manía o psicosis.

Equipo médico duradero (DME): el DME es lo que se utiliza en casa, como sillas de ruedas, andadores y bastones intravenosos. Usted los alquilará o será propietario, y el proveedor lo indicará. También puede ser un equipo que debe desecharse, como vendas, catéteres y agujas.

Especialista: cualquier médico que reciba capacitación especial para tratar una afección o enfermedad específica.

Fraude: un acto deshonesto (por ejemplo, si otra persona usa su tarjeta de identificación de miembro y se hace pasar por usted).

Fuera de la red: médicos, especialistas, hospitales, farmacias y otros proveedores que no tienen un contrato con Molina para brindar servicios de atención médica a los miembros.

Gestión de casos: la gestión de casos lo ayuda a administrar sus complejas necesidades de atención médica. Los administradores de casos pueden ayudar con la coordinación de beneficios o con el acceso a otros servicios sociales según sea necesario.

Información médica: información sobre su salud y atención médica. Esta información puede provenir de nosotros o de un proveedor. Incluye información sobre su salud física y mental, así como pagos por la atención.

Información sobre el consumo de sustancias: información sobre el consumo de sustancias y la atención. Esta información puede provenir de nosotros o de un proveedor. Incluye información sobre sus antecedentes de consumo de sustancias y el uso actual y los pagos por la atención.

Medicamento necesario: servicios o suministros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una afección médica. Deben cumplir con los estándares de buenas prácticas médicas.

Medicamentos de venta libre (OTC): medicamentos o fármacos que se pueden comprar sin receta. Molina cubre muchos medicamentos OTC que están en la lista aprobada del estado. Un proveedor debe recetarle el medicamento OTC que necesita.

Medicamentos recetados: medicamentos que, por ley, necesitan una receta escrita por un médico con instrucciones para su uso.

Médico de atención primaria (PCP): un PCP es un médico, auxiliar médico o enfermero practicante que brinda o coordina directamente sus servicios de atención médica. Un PCP es el proveedor principal que consultará para seguimientos, preocupaciones relacionadas con la salud, exámenes médicos de detección y remisiones a especialistas.

Miembro: una persona que sea elegible para los beneficios y servicios de Heritage Health y Molina.

Mujeres, Bebés y Niños (WIC): programa complementario de alimentos para mujeres, bebés y niños que brinda asesoramiento sobre nutrición, educación sobre nutrición y alimentos nutritivos

a mujeres embarazadas y posparto, bebés y niños de hasta dos años. Los niños considerados deficientes nutricionalmente tienen cobertura hasta cinco años si tienen bajos ingresos y se determina que están en riesgo nutricional.

Plan: Molina es su plan de salud que paga y coordina sus servicios de atención médica.

Proveedor: un proveedor es un profesional de atención médica que ofrece servicios médicos y apoyo.

Queja: una queja es una expresión de disconformidad sobre cualquier tema que no sea una decisión.

Red: Molina tiene una red de proveedores a través de Nebraska que usted puede ver para atención. No es necesario que nos llame antes de visitar a uno de estos proveedores.

Remisión: cuando su PCP determina que usted necesita consultar con otro médico y ellos lo envían a un especialista de nuestra red.

Seguro de salud: un tipo de cobertura de seguro que pague los gastos médicos y quirúrgicos incurridos por el asegurado.

Servicios de autorremisión: servicios para los cuales no necesita ver a su PCP para obtener una remisión.

Servicios de cuidados paliativos: atención diseñada para brindar atención de apoyo a las personas en la fase final de una enfermedad terminal y concentrarse en la comodidad y calidad de vida en lugar de en una cura.

Servicios de emergencia: se brindan servicios de emergencia cuando tiene una afección médica de emergencia.

Servicios excluidos: los servicios excluidos son servicios que Medicaid no cubre. Es posible que deba pagar estos servicios.

Servicios médicos: los servicios médicos son servicios médicamente necesarios prestados por médicos, auxiliares médicos y enfermeros practicantes.

Si tiene una emergencia grave o incapacitante, no necesita llamar a su proveedor o a Molina. Vaya directamente a la ER más cercana o llame a una ambulancia.

Tarjeta de identificación: una tarjeta de identificación que indique que usted es miembro de Molina. Usted siempre debería tener esta tarjeta con usted.

Transporte médico de emergencia: el transporte médico de emergencia brinda atención de estabilización y transporte al centro de emergencia más cercano.

Vacunación: una vacuna que le brinde protección contra la enfermedad. Los niños deben recibir vacunas específicas en edades concretas. Las vacunas se administran con frecuencia durante visitas regulares al médico.

Fraude, despilfarro y abuso

Molina se compromete a prevenir, identificar e informar todos los casos de sospecha de fraude, despilfarro y abuso. Fraude, despilfarro y abuso significa que cualquier miembro, proveedor o persona está malversando los recursos del programa de Medicaid de Nebraska o de Molina.

Fraude

El fraude es el engaño intencionado o la tergiversación hecha por una persona con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para ella o alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituye fraude de conformidad con las leyes federales o estatales aplicables. (42 CFR §455.2)

Despilfarro

El despilfarro es el gasto de atención médica que podemos eliminar sin reducir la calidad de la atención.

Abuso

El abuso es una práctica que no es coherente con prácticas sólidas fiscales, comerciales o médicas. Esto conlleva un costo innecesario para el programa Medicaid, un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente para la atención médica. También incluye las prácticas de los beneficiarios que producen costos innecesarios para el programa Medicaid. (42 CFR §455.2)

Nuestro plan de fraude, despilfarro y abuso apoya a Molina, sus empleados, miembros, proveedores, pagadores y reguladores. El plan ayuda a aumentar la eficiencia, reducir el despilfarro y mejorar la calidad de los servicios.

- Nos tomamos muy en serio la prevención, detección e investigación de fraude, despilfarro y abuso.
- Cumplimos con las leyes estatales y federales.
- Investigamos todos los casos sospechosos de fraude, despilfarro y abuso. Los denunciaremos rápidamente a las agencias del gobierno cuando es necesario.
- Tomamos las medidas disciplinarias correspondientes. Esto puede incluir la finalización del empleo, el estado del proveedor o la membresía.
- Puede denunciar posibles fraudes, despilfarros y abusos sin darnos su nombre.

Entre los ejemplos de fraude, despilfarro y abuso en la atención médica por parte de un miembro o proveedor se incluyen los siguientes:

De parte de un miembro:

- Usar la tarjeta del seguro de salud de otra persona.
- Falsificar o alterar una receta.
- Dar información engañosa.
- Omitir información en una solicitud de cobertura de atención médica, lo que incluye dar intencionadamente información incorrecta para obtener beneficios.

De parte de un proveedor:

- Falsificar documentos para obtener el pago de servicios.
- Alterar registros para obtener el pago de los servicios.
- Facturar servicios o bienes no prestados al miembro.
- **Desvinculación:** cuando un proveedor factura partes del servicio por separado cuando deberían haber sido facturadas como un solo servicio
- **Códigos fraudulentos:** cuando un proveedor factura por una atención compleja cuando no es compleja.
- Facturación por servicios que no son médicamente necesarios.
- Facturación por más unidades que lo que se proporcionó.

- **Facturación del saldo:** pedirle al miembro que pague la diferencia entre lo que Molina pagó al proveedor frente a lo que el proveedor le facturó a Molina.
- **Comisiones ilegales o sobornos:** solicitar o recibir conscientemente o recibir pagos de sobornos o coimas a cambio de la remisión de miembros de Medicare o Medicaid.
- **Infracción de la Ley Stark:** remitir a los pacientes de Medicare o Medicaid de manera consciente y voluntaria a los centros de atención médica con los que el proveedor remitente tiene una relación financiera.

A continuación, le ofrecemos algunas maneras en las que puede ayudar a detener el fraude:

- No entregue su tarjeta de identificación del miembro, su tarjeta de identificación médica ni su número de identificación a ninguna otra persona. Solo debe dárselos a un proveedor de atención médica, una clínica o un hospital cuando reciba atención. También debe hacer lo siguiente:
 - Nunca preste a nadie su tarjeta de identificación de miembro.
 - Nunca firme un formulario de seguro en blanco.
 - Tenga cuidado al dar su número de Seguro Social.

Cómo denunciar

Cómo denunciar sospechas de fraude, despilfarro y abuso

Para denunciar sospechas de fraude, despilfarro y abuso o negligencia en el programa Medicaid de Nebraska, utilice una de las siguientes opciones:

- Llame a la línea de alerta de Molina Healthcare al **(866) 606-3889**.
- Complete un formulario de denuncia en línea en MolinaHealthcare.alertline.com.

Direcciones para denunciar:

Fraude de un proveedor de Medicaid

Medicaid Fraud and Patient Abuse Unit
1221 N Street, Suite 500, Lincoln, NE 68509-8920

Teléfono: **(402) 471-3549** o al número gratuito **(800) 727-6432**

Correo electrónico: ago.medicaid.fraud@nebraska.gov

Autodeclaración de proveedores de Medicaid

Nebraska Medicaid Program Integrity
PO Box 95026, Lincoln, NE 68509

Teléfono: **(877) 255-3092**

Correo electrónico: DHHS.MedicaidProgramIntegrity@nebraska.gov

En línea: dhhs.ne.gov/Pages/Program-Integrity.aspx

Fraude con clientes de Medicaid: Unidad de Investigaciones Especiales

Teléfono: **(402) 595-3789**

Correo electrónico: Investigations.SIU@dhhs.ne.gov

Quejas y apelaciones

Quejas

Las quejas son reclamos que usted o alguien que usted elija para que lo ayude le presentan a Molina.

Las quejas pueden ser sobre la forma en que su proveedor o Molina manejaron sus servicios de atención médica. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:

- Descortesía de un proveedor o empleado.
- Calidad inaceptable en su atención o en el trato recibido.
- No respetar sus derechos como miembro.
- Plazo excesivo para autorizar decisiones.
- Cualquier otro problema que tenga para obtener atención médica.

Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja ante Molina en cualquier momento. Tenemos un formulario de apelaciones y quejas que puede usar para presentar su queja y proporcionar la información que necesitamos. El formulario de apelaciones y quejas está disponible al final de este manual, en el sitio web de Molina y en línea dentro de su portal para miembros.

Puede elegir a alguien que lo ayude a presentar una queja. Use el formulario de designación de representante (AOR) para dar su consentimiento por escrito para permitir que alguien presente una queja en su nombre. El formulario AOR está disponible al final de este manual, en el sitio web de Molina y en línea dentro del portal para miembros.

Para presentar una queja, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicios para Miembros** al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**
- **Correo postal:**
Molina Healthcare of Nebraska, Inc.
Appeals & Grievances
PO Box 182273, Chattanooga, TN 37422
- **Envíela por fax** al: **(833) 635-2044**
- **Correo electrónico:** MolinaHC.NE.AnG@MolinaHealthcare.com

Qué esperar cuando presenta una queja

Una vez que haya presentado su queja, Molina le comunicará que la hemos recibido y que estamos trabajando en ella en un plazo de diez (10) días calendario. Molina resolverá la queja lo antes posible, pero no más de noventa (90) días calendario a partir de la fecha en que recibimos su queja. Molina le informará el resultado de su queja por escrito.

Apelaciones

Puede solicitar una apelación para que revisemos una decisión que hayamos tomado sobre un servicio denegado, reducido o limitado. Algunos ejemplos de apelaciones serían los siguientes:

- Denegación total o parcial de un servicio solicitado.
- Un servicio previamente aprobado ha dejado de prestarse.

Una denegación se produce cuando no aprobamos o pagamos un servicio que usted o su médico han solicitado. Cuando denegamos un servicio, le enviaremos una carta para informarle los motivos por los que denegamos el servicio solicitado.

Esta carta es el aviso oficial de nuestra decisión y se denomina **determinación adversa de beneficios**. Le informará sobre sus derechos y sobre cómo solicitar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Debe enviar su apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta de denegación.

Puede apelar la decisión o también puede designar a una persona para que presente una apelación en su nombre. Esto se denomina representante autorizado. Un representante autorizado puede ser su proveedor, un familiar, un amigo o incluso un abogado. Si alguien va a presentar una apelación en su nombre, debe tener su consentimiento por escrito. Si necesita ayuda para presentar su apelación, puede llamar a Servicios para Miembros y nosotros lo ayudaremos a completar los pasos para presentar una apelación. Puede apelar nuestra decisión por escrito o por teléfono comunicándose con Servicios para Miembros al **(844) 782-2018 (TTY: 711)**. También puede presentar una apelación por:

- **Correo postal:**
Molina Healthcare of Nebraska, Inc.
Attn: Appeals & Grievances
PO Box 182273, Chattanooga, TN 37422
- **Fax:** **(833) 635-2044**
- **Correo electrónico:** MolinaHC.NE.AnG@MolinaHealthcare.com

Encontrará un formulario de apelación y un formulario de representante autorizado en su carta de denegación y en línea en MolinaHealthcare.com. Molina ofrece solo un (1) nivel de apelación para los miembros.

Qué esperar cuando presenta una apelación

Una vez que haya presentado su apelación, Molina le informará que recibimos su apelación y que estamos trabajando en ella en un plazo de diez (10) días calendario. Molina resolverá la apelación lo antes posible, pero no más de treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que recibimos su apelación. Molina le informará por escrito el resultado de su apelación.

Apelaciones aceleradas (rápidas)

Si considera que esperar 30 días calendario pone su salud en peligro, puede solicitar una apelación acelerada (rápida). Es posible que necesite una decisión acelerada si el hecho de no recibir el tratamiento causará lo siguiente:

- Riesgo de problemas graves de salud o muerte
- Cualquier problema grave con el corazón, el cerebro, los pulmones u otras partes del cuerpo
- Cualquier problema grave en su salud mental

Cuando presente la apelación por teléfono, correo o fax, avísenos si considera que necesita una apelación acelerada. Enviaremos su solicitud para su revisión. Si su apelación necesita una revisión acelerada, se tomará una decisión tan pronto como su estado de salud lo requiera y en el plazo de 72 horas. Durante una apelación acelerada, tendrá menos tiempo para proporcionarnos información que respalde su apelación. Por este motivo, asegúrese de incluir cualquier información que respalde su apelación cuando nos la envíe. Si su apelación no cumple con las condiciones para una revisión acelerada, se lo informaremos.

Si considera que necesita una decisión acelerada sobre la apelación, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **844-782-2018 (TTY: 711)** de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro (CT), de lunes a viernes.

Audiencias justas estatales

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación, o si nuestra decisión de apelación no se tomó dentro de los plazos requeridos de 30 días (para apelaciones estándar) o 72 horas (para apelaciones aceleradas), tiene otra opción. Puede solicitar una audiencia justa estatal ante el DHHS.

Debe haber completado el proceso de apelación ante nosotros antes de poder solicitar una audiencia justa estatal. Usted o un representante autorizado que tenga su consentimiento por escrito pueden solicitar una audiencia justa estatal en su nombre. Esto debe realizarse en el plazo de 120 días a partir de la fecha de la carta enviada con nuestra decisión sobre su apelación.

Puede solicitar una audiencia justa estatal por escrito a la siguiente dirección:

MLTC Appeal Coordinator, PO Box 94967, Lincoln, NE 68509-4967

Su solicitud de audiencia justa estatal debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe hacerse por escrito y especificar el motivo de la solicitud.
- Debe incluir su nombre, dirección y número de teléfono.
- Debe indicar la fecha de servicio o el tipo de servicio que se denegó.
- Debe incluir el nombre de su proveedor.

Una audiencia justa del estado es un proceso legal. Entre los asistentes a la audiencia figuran los siguientes:

- Usted.
- Su representante aprobado (si usted ha elegido uno).
- Un representante de Molina.
- Un funcionario de audiencias de MLTC.

También puede solicitar que se realice una audiencia justa estatal por teléfono. En la audiencia justa estatal, le explicaremos los motivos por los que tomamos nuestra decisión. Usted o su representante autorizado le explicarán al funcionario de la audiencia por qué creen que hemos tomado una decisión equivocada. El funcionario de la audiencia decidirá si nuestra decisión fue correcta o incorrecta. El funcionario de la audiencia le notificará la decisión por escrito.

Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia justa estatal

Continuaremos ofreciéndole sus beneficios cuando una apelación o audiencia justa estatal esté pendiente si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que figura en el aviso de Molina en el que se denegó su solicitud de servicio.
- La apelación o la solicitud de audiencia justa estatal está relacionada con la finalización, suspensión o reducción de los servicios que anteriormente estaban autorizados para usted.
- Los servicios fueron solicitados por un médico autorizado de Molina.
- El período cubierto por la autorización original no ha finalizado.
- La solicitud de continuación de los beneficios se presenta de la siguiente manera:
 - Dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que le enviamos la **determinación adversa de beneficios.**
 - O bien**
 - Antes de la fecha de entrada en vigencia del aviso.

Si se cumplen las condiciones anteriores, sus beneficios deben continuar hasta que ocurra una de las siguientes:

- Usted solicite interrumpir la apelación o la audiencia justa estatal.
- Usted no solicite una audiencia justa estatal en el plazo de 10 días a partir de la fecha de la carta de Molina en la que se le notifica nuestra decisión.

- La autorización para los servicios expire o se cumplan los límites.
- La decisión de la audiencia justa estatal sea denegar su solicitud.

Recuerde: si sigue recibiendo un servicio durante el proceso de apelación o la audiencia justa estatal y pierde la apelación, es posible que sea responsable del costo de los servicios que recibió.

Aviso sobre las prácticas de privacidad

MOLINA HEALTHCARE OF NEBRASKA, INC.

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

Molina Healthcare of Nebraska, Inc. (“Molina”, “nosotros” o “nuestros”) utiliza y comparte información de salud protegida sobre usted para proporcionar sus beneficios de salud como miembro de Molina. Usamos y compartimos su información para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También usamos y compartimos su información por otros motivos permitidos y requeridos por la ley. Tenemos el deber de mantener privada su información médica y de cumplir con los términos de este Aviso. La fecha de entrada en vigencia de este aviso es el 1 de octubre de 2023.

PHI significa “información de salud protegida” (protected health information). La PHI es información de salud que incluye su nombre, número del miembro u otros identificadores, y que Molina usa o comparte.

¿Por qué Molina usa o comparte su PHI?

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

Para tratamientos

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

Para pagos

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

Para operaciones de atención médica

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

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

- Mejorar la calidad.
- Acciones en los programas de salud para ayudar a los miembros con ciertas afecciones (como asma).

- Realizar o coordinar revisiones médicas.
- Servicios legales, incluidos programas de detección y enjuiciamiento de fraude y abuso.
- Acciones para ayudarnos a obedecer las leyes.
- Abordar las necesidades de los miembros, incluida la resolución de reclamos y quejas.

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

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

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

Requerido por ley

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

Salud pública

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

Auditoría de atención médica

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

Investigación

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

Procedimientos legales o administrativos

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

Cumplimiento de la ley

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

Salud y seguridad

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

Funciones gubernamentales

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

Víctimas de maltrato, abandono o violencia doméstica

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

Indemnización laboral

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

Otras divulgaciones

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

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

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para un propósito distinto de los que se mencionan en este Aviso. Molina necesita su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente:

(1) la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones con fines de mercadeo; y (3) usos y divulgaciones que implican la venta de PHI. Puede cancelar una aprobación por escrito que nos haya proporcionado. Su cancelación no se aplicará a las acciones que ya hayamos tomado debido a la aprobación que ya nos dio.

¿Cuáles son sus derechos de información sobre la salud?

Tiene derecho a lo siguiente:

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

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

- **Solicitar comunicaciones confidenciales de PHI**

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

- **Revisar y copiar su PHI**

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

- **Modificación de su PHI**

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

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

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

- Para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- A las personas acerca de su propia PHI.
- Si se compartió con su autorización.
- Debido a un incidente de uso o divulgación permitido o requerido de alguna manera por la ley correspondiente.
- PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o con fines de inteligencia.

- Como parte de una serie de datos limitados de acuerdo con la ley correspondiente.

Obtenga una copia aparte de este Aviso

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

Puede hacer cualquiera de las solicitudes indicadas anteriormente o puede obtener una copia impresa de este Aviso. Llame a Servicios para Miembros al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de Molina.

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

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

Puede presentar un reclamo ante nosotros de los siguientes modos:

- Llame a Servicios para Miembros al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.
- Escriba a Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

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

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

Teléfono: **(800) 368-1019**, TTY: **(800) 537-7697**, Fax: **(202) 619-3818**

No vamos a conservar nada en su contra. Su acción no modificará de ninguna manera su atención.

¿Cuáles son los deberes de Molina?

Molina debe cumplir con lo siguiente:

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

Este aviso está sujeto a cambios

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

Aviso de no discriminación

Molina Healthcare de Nebraska cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables que se relacionan con los programas de atención médica y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, religión o estado civil.

Para ayudarlo a hablar con nosotros de manera efectiva, Molina Healthcare de Nebraska ofrece servicios gratuitos:

1. Ayuda y servicios para personas con discapacidades, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas.
 - Material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, Braille).
2. Servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen conocimientos limitados del inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Material escrito traducido a su idioma.
 - Material escrito de manera sencilla y en un lenguaje fácil de entender.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina de Nebraska al **(844) 782-2018** o **(TTY/TDD: 711)**.

Si usted considera que Molina lo ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, religión o estado civil, puede presentar una queja. Puede presentar una queja personalmente, por correo postal, fax, correo electrónico, en línea o por teléfono. Si necesita ayuda para escribir su queja, lo ayudaremos. Llame a nuestro coordinador de derechos civiles al **(866) 606-3889 (TTY/TDD: 711)** o envíe su queja a:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

Fax: **(833) 598-3002**

Correo electrónico: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com

Sitio web: MolinaHealthcare.Alertline.com

También puede presentar un reclamo (queja) de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en línea a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo postal o teléfono a:

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

Teléfono: **(800) 368-1019**

TTY/TDD: **(800) 537-7697**

Formularios

1. **Formulario de apelación del DHHS:** use este formulario para solicitar una audiencia justa estatal.
2. **Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida (PHI):** use este formulario para dar permiso a Molina para divulgar su PHI a personas u organizaciones aprobadas.
3. **Formulario de queja/apelación:** use este formulario para presentar una queja o apelación.
4. **Formulario de designación de representante autorizado:** use este formulario para designar un representante autorizado.

Entiendo que puedo seguir recibiendo mi nivel actual de asistencia en espera de la decisión de mi apelación, si mi apelación se presenta dentro de los diez (10) días de mi aviso de acción adversa. También comprendo que los beneficios deben ser reembolsados a partir de futuras ayudas o reembolsados al Departamento de Salud y Servicios Humanos directamente, si la decisión de la apelación no es a mi favor.

Si no desea continuar con su asistencia hasta que se tome la decisión sobre la apelación, indíquelo en la casilla correspondiente.

Al marcar esta casilla, entiendo que mi asistencia se interrumpirá o reducirá hasta que se tome una decisión sobre la apelación.

Nota: Si la casilla no está marcada, se mantendrá el nivel actual de beneficios.

Por lo tanto, apelo al director de Salud y Servicios Humanos para que se revise este asunto y se celebre una audiencia, si es necesario, de conformidad con la ley.

(Firma del solicitante)

(Fecha)

(Dirección o número de apartado postal)

(Ciudad, estado, código postal)

(Número de teléfono)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR SOLICITUD DE AUDIENCIA JUSTA

ENCABEZADO

Oficina local: escriba el nombre de la oficina local de residencia del solicitante (beneficiario) y el número de expediente en los lugares correspondientes. Escriba la fecha de recepción del aviso y la petición en la oficina local.

CUERPO DEL FORMULARIO

1. Acción o inacción: escriba una de las siguientes frases: “Aprobación de la solicitud”, “Denegación de la solicitud”, “Aumento del pago”, “Disminución del pago”, “Interrupción del pago”, “No actuar con una prontitud razonable”.
2. Nombre y dirección: escriba el nombre y la dirección del solicitante (beneficiario).
3. Tipo de ayuda: escriba el tipo de asistencia: Adultos mayores, ciegos o discapacitados (AABD), Ayuda a niños dependientes (ADC), Servicios para niños y familias (CFS), asistencia médica (MA), programa de cupones de alimentos (FSP), distribución de productos básicos (CD), niños con discapacidad médica (MHC), asistencia de emergencia (EA), programa de asistencia de energía de bajos ingresos (LIEAP) y programa de reasentamiento de refugiados (RRP).
4. Nombre: indique el nombre de la persona que presenta la apelación de la acción, (que puede ser el solicitante, el beneficiario, el tutor, el custodio, el representante del solicitante o un contribuyente).
5. Fecha: escriba la fecha de entrada en vigencia (primer día del mes de entrada en vigencia de la medida) de la decisión de la oficina local u otro funcionario contra el que apela el peticionario. Si el motivo de la apelación es “no actuar con una prontitud razonable”, marque el casillero adecuado ().
6. El motivo de la apelación: escriba el motivo concreto por el que apela la decisión de la oficina local u otro funcionario.

FIRMAS Y FECHAS

La persona que presenta la apelación debe firmar el formulario, escribiendo la fecha y su dirección.

PROCEDIMIENTOS PARA UNA AUDIENCIA JUSTA

1. Este formulario debe completarse por triplicado. La solicitud de una audiencia justa también puede realizarse en forma de una simple carta o solicitud por escrito a los Servicios Legales: Hearing Section, P.O. Box 98914, Lincoln, Nebraska 68509-8914. La solicitud debe realizarse por escrito.
2. Si la solicitud se hace en este formulario (DA-6,) una copia se envía al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, Sección de Servicios Legales-Audiencia, una copia a la oficina local apropiada, y la tercera copia la retiene la persona que apela.
3. La persona que presenta la apelación es notificada por el director o su representante sobre la fecha y el lugar de audiencia.
4. El director o su representante celebran la audiencia. Tanto la persona que presenta la apelación como el estado pueden solicitar la presencia de testigos.
5. El funcionario de audiencias elaborará un informe completo de esta audiencia para el director del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.
6. La decisión escrita del director del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska se transmite tanto a la persona que apela como a la oficina local correspondiente.



Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida

Nombre del miembro: _____ Número de identificación del miembro: _____

Dirección del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad/estado/código postal: _____ Número de teléfono: _____

Por el presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud protegida (PHI) según se describe a continuación.

1. Personas u organizaciones autorizadas a utilizar o divulgar la información de salud protegida:

2. Nombres y direcciones de personas u organizaciones autorizadas a recibir o utilizar la información de salud protegida: (escriba en letra de imprenta)

3. Descripción específica de la información de salud protegida que puede utilizarse o divulgarse:

4. **Divulgación que requiere aprobación específica:** Sé que mis registros pueden PHI sobre pruebas, diagnósticos o tratamientos del VIH/SIDA, de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), del abuso de alcohol y drogas, de la dependencia química o de salud mental. Le permitiré a Molina Healthcare divulgar o volver divulgar toda y cualquier información de este tipo, excepto la información que señalo con mis iniciales a continuación.

No quiero que se comparta la información sobre mi atención médica relativa a pruebas, diagnósticos o tratamientos por los siguientes motivos:

VIH/SIDA; Otras ETS; Abuso de alcohol y drogas/dependencia química; Salud mental

5. La información de salud protegida se utilizará o divulgará para:

6. Entiendo lo siguiente:

- a) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Puedo hacerlo informándole a Molina Healthcare por escrito o verbalmente. Este derecho no se aplica a las acciones que ya tomó Molina Healthcare debido a esta autorización.
- b) Sé que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar. Si me niego a firmar esto, no afectará mi Tratamiento
Pago o
Inscripción o elegibilidad para mis beneficios
- c) Sé que la PHI que autorizo a recibir a una persona o entidad puede volver a divulgarse. Sé que los gobiernos estatales y federales pueden no proteger esta PHI. Consulte a continuación el “Aviso a los destinatarios de la información sobre el abuso de alcohol y drogas”.
- d) Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

7. Esta autorización expira a los 90 días de la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario a continuación.

Esta autorización vence [el /en] _____

Firma del miembro o del representante personal del miembro	Fecha
--	-------

Nombre del representante personal, si corresponde (escriba en letra de imprenta): _____

Relación con el miembro: Padre/madre Tutor legal* Titular del poder legal*

Otros Describa: _____

Descripción de la autoridad del representante personal para actuar en nombre del miembro (escriba en letra de imprenta):

* Adjunte documentación legal si usted es el tutor legal o el titular de un poder notarial para decisiones de atención médica.

Se le proporcionará una copia de este formulario firmado, si la autorización fue solicitada por Molina Healthcare.

AVISO A LOS RECEPTORES DE INFORMACIÓN SOBRE EL ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS
Esta información se le ha facilitado a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (sección 42 del CFR, Parte 2). Las Reglas Federales prohíben que usted divulgue esta información a otros, a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien se refiere, o según lo permitido por el Artículo 42 del CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este fin. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o procesar a cualquier paciente que abuse de alcohol o drogas.



Consulte la información sobre “Cómo presentar una apelación o queja” en la segunda página de este formulario.

Parte I. Información del miembro

Primer nombre del miembro: _____ Apellido del miembro: _____

N.º de identificación del miembro: _____ Fecha de nacimiento del miembro: _____

Dirección del miembro: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

N.º de teléfono del miembro: _____

Parte II. Información sobre la apelación o queja

Cuéntenos sobre su apelación o queja. Proporcione toda la información que tenga. Si presenta una apelación, tiene 60 días desde el día en que recibe la carta sobre una decisión adversa. Agregue otra hoja de papel a este formulario si necesita más espacio.

Parte III. Relación con el miembro

* Se nos deben proporcionar los documentos que demuestren la tutela legal o poder legal.

Uno mismo Padre/madre Otro, especifique: _____

Tutor* Poder legal* _____

Firma del miembro: _____ Fecha de hoy: _____



Cómo presentar una apelación o queja:

1. Este formulario nos proporciona la información necesaria para ayudarle con su apelación o queja. Complete cada parte de este formulario. Describa el o los problemas con el mayor detalle posible. Incluya su firma.
 2. Escriba de forma clara y en **letra de imprenta**.
 3. Si tiene información que desea incluir con este formulario, adjunte copias (no enviar originales). Algunos ejemplos de información que debe incluir podrían ser una copia de una factura que recibió de un médico o de una historia clínica.
 4. Puede presentar información personalmente. Para hacerlo, llame a nuestra Línea de Ayuda de Servicios para Miembros al 1-844-782-2018.
 5. Podemos ayudarlo a escribir su solicitud y podemos ayudarlo en el idioma que hable. Si necesita servicios por dificultad auditiva, puede llamar a nuestra línea TTY/TTD al 711.
 6. Si usted es un tutor legal o tiene un poder legal para presentar una apelación o queja en nombre de nuestro miembro, debe enviarnos documentos que lo demuestren.
 7. Si es mayor de 18 años, puede solicitar que otra persona presente su apelación o queja en su nombre con su consentimiento por escrito. Esto se denomina representante autorizado. Su representante autorizado puede ser su proveedor, un familiar, un amigo e incluso un abogado.
 - Para dar su consentimiento por escrito, use el Formulario de Designación de Representante (AOR) adjunto.
 8. Usted o alguien que haya elegido para que actúe en su nombre puede revisar su expediente de apelación antes o durante el proceso de apelación. Su expediente de apelación incluye todas sus historias clínicas y cualquier otro documento relacionado con su caso. Puede solicitar esto llamando a nuestra Línea de Ayuda de Servicios para Miembros al 1-844-782-2018.
 9. Envíe este formulario completado y cualquier información adicional relacionada con su apelación o queja a:
- Molina Healthcare of Nebraska
Appeal and Grievance Unit
P.O Box 182273
Chattanooga, TN 37422
Fax: 1-833-635-2044
10. También puede presentar su apelación o queja a través del Portal My Molina.
 11. Le informaremos por escrito que recibimos su apelación o queja en un plazo de 10 días calendario. Si presentó una apelación acelerada (rápida), recibirá un aviso por escrito en un plazo de 72 horas.

Gracias por utilizar el proceso de quejas y apelaciones de Molina Healthcare de Nebraska.

Formulario de Designación de Representante (AOR) del miembro

Parte I. Información del miembro

Primer nombre del miembro: _____ Apellido del miembro: _____

N.º de identificación del miembro: _____ Fecha de nacimiento del miembro: _____

Parte II. Información del representante autorizado

Nombre: _____ Apellido: _____

N.º de teléfono: _____ Relación con el miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Parte III. Designación de representante

Yo, _____, acepto nombrar
(nombre del miembro)

_____ como mi representante autorizado
(nombre del representante)

durante mi apelación o queja sobre _____
(problema específico)

Entiendo que este es mi consentimiento por escrito para que el representante mencionado actúe en mi nombre durante la apelación o queja, y que mi información de salud personal relacionada con mi apelación o queja podría entregarse a mi representante autorizado.

Entiendo que mi representante autorizado puede presentar solicitudes o brindar información a Molina relacionada con mi apelación o queja, que puede incluir información de salud personal.

Firma del miembro: _____ Fecha de hoy: _____

Firma del representante: _____ Fecha de hoy: _____

Formulario de designación de representante (AOR)

Nombre del miembro:

**Número de identificación del
miembro de Molina**

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

Acepto designar a _____ (nombre y dirección) para que sea mi representante en una queja o una apelación por _____ (problema específico).

Autorizo a esta persona a hacer o dar cualquier solicitud o aviso; presentar o pruebas; obtener información, incluida, sin limitación, la divulgación de información pasada, presente o futura: Los resultados de las pruebas del VIH, el tratamiento por abuso de alcohol y drogas, la información sobre pruebas y evaluaciones psicológicas/psiquiátricas y cualquier otra información relativa a diagnósticos, tratamientos o afecciones médicas; y a recibir cualquier aviso relacionado con mi queja/apelación pendiente.

FIRMA (miembro)

DIRECCIÓN

**NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO
DE ÁREA)**

FECHA

ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN

Yo, _____, acepto por medio de la presente la designación indicada anteriormente. Certifico que no he sido sospechoso ni se me ha prohibido ejercer ante la Administración del Seguro Social; que no estoy inhabilitado, como funcionario o empleado actual o anterior de los Estados Unidos, para actuar como representante del reclamante; que no cobraré ni recibiré honorarios por la representación a menos que hayan sido autorizados de conformidad con las leyes y reglamentos.

Soy un/una _____
(Abogado, representante del sindicato, pariente, etc.)

FIRMA (miembro)

DIRECCIÓN

**NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO
DE ÁREA)**

FECHA

