

Bienvenido(a) a
Molina
Healthcare.



Nevada (Medicaid y el Programa Nevada Check Up)





Non-Discrimination Notification
Molina Healthcare of Nevada
Medicaid

Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de edad, color de piel, discapacidad, nacionalidad de origen (incluido el dominio limitado del inglés), raza o sexo. La discriminación por razón de sexo incluye las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales.

Para ayudarle a comunicarse con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Molina Healthcare realiza las modificaciones pertinentes y proporciona ayuda y servicios apropiados a las personas con discapacidades. Estos incluyen: (1) Intérpretes calificados (incluidos intérpretes calificados en lenguaje de señas). (2) Materiales escritos en otros formatos, como en letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema braille.
- Molina Healthcare ofrece servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen un nivel básico de inglés. Estos incluyen: (1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina llamando al 1-833-685-2102 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora local.

Si considera que le hemos discriminado por edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles. Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, le ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas en nuestro sitio web: molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx

Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al 1-866-606-3889, TTY/TDD: 711 o enviar su queja a:

Civil Rights Unit

200 Oceangate

Long Beach, CA 90802

Correo electrónico: civil.rights@molinahealthcare.com

molinahealthcare.Alertline.com

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, en línea a través del Portal de Quejas de la Office for Civil Rights en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Los formularios de quejas están disponibles aquí: hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf

También puede enviarlo a un sitio web a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o llamar al (800) 368-1019, TTY (800) 537-7697.

Distributed by Molina Healthcare of Nevada, Inc. (Molina). To get this information in other languages and accessible formats, please call Member Services. This number is on the back of your Member ID card. You can get this information free in formats like large print, braille, or audio. Call (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711), Monday - Friday, 8 a.m. to 6 p.m., PT. Molina complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

Distribuido por Molina Healthcare of Nevada, Inc. (Molina). Para obtener esta información en otros idiomas y formatos accesibles, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Este número telefónico se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación del miembro. Puede solicitar esta información sin costo alguno en otros formatos, como letra grande, sistema braille o audio. Llame al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Pacífico. Molina cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

¡Gracias por elegir Molina Healthcare!

Desde que nuestro fundador abrió su primera clínica en 1980, nuestra misión ha sido brindar atención médica de calidad a todos. Estamos aquí para usted. Hoy, como siempre, tratamos a nuestros Miembros como nuestra familia.

Molina Healthcare trabaja con la Division of Welfare & Supportive Services (DWSS) y con la Division of Healthcare Financing and Policy (DHCFP) de Nevada. Brindamos servicios de salud para el programa Nevada Check Up y Nevada Medicaid. Junto con su médico, ayudamos a administrar su atención y su salud. Nuestro trabajo es asegurarnos de que usted reciba la atención y los servicios que necesita. Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta.

ESTE MANUAL NO ES UN CERTIFICADO DE SEGURO Y NO SE DEBE INTERPRETAR COMO EVIDENCIA DE LA COBERTURA DE SEGURO ENTRE EL CONTRATISTA Y EL MIEMBRO

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

Su membresía (pág. 7)

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

Su proveedor (pág. 13)

- Encuentre un proveedor
- Programe su primera consulta
- Servicios de intérprete

Sus beneficios (pág. 19)

- Red Molina
- Servicios de idiomas
- Pautas para las citas
- Consultas al proveedor de atención primaria (PCP)
- Devoluciones de llamadas después del horario de atención
- Cuidado en el embarazo y al bebé recién nacido
- Servicios cubiertos
- Servicios no cubiertos
- Servicios cubiertos por Nevada Medicaid
- Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT)
- Servicios de EPSDT cubiertos
- Programación y evaluación preventiva periódica
- Segundas opiniones
- Servicios de la vista
- Medicamentos cubiertos

NOTA: Si tiene problemas para leer o comprender esta o cualquier otra información de Molina Healthcare, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102, TTY/TDD: 711). Podemos explicarle en inglés o en su idioma principal. Es posible que contemos con la información impresa en otros idiomas. Puede solicitarla en sistema Braille, letra grande o audio. Si tiene una discapacidad auditiva o visual, podemos brindarle ayuda especial.

Sus beneficios adicionales (pág. 33)

- Aplicación móvil de Molina
- Programas de educación para la salud e incentivos.
- Recompensas del embarazo
- Transporte
- Administración de casos
- Recursos comunitarios

Su póliza (pág. 49)

- Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)
- Cómo obtener atención especializada y remisiones
- Proveedor fuera de la red
- ¿Qué es una emergencia?
- Posestabilización
- Medicamentos cubiertos
- Acceso a la salud conductual
- Servicios de salud mental y contra el abuso de sustancias
- Servicios hospitalarios
- Pagos y facturas
- Primas de Nevada Check up
- Elegibilidad e inscripción/Cancelación de inscripción
- Renovación de beneficios
- No discriminación
- Quejas y apelaciones
- Derechos y responsabilidades de los miembros
- Directivas anticipadas
- Objeción individual e institucional
- Fraude y abuso
- Privacidad de los miembros
- Definiciones y terminología importante para miembros

La atención médica es un viaje y usted se encuentra en el camino correcto:



1. Revise su kit de bienvenida

Su kit de bienvenida contiene información sobre los servicios y beneficios que tiene a su disposición. Si desea más información, póngase en contacto con nosotros.



2. Revise su tarjeta de identificación del miembro.

Debería haber recibido su tarjeta de identificación de Molina Healthcare. Confirme que sus datos son correctos. Hay una para usted y una para cada miembro de su familia inscrito en Molina. Llévela con usted en todo momento. Si aún no ha recibido la tarjeta de identificación, visite [MiMolina.com](https://www.mimolina.com) o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102



3. Regístrese en MiMolina

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



4. Hable sobre su salud

Adjunto encontrará un formulario de Salud para que para cada miembro de su familia que tenga cobertura de Medicaid o Nevada Check Up lo complete. Esto nos ayudará a identificar cómo brindarle la mejor atención posible. Avísenos si su información de contacto cambió. Utilice el sobre prepagado adjunto para enviarnos los formularios por correo.



5. Conozca a su PCP

PCP significa proveedor de atención primaria, por sus siglas en inglés. Será su proveedor de atención médica personal. Para elegir o cambiar su PCP, visite [MiMolina.com](https://www.MiMolina.com) o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102.



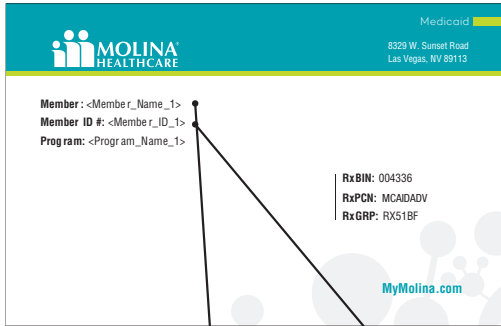
6. Conozca sus beneficios

Con Molina, usted tiene cobertura de salud y servicios adicionales gratis. Ofrecemos educación para la salud gratuita. Y personas dedicadas a su salud.

Su membresía

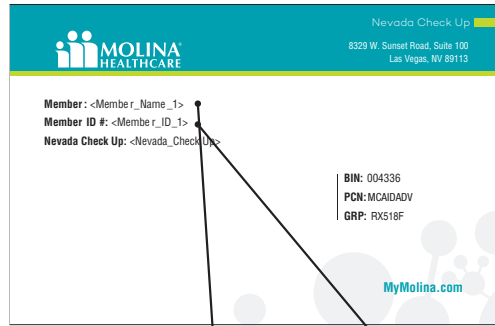
Tarjeta de identificación

Hay una tarjeta de identificación para cada miembro.



Su nombre

Su número de identificación de miembro (N.º de ID)

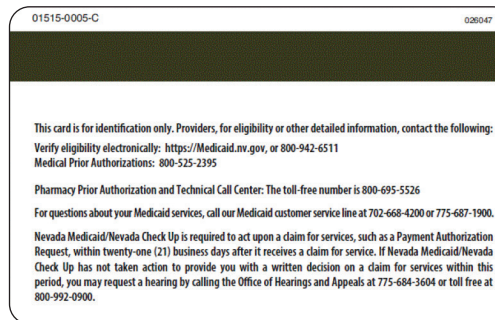
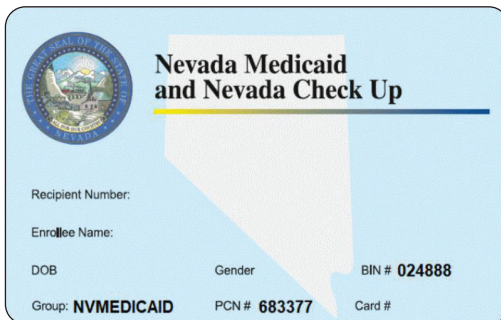


Su nombre

Su número de identificación de miembro (N.º de ID)

El estado le expedirá y enviará por correo su tarjeta de identificación de Medicaid.

Cuando asista a sus citas médicas, lleve esta tarjeta y la tarjeta de identificación de Molina con usted.



Usted necesita su tarjeta de identificación de Molina para realizar lo siguiente:



Ver a su proveedor, especialista u otro proveedor



Ir a un hospital



Ir a una sala de emergencias



Obtener suministros médicos o recetas médicas



Recibir atención de urgencia



Realizarse exámenes médicos

Referencia rápida

Necesidad

Emergencia

- Una emergencia se debe atender con la mayor celeridad.
- No necesita aprobación en caso de emergencia.
- Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Acción

Llame al 911

Si considera que tiene una afección de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia más cercana. Una emergencia incluye las siguientes situaciones:

- Fracturas graves.
- Dolor en el pecho.
- Dificultad para respirar.
- Sangrado excesivo.
- Crisis epilépticas o convulsiones.

Acceso en línea

- Buscar un proveedor o cambiar el suyo.
- Actualizar su información de contacto.
- Solicitar una tarjeta de identificación.
- Recibir recordatorios de atención médica.
- Controlar las visitas al consultorio.
- Buscar beneficios y servicios.

Ingrese a MiMolina.com y regístrese.

Encuentre un proveedor en el siguiente enlace:
MolinaHealthcare.com/ProviderSearch

Cómo obtener atención

- Atención de urgencias.
 - Enfermedades leves.
 - Lesiones leves.
- Exámenes físicos y chequeos médicos.
- Cuidados preventivos.
- Inmunizaciones (vacunas).
- Síntomas de resfriado o gripe.
- Heridas que pueden requerir sutura.
- Esguinces, torceduras o hematomas profundos.
- Dolor de garganta.
- Dolor de oído.
- Gastroenteritis viral.

Los detalles de su plan

- Preguntas sobre su plan.
- Preguntas sobre programas o servicios.
- Problemas con la tarjeta de identificación.
- Servicios de idiomas.
- Transporte de emergencia.
- Ayuda con sus consultas.
- Cuidado prenatal.
- Consultas preventivas con el PCP u obstetra/ginecólogo.

Cambios o eventos de la vida

- Mudanza.
- Cambio de nombre/dirección.
- Embarazo.
- Casamiento/divorcio.
- Nacimiento de un bebé.
- Cambio en su cobertura médica.

Llame a su médico:

Nombre y teléfono

Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas

(833) 685-2104
(TTY/TDD: 711)

Un miembro del personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Centros de atención de urgencias

Busque un proveedor o un centro de atención de urgencias

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

Departamento de Servicios para Miembros

(833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

De lunes a viernes,
de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Servicios de transporte que no sean de emergencia prestados por MTM:

(844) 879-7341

Los miembros de Nevada Check Up no son elegibles para acceder a los servicios de transporte que no sean de emergencia.

Departamento de Servicios para Miembros

(833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

División de Medicaid de Nevada
(877) 638-3472

(Las personas con discapacidad visual o auditiva pueden llamar al **711**).

Su proveedor de atención primaria

**Su proveedor de
atención primaria**

Su proveedor de atención primaria

Encuentre a su proveedor de atención primaria

Su proveedor de atención primaria (PCP) se encarga de todas sus necesidades médicas. El consultorio de su PCP es su hogar para el cuidado de la salud. Es importante tener un PCP con quien se sienta a gusto. Es fácil elegir uno con nuestro Directorio de Proveedores, que es una lista de proveedores. Puede escoger uno para usted y otro para los demás miembros de su familia, o bien uno que los atienda a todos. Programe su primera consulta. Llame a su PCP de inmediato si necesita cancelar o reprogramar su cita. También puede llamar a Molina Healthcare al (833) 685-2102, (TTY/TDD: 711) si necesita ayuda para programar una cita, encontrar un proveedor o encontrar información sobre su PCP.

Si no elige un PCP, Molina elegirá uno por usted. Molina elegirá un PCP según su dirección, su preferencia de idioma y los proveedores que su familia haya visitado anteriormente.

Si desea cambiar de PCP, puede hacerlo en la aplicación móvil My Molina o desde su computadora de escritorio. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Programe su primera consulta

Visite a su proveedor de atención primaria (PCP) en un plazo de 90 días tras su inscripción. Obtenga más información sobre su salud y permita que su PCP sepa más sobre usted.

Su proveedor de atención primaria realizará las siguientes acciones:

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

Servicios de intérprete

Si necesita hablar en su propio idioma, podemos ayudarle. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos brindarle asistencia en su idioma de preferencia mediante un intérprete. Un intérprete puede ayudarle a comunicarse con su proveedor, farmacéutico u otro profesional de servicios médicos. Ofrecemos este servicio sin costo. Un intérprete podrá ayudarle con lo siguiente:

- Programar una cita.
- Hablar con su proveedor.
- Presentar un reclamo, una queja o una apelación.
- Conocer los beneficios de su plan de salud.

Si necesita un intérprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102. También puede solicitar al personal de su proveedor que llame al Departamento de Servicios para Miembros por usted. Ellos le ayudarán a conseguir un intérprete que le asistirá en su cita.

Debe visitar a un proveedor que sea parte de Molina.

Si por algún motivo desea cambiar de proveedor primario, visite [MiMolina.com](https://www.MiMolina.com). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.



Recuerde, puede comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería en cualquier momento. Nuestro personal de enfermería le ayudará si necesita atención urgente. Llame al (833) 685-2104 (TTY/TDD: 711).

Beneficios

Red Molina

Contamos con una familia de proveedores de atención médica y hospitales en expansión, listos para atenderle. Visite a proveedores que son parte de Molina. Puede encontrar una lista de estos proveedores en MolinaHandbook.com/NV (en Members [Miembros]->Member Materials & Forms [Materiales y Formularios para Miembros]). Llame al Departamento de Servicios para Miembros si necesita una copia impresa de esta lista. También puede acceder al Directorio de Proveedores de Molina en la aplicación móvil de Molina o en el portal web MiMolina. Estos recursos también le informarán si su proveedor tiene horarios especiales, accesibilidad para personas con discapacidad o si puede hablar en su idioma.

El directorio en línea contiene información de todo tipo de proveedores, incluidos PCP, especialistas y proveedores de servicios auxiliares, así como hospitales, centros para trastornos por abuso de sustancias o centros para la salud conductual y farmacias que se encuentran en la red Molina de Nevada. La información incluirá los nombres de los proveedores y las afiliaciones a grupos, números telefónicos, direcciones, especialidades y calificaciones profesionales, como las siguientes:

1. Nombre del proveedor y afiliaciones a grupos.
2. Direcciones.
3. Números telefónicos.
4. Dirección de sitio web, según corresponda.
5. Si el proveedor acepta nuevos miembros.
6. Las capacidades lingüísticas y culturales del proveedor, incluidos los idiomas (incluido el Lenguaje de Señas Estadounidense) que ofrece el proveedor, o si cuenta con un intérprete especializado en medicina que asista en su consultorio, y si el proveedor ha finalizado la capacitación de competencia cultural.
7. Si el consultorio/centro del proveedor está adaptado para personas con discapacidades físicas, lo que incluye consultorios, salas de examinación y equipos.
8. Identificación del PCP y grupos del PCP, especialistas, hospitales, centros, centros de salud acreditados a nivel federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) y clínicas de salud rurales (Rural Health Clinics, RHC) por área del estado.

Sus beneficios

9. Si un proveedor está aceptando nuevos pacientes o miembros (únicamente en la versión web).
10. Identificación del horario de atención, incluida la identificación de aquellos proveedores que no tienen horarios de atención convencionales (antes de las 8 a. m. o después de las 5 p. m., u horarios de atención durante fines de semana o días festivos).

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si desea recibir información más detallada sobre su proveedor, como la siguiente:

- Nombre, dirección y números telefónicos.
- Calificaciones profesionales.
- Especialidad.
- Escuela de medicina a la que asistió.
- Estado de certificación del Consejo Médico.

Para conocer la lista completa de los servicios cubiertos, consulte la página 25. También puede solicitar una copia del Directorio de Proveedores.

Servicios de idiomas

Si tiene problemas para leer o comprender esta o cualquier otra información de Molina Healthcare, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102, (TTY/TDD: 711) para obtener ayuda sin costo alguno. Podemos explicársela en inglés o en su idioma principal. Es posible que contemos con esta información impresa en algunos otros idiomas. Si tiene alguna discapacidad visual o auditiva, podemos brindarle ayuda especial.

Servicios de traducción

Si necesita hablar en su propio idioma, podemos ayudarlo. Un traductor estará listo para hablar con usted. También puede ayudarlo a hablar con su proveedor. Un traductor podrá ayudarlo a realizar las siguientes actividades:

- Programar una cita.
- Hablar con su PCP o personal de enfermería.
- Obtener atención de emergencia.
- Presentar un reclamo, una queja o una apelación.
- Recibir ayuda con respecto a sus medicamentos.
- Realizar un seguimiento de una autorización previa que necesite para recibir un servicio.
- Comunicarse a través del lenguaje de señas.

Este es un servicio gratuito. Si necesita un traductor, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 o (TTY/TDD: 711). Si tiene alguna discapacidad auditiva o visual, Molina puede ayudarlo. Puede solicitar los materiales para miembros en sistema braille, letra grande o audio. Todos estos servicios son gratuitos.

Pautas para las citas

El consultorio de su PCP debe proporcionarle una cita para las consultas enumeradas dentro de este rango de tiempo:

Consultas al PCP

Atención de urgencias.	El mismo día.
Consulta al PCP médicamente necesaria que no sea atención médica rutinaria o de urgencia.	2 días.
Cuidado preventivo del niño.	En un periodo de 14 días.
Cuidado preventivo para adultos.	En un periodo de 21 días.
Especialista.	Dentro de los 30 días posteriores a la remisión o, si es urgente, en un plazo de 3 días calendario.

Consultas de cuidado prenatal*:

Primer trimestre.	En un periodo de siete (7) días calendario.
Segundo trimestre.	En un periodo de siete (7) días calendario.
Tercer trimestre.	En un periodo de tres (3) días calendario.
Embarazo de alto riesgo.	En un periodo de tres (3) días calendario o antes, si es necesario.

*Las citas médicamente necesarias están disponibles también para el mismo día.

Sus beneficios

El consultorio de salud conductual debe proporcionarle una cita para las consultas enumeradas dentro de este rango de tiempo:

Tipo de cita	Cuándo debe obtener la cita
Proveedores de atención de salud conductual o trastornos por consumo de sustancias (consulta de rutina).	No debe superar los treinta (30) días calendario.
Proveedores de atención de salud conductual o trastornos por consumo de sustancias (consulta urgente).	No debe superar los 3 días calendario.
Emergencia de salud conductual potencialmente mortal.	De inmediato.
Consulta para seguimiento de rutina.	14 días.

Devoluciones de llamadas hechas después de las horas de consulta

Queremos que pueda recibir atención en cualquier momento. Cuando el consultorio de su PCP esté cerrado, su llamada será recibida por un servicio de atención de llamadas.

Atención en el embarazo y al bebé recién nacido

¿Qué ocurre si tengo un bebé?

Molina Healthcare quiere asegurarse de que reciba atención médica tan pronto crea que está embarazada. Si cree que está embarazada, consulte a su PCP. Una vez que confirme que está embarazada, su PCP le recomendará que vea a un obstetra/ginecólogo. No necesita una remisión para ver al obstetra/ginecólogo. Es importante que vea a su obstetra/ginecólogo. Si necesita ayuda para encontrar uno, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711); Podemos ayudarla a organizar su atención prenatal.

Si ocurre un cambio importante en su vida, llame a la Division of Welfare and Supportive Services al (800) 992-0900 o visite [AccessNevada.DWSS.NV.gov](https://www.accessnevada.dwss.nv.gov).

Servicios cubiertos

Proceso de autorización previa

Puede recibir atención de emergencia y utilizar la mayoría de los servicios sin una autorización previa. Sin embargo, algunos servicios sí requieren una autorización previa. Para solicitar una autorización previa un proveedor deberá llamar a su plan de atención médica e indicar cuál es la atención que quiere que usted reciba. Molina revisará la solicitud conforme a la necesidad médica y notificará a su proveedor si la solicitud se aprueba antes de que pueda brindarle el servicio. De este modo, pueden asegurarse de que es la atención indicada para su afección específica.

Para conocer la lista de servicios cubiertos que requieren y que no requieren autorización previa, consulte el cuadro de Servicios cubiertos. También puede visitar MolinaHealthcare.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Si Molina no cubre los servicios que usted desea o busca, debido a objeciones morales o religiosas, puede llamar a Nevada Medicaid o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos	Limitación
Servicios de centros de cirugía ambulatoria.	Cirugías médicamente necesarias. Se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid.

Servicios cubiertos	Limitación
Proveedores de atención de salud conductual o trastornos por abuso de sustancias (posterior al alta de un hospital psiquiátrico de cuidado intensivo, cuando el contratista sabe que el alta del miembro no supera los siete [7] días calendario).	<i>Se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid.</i>

Servicios cubiertos	Limitación y Descripción
Servicios quiroprácticos.	Limitado a personas menores de 21 años, según lo indicado en el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) y según lo evaluado por su PCP.
Ensayos clínicos	Costos de rutina del paciente asociados a ensayos clínicos cualificados.
Centros comunitarios de salud conductual certificados (Certified Community Behavioral Health Centers, CCBHC).	Proporcionar atención, derivaciones y coordinación de la atención. <i>Se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid.</i>

Servicios cubiertos	Limitación y descripción
Servicios dentales.	Para niños menores de 21 años; servicios prestados por Nevada Medicaid a través del Plan Liberty Dental. Para adultos a partir de los 21 años, Medicaid solo cubre exámenes dentales y extracciones de emergencia y, en algunos casos, dientes postizos (dentaduras postizas completas y parciales para reemplazar dientes faltantes). Comuníquese con el Plan Liberty Dental al: (888) 700-0643.
Análisis de laboratorio y estudios de la retina para diabéticos.	Anualmente.
Diálisis.	Servicios en centros independientes o en hospitales.
Equipo médico duradero.	<i>Se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid.</i>
Servicios de ambulancia de emergencia.	Se cubren los servicios de ambulancia médicamente necesarios. No incluye: Transporte médico que no sea de emergencia.

Servicios cubiertos	Limitación y descripción
Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT).	Limitado a beneficiarios menores de 21 años.
Visitas a la sala de emergencias (Emergency Room, ER).	Sin límite.
Atención de la visión: servicios para la vista.	Un examen cada 12 meses. Todos los miembros, lentes y monturas cada 12 meses.
Servicios de planificación familiar.	<u>Sin límite</u> , no se necesita remisión. Los miembros pueden recibir servicios de planificación familiar gratuitos de proveedores del plan o de proveedores fuera del plan.
Servicios de reasignación de género	Tratamiento de la disforia e incongruencia de género, basado en la necesidad médica. Se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid.
Servicios de audición.	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos y suministros relacionados. • Pruebas y reparaciones de audífonos. • Reemplazo de moldes auriculares perdidos o dañados solo para menores de 21 años. • Los audífonos y los suministros relacionados se limitan a una vez cada 24 meses.

Servicios cubiertos	Limitación y descripción
Servicios médicos domiciliarios.	<ul style="list-style-type: none"> • El mismo día para los miembros con necesidades urgentes. • Se requiere autorización previa. • Se aplican limitaciones. • Atención que no sea de urgencia en un plazo de catorce (14) días calendario.
Servicios hospitalarios.	Pacientes hospitalizados y ambulatorios.
Histerectomía.	Se requiere el consentimiento para la esterilización (formulario HHS-687).
Servicios de laboratorio.	<p><i>Se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid.</i></p> <p><i>No se requiere autorización previa para emergencias.</i></p>
Mamografía/Prueba de Papanicolaou.	No se necesita autorización previa.
Suministros médicos.	<i>Se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid.</i>
Servicios de Obstetricia/ Ginecología y enfermera partera.	Incluidas las consultas prenatales y posparto.

Servicios cubiertos	Limitación y descripción
Servicios en el consultorio del médico, visitas al consultorio del médico asociado y visitas al consultorio de enfermería especializada.	Sin límite.
Servicios de podólogo.	Los servicios de podología para adultos están cubiertos con una autorización previa, se aplican limitaciones. El cuidado de los pies está cubierto para niños menores de 21 años. Las consultas para el cuidado de los pies pueden ser limitadas. Los aparatos ortóticos están cubiertos para algunas afecciones.
Cuidado prenatal: servicios de maternidad.	Incluida la atención posparto.
Cuidados preventivos.	Mamografías, cuidado preventivo del niño y del bebé, controles regulares, servicios de EPSDT.
Radiología/ Radiografías.	<p><i>Médicamente necesario solicitado por un médico.</i></p> <p><i>Se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid.</i></p>

Servicios cubiertos	Limitación y descripción
Infusión/inyección de especialidad.	Las inyecciones están cubiertas para ciertas afecciones espásticas, incluidos parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, lesiones en la médula espinal y esclerosis múltiple.
Procedimientos de esterilización.	Requiere formularios de consentimiento.
Servicios contra el abuso de sustancias.	Atención médica ambulatoria/ para pacientes internados.
Trasplantes.	<p>Para los niños menores de 21 años, cualquier trasplante médicamente necesario que no sea experimental estará cubierto.</p> <p>En el caso de adultos, los trasplantes de córnea, riñón, hígado y médula ósea se cubrirán si son médicamente necesarios, con limitaciones.</p>
Vacunas.	<p>Inmunizaciones de EPSDT, vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19 y vacunas contra la neumonía. Vacunas para adultos recomendadas por el ACIP. Para consultar una lista de recomendaciones y pautas sobre vacunación, visite:</p> <p>cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html</p>

En lugar de servicios (ILOS)

ILOS son servicios o entornos que los planes de Medicaid pueden ofrecer en lugar de los servicios o entornos cubiertos por Nevada Medicaid State Plan y que constituyen una alternativa médicamente apropiada y rentable a un servicio cubierto por el plan estatal. El uso de ILOS es opcional para los miembros. ILOS están diseñados para sustituir y reducir potencialmente el uso de otros beneficios cubiertos por Medicaid, como la atención hospitalaria, la atención en centros de enfermería y el uso del departamento de emergencias, al tiempo que mejoran la calidad de vida.

Nevada Medicaid sumó nuevos beneficios ILOS para su programa de atención administrada que son fundamentales para abordar el problema de las personas sin hogar, mejorar los resultados y reducir los costos. Molina ofrecerá:

- **Apoyo de transición y vivienda a corto plazo** para ayudar a los beneficiarios de Medicaid sin residencia que tienen grandes necesidades médicas o de salud conductual a continuar con su atención o tratamiento durante su transición a la comunidad desde un entorno hospitalario, correccional o institucional/residencial.

Elegibilidad para ILOS

Para ser elegible para este nuevo beneficio de apoyo a la vivienda como ILOS en el programa de atención administrada de Medicaid de Nevada, el beneficiario de Medicaid debe cumplir con los siguientes requisitos: (1) no tener vivienda; o (2) estar en riesgo de perder su vivienda, tal y como se define en 24 CFR 91.5, y tener al menos una o más de las siguientes condiciones o circunstancias descritas a continuación:

1. Una enfermedad mental grave (SMI) o necesitar servicios de salud conductual o tratamiento por consumo de sustancias.
2. Presentar un alto riesgo de repetidas visitas evitables al departamento de emergencias o uso en caso de crisis.
3. Estar embarazada o haber dado a luz a un niño vivo en los últimos 60 días.
4. Padecer una enfermedad crónica o afecciones médicas concurrentes.
5. Correr un alto riesgo de quedarse sin vivienda por haber sido dado de alta de un centro médico o penitenciario.
6. Correr un alto riesgo de institucionalización si no se le proporciona vivienda.
7. Estar en transición de un entorno institucional a un entorno domiciliario o comunitario y correr un alto riesgo de quedarse sin hogar sin apoyo para la vivienda.

Molina puede: (1) utilizar sus equipos de administración de casos; u (2) otros proveedores cualificados bajo contrato con la Organización de Atención Médica Administrada (MCO) para examinar y evaluar a los miembros para determinar la elegibilidad para los nuevos apoyos de vivienda ILOS. Cuando se utiliza el equipo de administración de casos de Molina, un administrador de casos autorizado debe firmar una derivación para apoyos de vivienda ILOS a un proveedor calificado de apoyos de vivienda y se debe determinar que es médicamente necesaria y rentable según lo define la MCO y se aprueba según las pautas de ILOS. Para derivaciones de otros proveedores contratados,

se debe enviar una solicitud de autorización previa a la MCO para su revisión y aprobación por parte de un administrador de casos autorizado y se debe determinar que es médicamente necesaria y rentable según lo define la MCO y las pautas de ILOS.

Se le informarán los cambios en los programas y beneficios dentro de los 30 días calendario anteriores a la implementación.

Servicios no cubiertos

Molina Healthcare no pagará por los servicios recibidos fuera de Estados Unidos. Molina Healthcare no pagará los servicios o suministros que se reciban sin seguir las instrucciones de este manual. Entre los ejemplos de servicios no cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Acupuntura.
- Cirugía plástica o cosmética que no sean médicamente necesarias.
- Gestación subrogada.

Esta no es una lista completa de los servicios que no están cubiertos por Medicaid o Molina Healthcare. Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de un servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos por Nevada Medicaid

Algunos servicios están cubiertos por Nevada Check Up o Medicaid en lugar de Molina. No necesita una remisión para acceder a estos servicios. Estos se denominan servicios de escisión e incluyen lo siguiente:

- Atención diurna para adultos.
- Niños colocados en cuidado temporal fuera de su hogar.

Sus beneficios

- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad*.
- Centro de cuidados paliativos*.
- Centros de servicios de salud para indígenas y clínicas tribales.
- Centros de atención intermedia para miembros con discapacidades intelectuales*.
- Transporte que no sea de emergencia (solo disponible para los miembros de Medicaid)**.
- Estadías en centros de enfermería por más de ciento ochenta (180) días calendario.
- Evaluaciones o exámenes preventivos para el nivel de atención correspondiente antes de la admisión en un centro de tratamiento residencial para miembros de Medicaid*.
- Servicios de salud escolar (Molina cubre los servicios prestados por centros de salud acreditados a nivel federal o clínicas de salud rurales).
- Tratamiento para trastornos emocionales graves o enfermedades mentales graves.

Si tiene preguntas sobre cómo recibir estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (833) 685-2102, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Podemos ayudarle.

* Se cancelará la inscripción en Molina de los miembros que reciban estos servicios, y recibirán beneficios de atención médica de pago por servicio, directamente por parte de Medicaid.

** El transporte que no sea de emergencia está disponible para los beneficiarios de Medicaid a través del proveedor de transporte del estado, MTM. El transporte que no sea de emergencia no está disponible para beneficiarios de Nevada Check Up.

Molina Healthcare debe brindar todos los servicios médicamente necesarios a sus miembros menores de 21 años. Es la ley. Es así incluso si Molina Healthcare no cubre un servicio o si el servicio tiene un límite. Siempre y cuando los servicios que requiera su hijo sean médicamente necesarios, los servicios no tienen:

- Límites de importe.
- Límites de tiempo, como límites de horas o días.

Quizás sea necesario que su proveedor le solicite a Molina Healthcare que apruebe un servicio antes de que pueda brindárselo. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si desea saber cómo solicitar estos servicios.

Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT)

Todos los niños y adolescentes menores de veintiún (21) años que sean miembros de Molina son elegibles para recibir los Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT). Estos servicios se prestan sin limitación, de forma gratuita si se consideran médicamente necesarios.

Servicios de EPSDT cubiertos

Los servicios incluyen pruebas de detección periódicas y las vacunas correspondientes al día, de conformidad con el calendario de vacunación recomendado provisto por el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Los servicios de EPSDT también incluyen exámenes dentales, de la visión y la audición, así como todos los servicios que se consideren médicamente necesarios.

Evaluación preventiva periódica:

- Un examen físico completo sin ropa.
- Antecedentes médicos exhaustivos del beneficiario y su familia.
- Historial del desarrollo.
- Medidas, incluidos, entre otros, la altura, el peso, la circunferencia de la cabeza, el índice de masa corporal (IMC) y la presión arterial, entre otros.
- Pruebas de detección de la visión y la audición.
- Evaluación conductual/del desarrollo.
- Pruebas de detección de autismo.
- Supervisión del desarrollo.
- Evaluación psicosocial/conductual.
- Asesoramiento sobre consumo de drogas, alcohol y tabaco.
- Pruebas de detección de depresión.
- Pruebas de detección de depresión materna.
- Pruebas de detección metabólica/de hemoglobina del recién nacido.
- Administración de vacunas, si se indica.
- Pruebas de detección de anemia.
- Análisis y pruebas de detección de plomo en sangre.
- Análisis de tuberculina, si se indica.
- Pruebas de detección de la dislipidemia.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Análisis de HIV.
- Pruebas de detección de displasia cervical.
- Evaluación y asesoramiento dental.
- Consejo preventivo.
- Asesoramiento nutricional.
- Estado en el Programa de Cupones para Alimentos (Nutrition Assistance Program, SNAP) y en el Programa Especial de Nutrición Suplementario para

Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC).

Cronograma de periodicidad:

A continuación, se indica la frecuencia:

- Cada 3 a 5 días.
- Cada mes.
- Cada dos meses.
- Cada cuatro meses.
- Cada seis meses.
- Cada nueve meses.
- Cada 12 meses.
- Cada 15 meses.
- Cada 18 meses.
- Cada 24 meses.
- Cada 30 meses.
- Posteriormente, una vez al año para niños de 3 a 21 años.

Si necesita ayuda para acceder a los servicios de EPSDT para su hijo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711).

A continuación, encontrará los servicios de EPSDT expandidos para miembros elegibles que se encuentran en un estudio de EPSDT y que se consideran médicamente necesarios:

- Servicios de asesoramiento para adolescentes.
- Servicios terapéuticos (físicos, ocupacionales, del habla, de la audición y del lenguaje).
- Tratamientos y servicios adicionales que puedan ser necesarios (tales como recetas médicas y servicios terapéuticos).

Sus beneficios

- Medicamentos recetados.
- Servicios hospitalarios para pacientes internados.
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
- Servicios médicos domiciliarios.
- Enfermería de servicio privado.
- Prótesis/equipo médico duradero.
- Servicios dentales.
- Servicios de optometría.
- Anteojos/lentes de contacto.
- Servicios de audición.
- Servicios de salud mental.
- Servicios de podología.
- Servicios quiroprácticos.

Segundas opiniones

Si no está de acuerdo con el plan de atención médica que su proveedor tiene para usted, tiene derecho a solicitar una segunda opinión. Hable con otro proveedor o con un proveedor fuera de la red. Este servicio se ofrece sin costo alguno. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber cómo obtener una segunda opinión.



Servicios de la vista

Nuestro trabajo es cuidar de usted en todos los aspectos, incluidos sus ojos. Molina, mediante VSP Vision, cubre exámenes de los ojos para todos los miembros cada año.

- Elementos para la vista (monturas y lentes) todos los años, cuando se cumplen los requisitos.
- Servicios de atención de la vista médicamente necesarios, incluido el tratamiento de afecciones oculares.
- Reparación de monturas o reemplazo de anteojos una vez al año para miembros de todas las edades (pueden aplicarse restricciones).
- Otros servicios, según se indica en el Manual de Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada: dhcfp.nv.gov/Resources/AdminSupport/Manuals/MSM/MSMHome/.
- Adicional de \$100 por sobre el beneficio estándar por servicios médicamente necesarios y apropiados (como lentes correctivos o de contacto) cada 24 meses, para miembros a partir de los 21 años.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la visión, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare al (833) 685-2102, (TTY/TDD: 711).

Para encontrar optometristas o médicos que puedan prestarle estos servicios, consulte el Directorio de Proveedores de Molina Healthcare en MiMolina.com.

Medicamentos cubiertos

Molina Healthcare ofrece cobertura para todos los medicamentos que se encuentran en la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL) de la División de Medicaid de Nevada. Estos son los medicamentos que preferimos que su proveedor de atención primaria le recete.

La mayoría de los medicamentos genéricos están incluidos en esta lista. Puede encontrar una lista de los medicamentos preferidos en nuestra [Lista de Medicamentos Preferidos](#)

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

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



**Sus beneficios
adicionales**

MiMolina.com: Gestione su plan de salud en línea

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

Aplicación móvil Molina:

Gestione su atención médica en cualquier momento y en cualquier lugar. Los miembros de Molina pueden registrarse en la aplicación con su usuario y contraseña de MiMolina para acceder a funciones seguras, como las siguientes:

- Ver su tarjeta de identificación del miembro.
- Buscar un proveedor o centro cerca suyo con la herramienta Provider Finder (Buscador de Proveedores).
- Utilizar la Línea de Consejos de Enfermería para recibir la atención que necesita.
- Acceder a su historia clínica.

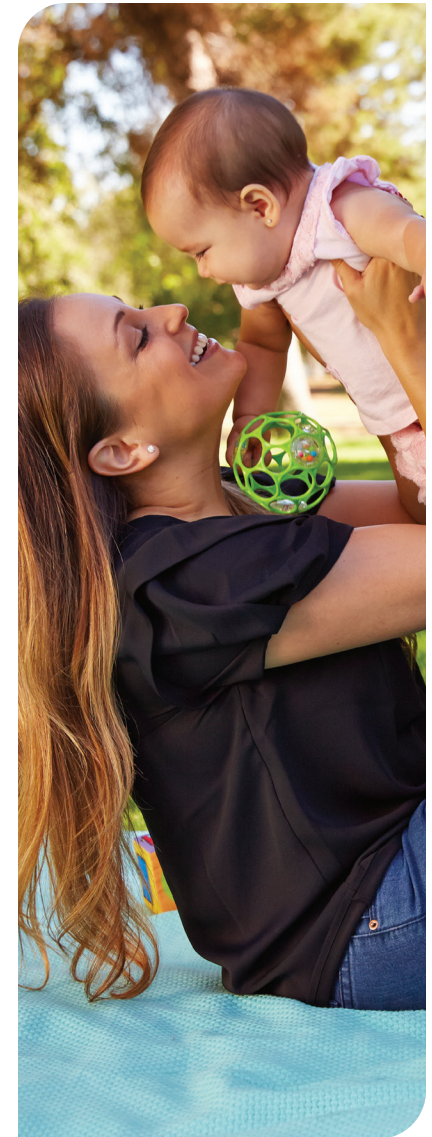
Puede descargar la aplicación de manera gratuita en su teléfono inteligente desde App Store para Apple, y Google Play para Android.

Programas de educación para la salud e Incentivos

¡Viva bien y manténgase saludable! Nuestros programas gratuitos le ayudan a controlar el peso, a dejar de fumar o a obtener ayuda con enfermedades crónicas. Recibirá materiales educativos, consejos de cuidados y más. También tenemos programas para mujeres embarazadas. Si sufre de asma, diabetes, problemas cardíacos o cualquier otra enfermedad crónica, un miembro del personal de enfermería o uno de nuestros administradores de casos se comunicará con usted. También puede registrarse en [MiMolina.com](https://www.mimolina.com), nuestro portal seguro para miembros, o llamar a los departamentos de Administración de Salud a los siguientes números:

Programas de control de peso y para dejar de fumar, entre otros: (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711).

Afecciones crónicas: (866) 891-2320 (TTY/TDD: 711).



Healthy Rewards para embarazadas

¿Va a tener un bebé? Molina Healthcare quiere que tenga un embarazo y un bebé sanos. ¡Puede ganar recompensas con nuestro programa de recompensas del embarazo! Es fácil. Regístrese en [MiMolina.com](https://www.mimolina.com), nuestro portal seguro.

Transporte

Confíe en Molina para obtener mejores beneficios de transporte, como traslados a bancos de comida, citas del programa WIC, entrevistas laborales, agencias de vivienda y agencias de violencia doméstica. DMV, oficina de Medicaid y más.

El transporte médico que no sea de emergencia está disponible a través de MTM. Ellos coordinan viajes hasta los centros proveedores de servicios cubiertos para aquellos miembros que no tienen otra forma de acceder a un transporte para llegar a sus citas médicas de rutina. Si califica para obtener este servicio y necesita programar un servicio de transporte que no sea de emergencia, comuníquese con MTM al (844) 879-7341, (TTY/TDD: 711).

El transporte que no sea de emergencia no está disponible para miembros de Nevada Check Up.

Llame para programar su transporte. Programe su transporte con, al menos, cinco días hábiles de antelación.





Administración de casos

Contamos con un equipo de profesionales de enfermería y trabajadores sociales que están listos para brindarle servicios. Se denominan administradores de casos. Son de gran ayuda. Le brindarán atención adicional en caso de que presente alguna de estas afecciones:

- Asma.
- Trastornos de la salud conductual.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD).
- Diabetes.
- Presión arterial alta.
- Embarazo de alto riesgo.
- Obesidad.
- Insuficiencia cardíaca.
- Trasplante de órganos.
- Miembros que reciben el alta de un hospital.
- Otras afecciones de salud crónicas.

Cualquier miembro de Molina puede solicitarle a un administrador de casos que le brinde asistencia con sus necesidades de atención médica.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 para solicitar un administrador de casos.

Recursos comunitarios

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

- **MolinaHelpFinder.com** proporcionado por Aunt Bertha. Este servicio es un servicio gratuito y confidencial que le ayudará a encontrar recursos locales. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC) (800) 863-8942

Sus beneficios adicionales

Para solicitar beneficios adicionales, visite el portal para miembros, [MiMolina.com](https://www.mimolina.com) o póngase en contacto con Centro de contacto de Wellness Rewards **(833) 685-2117**.

Healthy Rewards para miembros ahora está disponible en una tarjeta recargable. Eso significa una sola tarjeta para todas sus Healthy Rewards. ¡Puede usar su tarjeta en tiendas, en la gasolinera o realizar compras en línea y más!

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
Baby shower anual.	Asista a un baby shower de Molina.	Miembros que actualmente están embarazadas.	Tarjeta de regalo/ incentivo de \$100 (solo para miembros). Se puede invitar a dos personas.
Membresía en Sam's Club.	Llamar al Centro de Contacto de Wellness Rewards.	18 años o más.	Una membresía gratuita en Sam's Club por familia.
Extractor de leche materna electrónico.	Llamar al Centro de Contacto de Wellness Rewards.	Madres primerizas.	Uno por miembro.
Healthy rewards.	Asistir a una consulta preventiva de control del niño sano anualmente.	Entre 3 y 20 años.	\$100 por año.
	Asistir a la consulta anual de examen preventivo de detección para adultos (límite de una por año).	18 años o más.	Tarjeta de regalo de \$75.
	Realizar una consulta posparto entre 7 y 84 días después del nacimiento del bebé.	Madres primerizas.	Tarjeta de regalo de \$75 por consulta.
	Realizar una consulta prenatal durante su primer trimestre o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción.	Mujeres embarazadas.	Asiento elevado gratis.
	Realizarse cada año un examen ocular de retina para personas diabéticas y someterse a una prueba de laboratorio de HbA1c.	Entre 18 y 75 años, con diagnóstico de diabetes.	Tarjeta de regalo de \$50 cada una (máx. de \$100 por año).
	Realizarse un examen preventivo anual de mamografía.	Entre 50 y 74 años (mujeres).	Tarjeta de regalo de \$25. Límite de una por miembro al año.

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
Healthy rewards. (Cont.)	Asistir a seis consultas preventivas de control del niño sano en un periodo de 15 meses.	Entre 0 y 15 meses de edad.	\$10/consulta (máx. de \$60 en una tarjeta regalo).
	Asistir a dos consultas preventivas de control del niño sano cuando el niño tenga entre 15 y 30 meses de edad.	Entre 15 y 30 meses de edad.	Tarjeta de regalo de \$75.
	Asistir a una visita anual al consultorio para realizarse un examen de detección de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou).	Entre 21 y 64 años (mujeres).	Tarjeta de regalo de \$25.
	Realizarse un examen anual de detección de la clamidia. Requiere certificación del miembro, certificación del proveedor o un reclamo.	Entre 16 y 24 años (mujeres).	Tarjeta de regalo de \$25.
	Realizarse un examen anual de detección y tratamiento para la sífilis antes del parto. Requiere certificación del miembro, certificación del proveedor o un reclamo.	Entre 16 y 24 años (mujeres).	Tarjeta de regalo de \$25.
	Asistir a una consulta de seguimiento con un proveedor de salud conductual dentro de los siete días posteriores a la hospitalización de un paciente internado por enfermedad mental.	Todos los miembros.	Tarjeta de regalo de \$50. (una por mes con un máx. de \$600)
	Completar una visita de seguimiento dentro de los 7 días posteriores a una visita al departamento de emergencias por una crisis o afección de salud conductual	Miembros de 6 años o más	Tarjeta de regalo de \$50 (una por mes con un máx. anual de \$600)
	Completar una visita de seguimiento dentro de los 7 días posteriores a la visita al departamento de emergencias debido a un trastorno por consumo de sustancias o sobredosis no intencional	Miembros de 13 años o más	Tarjeta de regalo de \$50 (una por mes con un máx. anual de \$600)

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
<p>Evaluación Healthmap: Healthmap ofrece un programa personalizado de Gestión de la Salud Renal (KHM) diseñado para mantener y mejorar su salud. Nuestro equipo de Navegación de la Atención Médica trabaja con usted y su médico para ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud.</p>	<p>Completar la evaluación Healthmap. Llame al (800) 819-5175, para comenzar el programa KHM. Más información en patients.healthmapsolutions.com.</p>	<p>Afiliados que completan la Evaluación Healthmap.</p>	<p>Tarjeta de regalo de \$15 (en vigor a partir de junio de 2023).</p>
<p>Mom's Meals: Los miembros pueden solicitar comidas con entrega a domicilio para reforzar sus necesidades nutricionales durante el embarazo y el posparto.</p>	<p>Llame al Centro de Wellness Rewards</p>	<p>Miembros que están embarazadas o durante el primer año posparto.</p>	<p>\$7 por comida, 3 veces al día, durante una semana (\$147).</p>

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
Programa de pruebas genéticas: cubrimos ciertas pruebas genéticas que son necesarias para determinar el curso de atención más eficaz en el tratamiento oncológico.	Solicitar una prueba genética a su proveedor.	Miembros que requieren tratamiento oncológico.	Uno por miembro.
Examen físico para la escuela o para realizar deportes.	Programar una cita con su proveedor.	entre 6 y 18 años.	Un examen físico anual gratuito por año.
Visión: \$100 adicionales por sobre el beneficio estándar por servicios médicamente necesarios y apropiados (como lentes correctivos o de contacto) cada 24 meses.	Para obtener más información, visite VSP.com/medicaid	21 años o más.	\$100.

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
<p>Programa de control de la obesidad/ Weight Watchers: los miembros recibirán hasta 13 semanas de servicios digitales del programa Weight Watchers (WW). Kurbo by WW dirigido a niños de entre 8 y 18 años.</p>	<p>Llamar al Centro de Contacto de Wellness Rewards para solicitar un código. Para obtener más información, visite WeightWatchers.com</p>	<p>Todos los miembros.</p>	<p>Valor de \$45 (en formato digital, \$3.30 por semana).</p>
<p>Reemplazo de la tarjeta de identificación perdida o el certificado de nacimiento.</p>	<p>Llamar al Centro de Contacto de Wellness Rewards.</p>	<p>Miembros de Medicaid.</p>	<p>Varía según el hogar.</p>
<p>Asma: reciba una funda de almohada y un cobertor de colchón hipoalérgicos. En el caso de niños menores de 18 años a quienes se les haya recetado un inhalador, Molina proporcionará un segundo inhalador sin costo adicional.</p>	<p>Los miembros que completen una llamada de educación para la salud. Llame al Centro de Wellness Rewards.</p>	<p>Colchón/ Almohada: Todos los miembros del programa para el Control del Asma Segundo inhalador: entre 2 y 18 años.</p>	<p>Cobertor de colchón: \$60. Segundo inhalador: sin costo para el miembro. Fundas de almohada: \$20.</p>

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
<p>Medicamentos de venta libre, incluidas las pruebas de embarazo.</p>	<p>Para obtener más información, visite NationsOTC.com/MolinaNV</p>	<p>Todos los miembros.</p>	<p>\$30 por hogar del miembro, por trimestre para artículos de venta libre (OTC) de consumo habitual, a través de nuestro programa de pedidos por correo.</p>
<p>Los pases para el autobús se proporcionan para ciertos servicios sociales, incluidos los bancos de alimentos, oficinas de WIC, oficinas de Medicaid, DMV, agencias de violencia doméstica, la autoridad de vivienda y entrevistas de trabajo. Le pueden acompañar hasta dos miembros de la familia.</p>	<p>Llame al Centro de Contacto de Wellness Rewards.</p>	<p>Todos los miembros.</p>	<p>Proporciona transporte a citas no médicas. Solo dos familiares adicionales. Límite de un viaje de ida y vuelta al mes.</p>

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
<p>Boys and Girls Club: Membresía gratuita en Boys and Girls Club, del programa extraescolar para niños de entre 6 y 18 años.</p>	<p>Comuníquese con su organización Boys and Girls Club local.</p>	<p>Ofreceremos matrículas de membresía para la organización juvenil del programa Boys & Girls Club para miembros aprobados menores de 19 años.</p>	<p>De \$20 a \$35 por niño (depende de cada club).</p>
<p>Prueba de Desarrollo de Educación General (General Education Development, GED).</p>	<p>Debe aprobar las pruebas GED y recibir el certificado. Llamar al Centro de Contacto de Wellness Rewards.</p>	<p>18 años o más.</p>	<p>Vales para realizar de forma gratuita las pruebas GED en los centros autorizados. Tarjeta de regalo de \$50 después de aprobar las pruebas.</p>
<p>Alternativas a los opioides.</p>	<p>Llamar al Centro de Contacto de Wellness Rewards.</p>	<p>Miembros mayores de 21 años que sufren de dolor crónico.</p>	<p>Los miembros adultos pueden recibir hasta \$150 para servicios de masoterapia.</p>

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
<p>Sistema de remisiones y directorio de servicios comunitarios Molina Help Finder, proporcionado por Aunt Bertha: ofrece a los miembros, siempre que lo necesiten, acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, desde nuestro sitio web y aplicación móvil, a miles de recursos comunitarios en todo el estado en las áreas de salud, apoyo económico, educación, recursos de emergencia, apoyo legal, vivienda, oportunidades de empleo, transporte y seguridad alimentaria.</p>	<p>Visite MolinaHelpFinder.com</p>	<p>Todos los miembros.</p>	<p>Gratuito: sin costo para los miembros.</p>

Escanee para obtener más información sobre:
MolinaHealthcare.com/NV/BenefitsandRewards



Todas las recompensas y los servicios mejorados pueden tener exclusiones o límites. Los miembros deben contar con Molina Healthcare of Nevada Medicaid o Nevada Check Up como su seguro principal en el momento de la prestación del servicio para poder recibir recompensas y servicios mejorados. Las recompensas y los servicios mejorados deben reclamarse dentro de los 90 días siguientes a la recepción de los servicios.

Usted nos importa, y sus pensamientos también. ¡Comparta sus opiniones y gane recompensas! También puede recomendar cambios en las políticas y servicios de Molina. Conviértase en asesor y gane una tarjeta regalo de \$15 para la gasolina o el supermercado

Póngase en contacto con NV_GCE_Team@MolinaHealthcare.com para obtener información sobre cómo asistir. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 para contarnos sus ideas.

Su póliza

Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)

Elegir un proveedor de atención primaria (o PCP) es fácil. Utilice nuestro Directorio de Proveedores para seleccionarlo de una lista de proveedores. Se recomienda elegir a un proveedor que atenderá a toda su familia. O bien puede elegir un proveedor para usted y otro para sus familiares.

Su PCP conoce mucho sobre usted y se encarga de todas sus necesidades médicas. Elija su PCP lo antes posible. Es importante que se sienta a gusto con el PCP que elija.

Además de su PCP, los miembros pueden obtener servicios médicos preventivos para la mujer de un proveedor de salud para la mujer sin autorización previa. No es necesario que obtenga una remisión de su PCP. Los miembros con discapacidades tienen 30 días calendario adicionales para seleccionar a un PCP.

Llame y programe su primera consulta para conocer a su PCP. Si necesita ayuda para programar una consulta, llame a Molina Healthcare al número telefónico gratuito (833) 685-2102, (TTY/TDD: 711). Molina Healthcare también puede ayudarle a encontrar un PCP. Díganos qué considera importante al momento de elegir a uno. Será un placer ayudarle. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Se le informará sobre los cambios en la red de proveedores dentro de los 15 días posteriores a que Molina reciba la notificación.

Cómo obtener atención especializada y remisiones

Si necesita un tipo de atención que su PCP no puede brindarle, él o ella le derivará a un especialista que pueda hacerlo. Hable con su PCP para asegurarse de saber cómo funcionan las remisiones. Si considera que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarle si necesita ver a un especialista diferente. Algunos tratamientos y servicios requieren que su PCP solicite la autorización de Molina Healthcare antes de proporcionárselos. A esto se lo denomina “autorización previa”. Su PCP podrá decirle qué servicios requieren de esta aprobación.

Para los miembros con necesidades especiales de atención médica que, a través de una evaluación, se determinó que necesitaban un plan de tratamiento o un monitoreo regular de la atención, Molina les permite acceder directamente a un especialista (por ejemplo, a través de una derivación permanente o un número aprobado de visitas), según sea apropiado para la afección y las necesidades identificadas.

Si en Molina Healthcare no contamos con un especialista que pueda brindarle la atención que necesita, nosotros se la brindaremos a través de un especialista que no pertenezca a Molina Healthcare. La remisión de su PCP garantiza que se coordine su atención médica y que todos los proveedores conozcan sus objetivos y planes de atención médica.

Para los miembros que solicitan atención médica de un especialista que no pertenezca a la red, su PCP o el especialista que esté consultando necesita solicitarle

a Molina Healthcare la autorización previa de atención o servicios de especialidad. Podrá solicitarla por teléfono o fax. Esta solicitud de autorización previa debe presentarse antes de que se realice cualquier tratamiento o estudio. Si Molina Healthcare rechaza una solicitud de atención especializada, le enviaremos una carta a usted y al proveedor solicitante. Usted o su PCP pueden apelar la decisión. Si su PCP o Molina Healthcare lo derivan a un proveedor fuera de nuestra red, usted no será responsable de pagar ningún costo. Molina Healthcare pagará por estos servicios.

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

Si un proveedor de Molina Healthcare no puede brindarle los servicios cubiertos que necesita, Molina Healthcare deberá cubrir los servicios necesarios mediante un proveedor fuera de la red. Esto se debe realizar de manera oportuna, siempre que la red de proveedores de Molina no pueda ofrecer ese servicio.

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia se debe atender con la mayor celeridad. No necesita aprobación para una consulta de emergencia. Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Puede ir a una sala de emergencias o a otro centro que no sea parte de la red de Molina. Puede recibir atención las (24) horas del día, los (7) días de la semana. Si tiene una condición médica de emergencia, no es responsable del pago de las pruebas de detección y el tratamiento necesarios para diagnosticar su condición o estabilizarle. El médico de

la sala de emergencias que le atienda decidirá cuándo puede ser transferido o dado de alta. Si el proveedor de la sala de emergencias indica que no tiene que quedarse, pero aun así decide hacerlo, deberá pagar por el servicio.

Quizás necesite atención después de dejar la ER. De ser así, no asista a la ER para la atención de seguimiento. Si necesita ayuda para ver a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si no tiene una emergencia, no vaya a la ER. Llame a su PCP.

Molina Healthcare cuenta con una Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas al día que también puede ayudarle a comprender y recibir la atención médica que necesita. Si necesita atención médica que no es de emergencia después del horario de atención habitual, también puede visitar un centro de atención de urgencias. Puede encontrar los centros de cuidado urgente en el directorio de proveedores. Si necesita ayuda para encontrar uno, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102, (TTY/TDD: 711). También puede visitar nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/NV](https://www.MolinaHealthcare.com/NV).

¿Qué es la posestabilización?

Son los servicios que recibe después de la atención en la ER. Estos servicios mantienen estable su afección. No necesita una autorización previa para recibir estos servicios. Luego de su visita a la ER, debe comunicarse con su proveedor lo antes posible. Su proveedor lo(a) ayudará a recibir el cuidado de seguimiento que necesita. Se requiere una autorización previa si los servicios son prestados por un proveedor fuera de

la red. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda.

¿Cuándo finaliza el pago por servicios no autorizados de posestabilización?

Finalizará cuando sucede lo siguiente:

- Un médico del plan con privilegios en el hospital tratante asume la responsabilidad del cuidado del miembro.
- Un médico del plan asume la responsabilidad de la atención del miembro mediante la transferencia.
- Un representante de la organización y el médico tratante llegan a un acuerdo sobre la atención del miembro.
- El miembro es dado de alta.

Medicamentos cubiertos

Para asegurarnos de que recibe la atención médica que necesita, podemos pedirle a su proveedor que nos envíe una solicitud de autorización previa (PA). Su proveedor deberá explicar por qué necesita cierto medicamento o una cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar la solicitud de autorización previa antes de que pueda recibir el medicamento. A continuación, se detallan algunos motivos por los cuales podríamos requerir autorización previa de un medicamento:

- Hay un medicamento genérico disponible.
- Es posible que haya otro medicamento preferido disponible.
- El medicamento se puede utilizar mal o se puede abusar de su uso.
- El medicamento aparece en el formulario, pero no se encuentra en la lista de medicamentos preferidos (PDL).

- Se deben probar otros medicamentos primero.

Algunos medicamentos también pueden tener límites de cantidad (monto) y algunos medicamentos no tienen cobertura en ningún caso. Los siguientes son medicamentos que no tienen cobertura en ningún caso:

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

Si no aprobamos una solicitud de autorización previa para un medicamento, les enviaremos una carta a usted y a su proveedor. En la carta, se explicará cómo puede apelar nuestra decisión. También se detallarán sus derechos a una audiencia imparcial estatal.

Recuerde surtir sus medicamentos antes de salir del estado.

Una lista de medicamentos preferidos (PDL) es una lista de medicamentos que Molina prefiere que su médico le recete.

La PDL puede cambiar. Es importante que usted y su proveedor revisen la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) Universal de la División de Medicaid de Nevada cuando tenga que surtir o renovar un medicamento. Puede encontrar un enlace a la PDL Universal de la División de Medicaid de Nevada en MolinaHealthcare.com/NV. Puede encontrar una farmacia de Medicaid en nuestro sitio web MolinaProviderDirectory.com/NV/Medicaid o llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Acceso a la salud conductual

Si le remiten para realizarse una evaluación de salud mental grave (Serious Mental Health, SMH) o es el padre

o tutor de un miembro menor de edad al que remitieron para someterse a una evaluación por un trastorno emocional grave (Serious Emotional Disturbance, SED), su proveedor le informará con detalle el motivo por el que es necesaria la evaluación. Si el miembro es menor de edad, su padre, madre o tutor debe otorgar la autorización para llevar a cabo las pruebas.

Molina puede ayudarle a recibir los servicios de salud conductual que usted y su familia necesitan. Debe acudir a un proveedor que sea parte de nuestra red de salud conductual, a menos que sea una emergencia. Sus beneficios cubren servicios para pacientes internados, ambulatorios y visitas a proveedores. No necesita una derivación para consultar a un proveedor. Puede elegir o cambiar de proveedor de salud conductual o administrador de atención médica en cualquier momento.

Ellos pueden ayudarle a recibir los servicios que necesita y le brindarán una lista de los servicios cubiertos.

¿Qué hacer si tiene algún problema?

Es posible que sienta lo siguiente:

- Tristeza constante que no mejora.
- Sensación de impotencia o desesperanza.
- Culpa.
- Sensación de inutilidad.
- Dificultad para dormir.
- Falta de apetito o pérdida de peso.
- Pérdida de interés.

Si es así, llame a Molina al (833) 685-2102, (TTY/TDD: 711).

Servicios de emergencia de salud conductual

Una emergencia de salud conductual es una situación de salud mental en la que se puede producir un daño extremo al cuerpo o incluso la muerte. Algunos ejemplos de estas emergencias son: intento de suicidio, representar un peligro para sí mismo o para los demás, causarse tanto daño funcional que la persona no puede llevar a cabo las tareas de la vida diaria o causarse daño funcional que probablemente provoque la muerte o un daño grave al cuerpo.

Si tiene una emergencia, diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano. Puede acudir a cualquier otro centro de emergencias al instante. Puede llamar al 911. Si va a una sala de emergencias, notifique a su proveedor lo más pronto posible.

Si tiene una emergencia de salud conductual y no puede acudir a un proveedor aprobado, haga lo que se indica a continuación:

- Diríjase al hospital o centro de salud más cercano.
- Llame al número que se encuentra en su tarjeta de identificación.
- Llame a su proveedor y realice un seguimiento en un plazo de (24) a (48) horas.

Para recibir atención de emergencia fuera del área, el plan le remitirá a un proveedor de salud conductual aprobado. Haremos esto únicamente cuando se encuentre bien.

Si le remiten para realizarse una evaluación de salud mental grave (Serious Mental Health, SMH) o es el padre o tutor de un miembro menor de edad al que remitieron

para someterse a una evaluación por un trastorno emocional grave (Serious Emotional Disturbance, SED), su proveedor le informará con detalle el motivo por el que es necesaria la evaluación. Si el miembro es menor de edad, su padre, madre o tutor debe otorgar la autorización para llevar a cabo las pruebas.

Servicios de salud mental y contra el abuso de sustancias

Si necesita recibir servicios de salud mental o contra el abuso de sustancias, puede comunicarse con la Línea de Consejos de Enfermería al (833) 685-2104, (TTY/TDD: 711) para personas con discapacidad auditiva: o puede autoderivarse directamente a un centro comunitario de salud mental o centro de tratamiento certificado por el estado. También puede consultar el directorio de proveedores en línea en MolinaHealthcare.com, visitar el portal para miembros en MiMolina.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para encontrar los nombres y números de teléfono de los centros cerca suyo.

Cómo acceder a los servicios hospitalarios

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Debe tener una autorización previa para acceder a los servicios hospitalarios, excepto en caso de servicios de atención médica urgente o de emergencia. Utilice el Directorio de Proveedores para conocer las direcciones de todas las salas de emergencia y los centros de atención de urgencias. Puede hacerlo con la aplicación móvil MiMolina o en su computadora de escritorio.

También puede solicitar una versión impresa del directorio llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Sin embargo, si usted obtiene servicios en un hospital o si es admitido en el hospital para recibir servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente fuera del área, se cubrirá su hospitalización. Esto ocurre incluso si no tiene una autorización previa.

Servicios médicos/quirúrgicos

Cuando los servicios se prestan de manera general y habitual en hospitales generales de atención aguda o centros de rehabilitación dentro de nuestra área de servicio, cubrimos los siguientes servicios para pacientes internados en un hospital o centro de rehabilitación de un proveedor participante:

- Habitación y comidas, incluso una habitación privada si es médicamente necesario.
- Atención especializada y unidades de cuidado intensivo.
- Atención de enfermería general y especializada.
- Quirófano y habitación de recuperación.
- Servicios de médicos proveedores participantes, que incluyen consultas y tratamientos por parte de especialistas.
- Anestesia.
- Los medicamentos recetados, de acuerdo con las pautas de Medicamentos Universales Preferidos (para obtener información sobre medicamentos de alta que recibe al salir de un hospital, consulte “Medicamentos y Fármacos Recetados”).
- Materiales radioactivos utilizados con fines terapéuticos.
- Equipo médico duradero y suministros médicos.

- Diagnóstico por imágenes, análisis de laboratorio y procedimientos especiales, incluidos IRM, exploraciones por TC y PET, y adquisición de imágenes de ultrasonido.
- Mastectomías (extracción de la mama) y disecciones de ganglios linfáticos.
- Hemoderivados, sangre y su almacenamiento y administración (incluidos los servicios y suministros de un banco de sangre).
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (incluso el tratamiento en un programa de rehabilitación multidisciplinario organizado).
- Terapia respiratoria.
- Servicios sociales médicos y planificación del alta.

¿Cómo paga Molina a los proveedores por su atención?

Molina Healthcare contrata proveedores de muchas maneras. Algunos proveedores de Molina Healthcare reciben un pago por servicio. Esto significa que se les paga cada vez que le atienden y por cada procedimiento que realizan. A otros proveedores se les paga un importe fijo por cada mes que se les asigna un miembro a su cuidado, ya sea que atiendan al miembro o no.

A algunos proveedores se les pueden ofrecer recompensas por brindar una excelente atención médica preventiva y controlar el uso de los servicios hospitalarios. Molina Healthcare no recompensa a proveedores ni empleados por negar servicios o coberturas médicas. Molina Healthcare tampoco brinda beneficios adicionales a los proveedores para

que le proporcionen menos atención médica. Para obtener más información sobre cómo se les paga a los proveedores, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Pagos y facturación

Los miembros de Molina Healthcare no son responsables de los copagos ni otros cargos de servicios médicos cubiertos. Si recibe una factura de un proveedor del plan por servicios que se encuentran cubiertos y aprobados, llame al Departamento de Servicios para Miembros. No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros. Podemos ayudarle con este tema.

Es posible que tenga que pagar por los servicios que no están cubiertos. También es posible que deba pagar los servicios de los proveedores que no son parte de nuestra red. Si los servicios se prestaron ante una emergencia, no tiene que pagar nada. Si necesita asistencia, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Primas de Nevada Check up

Una prima es un pago trimestral que usted efectúa por la cobertura para atención médica de sus hijos. Solo los miembros de Nevada Check Up pagan primas. Los nativos de América del Norte y Alaska no pagan primas.

Recuerde que si tiene una prima trimestral y no la paga, se cancelará la inscripción de su hijo. Esta prima se aplicará a su costo compartido familiar. Su costo compartido familiar se calcula en base a su ingreso familiar total. Para obtener más información

sobre las primas, llame al programa Nevada Check Up al (775) 684-3777, o al número de teléfono gratuito (800) 992-0900. También puede visitar el sitio web de la Division of Health Care Financing and Policy dhcfnv.gov/Pgms/CPT/NevadaCheckUp/NCUMAIN/.

Novedades

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

- Servicios médicos.
- Servicios de salud mental.
- Medicamentos.
- Equipos.

Elegibilidad e inscripción

Llame a la Nevada Division of Welfare and Supportive Services para obtener información sobre la elegibilidad. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. El número de teléfono es (800) 992-0900, (TTY: 711).

Periodo de inscripción

Si usted es un miembro obligatorio que necesita inscribirse en un plan, una vez que se haya inscrito en Molina Healthcare o que el estado le inscriba en un plan, puede cambiar de plan dentro de los primeros 90 días desde la fecha de inscripción en el plan. Transcurridos los 90 días, si continúa siendo elegible para Medicaid, puede quedar inscrito en el plan por los próximos nueve meses. A esto se lo denomina “bloqueo”.

Inscripción abierta

Cada año, el estado tendrá un periodo de inscripción abierta. Durante el periodo de inscripción abierta, se les permite a los miembros la opción de cambiar de plan.

Si cambia de plan durante la inscripción abierta, entrará en vigencia el 1 de enero del año siguiente. Cualquier miembro que cambió de plan durante la inscripción abierta tendrá la opción de elegir otro plan en los primeros 90 días si no está satisfecho.

Usted no tiene la obligación de cambiar de plan de salud. Una vez que se realice su selección final, quedará bloqueado en ese plan de salud hasta el próximo periodo de inscripción abierta.

Cancelación de inscripción

Los miembros pueden cambiar la selección de su plan en los siguientes momentos:

- Por lo menos una vez cada 12 meses a partir de entonces.
- Después de la renovación de inscripción automática de un miembro que canceló la inscripción solamente porque pierden la elegibilidad de Medicaid por un periodo igual o inferior a dos meses, si la pérdida temporal de la elegibilidad de Medicaid provocó que el miembro perdiera la oportunidad de realizar la cancelación de inscripción anual.
- Cuando el estado impone la sanción intermedia que se especifica en la Sección 438.702(a)(4), que corresponde a la suspensión de toda nueva inscripción, incluida la inscripción por defecto en un plan después de una violación de cualquier requisito de la ley.

- Dentro de los primeros noventa (90) días de la inscripción y, posteriormente, durante los periodos de inscripción abierta: la cancelación voluntaria de la inscripción no prohíbe a los miembros presentar una queja ante Molina Healthcare por incidentes durante el tiempo en que contaban con cobertura de Molina.

Cancelación de inscripción con causa

Puede solicitar la baja del plan en los siguientes casos:

- Se muda fuera del área de servicio de MCO.
- Debido a objeciones morales o religiosas, la MCO no cubre el servicio que usted busca.
- Necesita que se realicen servicios relacionados (por ejemplo, una cesárea y una ligadura de trompas) al mismo tiempo; no todos los servicios relacionados están disponibles dentro de la red, y su proveedor de atención primaria u otro proveedor determinan que recibir los servicios por separado le sometería a usted a riesgos innecesarios.
- Otros motivos, incluidos: mala calidad de la atención, falta de acceso a los servicios cubiertos por el contrato o falta de acceso a los proveedores con experiencia para el tratamiento de sus necesidades de atención.

Para solicitar la cancelación de su inscripción, usted (o su representante) debe presentar una solicitud oral o escrita al DHCFP o a la MCO. Si Molina recibe una solicitud de cancelación de inscripción de un miembro, Molina enviará la solicitud al DHCFP utilizando el Formulario de cancelación de inscripción en el Anexo L del contrato: Formulario de cancelación de inscripción.

Cancelación de inscripción involuntaria

Debe cancelarse su inscripción en Molina Healthcare si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Ya no reside en el estado de Nevada o en los condados de Clark o Washoe.
- Falleció.
- Ya no reúne los requisitos para recibir asistencia médica bajo una de las categorías de elegibilidad de Medicaid en la población elegible.
- Vive en una residencia para ancianos por más de 180 días. A fin de determinar los requisitos de elegibilidad para Medicaid de Nevada, los centros residenciales para tratamientos psiquiátricos (Psychiatric Residential Treatment Facilities, PRTF) y el centro de atención intermedia para individuos con discapacidad intelectual (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities, ICF/IID) no se considerarán centros de atención a largo plazo.
- Se inscribe en un programa de exención.
- Se convierte en una persona elegible para recibir la cobertura de Medicare.

Si ocurre un cambio importante en su vida, llame a la Division of Supportive Services de Nevada al: (800) 992-0900 o visite su sitio web

[AccessNevada.DWSS.NV.gov](https://www.accessnevada.dwss.nv.gov).

Molina puede solicitar la cancelación de la inscripción de un miembro en las siguientes circunstancias:

- Si la inscripción continua de un miembro perjudica gravemente la capacidad de la MCO de proporcionar servicios al miembro en particular o a otros miembros.

Su póliza

- El miembro se mudó fuera del área de servicio de la MCO.

La MCO debe confirmar que el miembro fue remitido al Departamento de Servicios para Miembros de la MCO y se negó a cumplir con la remisión o se negó a actuar de buena fe para intentar resolver el problema.

Molina no podrá solicitar la cancelación de inscripción en las siguientes situaciones:

- Un cambio adverso en el estado de salud del miembro.
- Una afección médica preexistente.
- La utilización de servicios médicos por parte del miembro.
- Capacidad mental disminuida.
- Comportamiento poco cooperativo o disruptivo que resulte de sus necesidades especiales (excepto cuando su inscripción continua en la MCO afecte gravemente la capacidad de la entidad para brindar servicios a este miembro en particular o a otros miembros).
- El intento de un miembro de ejercer sus derechos de queja o apelación.
- O bien, por motivos de origen nacional, credo, color, sexo, religión y edad del miembro.

Transición de la atención médica

Molina se compromete a obtener los mejores resultados de salud para nuestros miembros y proporcionará servicios de transición de la atención. Si es nuevo en Molina Healthcare, es posible que pueda conservar sus médicos y servicios durante un periodo después de la fecha de inscripción.

- Puede seguir recibiendo atención de su proveedor fuera de la red durante 90 días.
- Si está embarazada, puede recibir atención de su proveedor fuera de la red hasta que nazca su bebé y haya completado su primera consulta posparto.

Molina Healthcare le ayudará a elegir nuevos médicos y a recibir servicios dentro de nuestra red. Si su médico desea pertenecer a nuestra red, puede llamar a Servicios para Proveedores.

Si se está transfiriendo de Molina a otra MCO o FFS estatal, Molina compartirá información con su nuevo plan para proporcionar continuidad de la atención. Comuníquese con nosotros al (833) 685-2102 para solicitar servicios de transición de atención o si tiene preguntas sobre su atención.

Renovación de beneficios

Debe renovar sus beneficios cada año. Si no lo hace, puede perderlos. Si usted se mudó desde la primera vez que se inscribió en Medicaid, debe llamar a su oficina regional local de Medicaid e informar acerca de su nueva dirección; de lo contrario, no recibirá una carta en la que se indique cuándo renovar sus beneficios. Para más información, visite MolinaHealthcare.com/NV/RenewMyMedicaid.

Reintegración (Renovación de la membresía de Molina)

Si pierde la elegibilidad para Medicaid, pero la recupera en un plazo de sesenta (60) días, Molina seguirá siendo su plan de salud. Molina le asignará su PCP anterior, siempre y cuando este aún siga perteneciendo a la red de Molina. Si desea un nuevo PCP, llame

al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102, (TTY/TDD: 711).

Si desea cambiar su plan de salud, debe comunicarse con la oficina del distrito de Medicaid en el Sur de Nevada al (702) 668-4200, en el Norte de Nevada al (775) 687-1900, línea gratuita al (800) 992-0900, o llame a Servicios para Miembros al (833) 685-2102. Puede llamarles al (800) 992-0900, (TTY: 711).

Queremos que se sienta conforme con su plan de salud. Cuéntenos por qué no está satisfecho con nosotros. Eso nos ayudará a mejorar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711) y hágales saber el motivo.

Si necesita ver a un médico que no forma parte de Molina o continuar viendo a un médico después de la inscripción en Molina

Molina Healthcare protege su derecho a la continuidad de la atención (Continuity of Care, COC) y el acceso a la atención de todos sus miembros. Molina Healthcare garantiza que muchos proveedores y servicios de tratamiento actuales, así como el acceso a la atención de los miembros, se mantendrán con los proveedores existentes para los miembros que, en la actualidad, reciban tratamientos y servicios autorizados previamente aprobados en el momento de la inscripción y que se encuentren dentro de las directrices de continuidad de la atención. Es su responsabilidad informar sobre cualquier atención continua que corresponda a su plan de atención en el momento de la inscripción. Tiene derecho a continuar el tratamiento durante una transición.

Molina también ofrece cobertura para proveedores fuera de la red cuando los servicios necesarios no estén disponibles dentro de la red. Si un proveedor de Molina Healthcare no puede brindarle los servicios cubiertos que necesita, Molina Healthcare deberá cubrir los servicios necesarios mediante un proveedor fuera de la red. Sin ningún costo para el miembro.

Otros seguros

Llame al Departamento de Servicios para Miembros para contarnos si ocurre lo siguiente:

- Dispone de un seguro médico por su lugar de trabajo.
- Se lesionó en el trabajo.
- Tiene una queja por lesión de trabajador.
- Tuvo un accidente automovilístico.
- Presentó una demanda por negligencia médica.
- Presentó un reclamo personal por lesiones.
- Tiene otra cobertura o seguro.

Es importante que tengamos esta información. Nos ayudará a gestionar bien sus servicios.

No discriminación

Molina Healthcare no discriminará por motivos de raza, color, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad de origen, condición de veterano, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios médicos en el momento que deba recibirlos. Si considera que fue tratado injustamente, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Quejas y apelaciones

Presentar una queja o una apelación

Si no está satisfecho con algún aspecto de Molina Healthcare o sus proveedores, debe comunicarse con nosotros lo antes posible. Esto incluye decisiones que hayamos tomado con las que no esté de acuerdo. Usted, o alguien que hable por usted, puede comunicarse con nosotros. Deberá informarnos si desea que alguien hable por usted. Molina Healthcare puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para ayudarle con este proceso. Estos servicios son gratuitos. Puede comunicarse con nosotros al (833) 685-2102, (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Si necesita hablar en su propio idioma, disponemos de traductores que pueden ayudarle a presentar su reclamo, queja o solicitud de apelación. Este servicio es gratuito para todos nuestros miembros. Podemos aceptar su reclamo, queja o apelación de otra persona que cuente con su permiso. Por ejemplo:

- Un amigo.
- Un familiar.
- Un proveedor que forma parte de Molina.
- Un proveedor que no forma parte de Molina.
- Un abogado.

Con el objetivo de ser justos, los casos no serán revisados por la misma persona que tomó la primera decisión. Nuestro personal médico revisará todos los casos relacionados con servicios médicos. Conservamos expedientes de todos sus casos y hay copias disponibles sin costo. Su expediente puede incluir lo siguiente:

- Toda su historia clínica.
- Los documentos relacionados con su caso.
- La información obtenida antes y durante el proceso de apelación.
- Los beneficios, las reglas y los criterios que se utilizaron para tomar la decisión.

No tomaremos ninguna represalia si su proveedor presenta una queja o una apelación por usted. Puede comunicarse con nosotros de las siguientes maneras:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- Visite [MolinaHealthcare.com/NV](https://www.molinahealthcare.com/NV).
- Escriba una carta contándonos por qué no está satisfecho con nuestro servicio. Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número ubicado al frente de su tarjeta de identificación de beneficiario de Molina Healthcare, su dirección y su número telefónico para que podamos comunicarnos con usted. También puede enviar toda información que ayude a explicar su problema. Envíe su carta por correo a la siguiente dirección:
Molina Healthcare of Nevada, Inc.
Attention: Grievance & Appeals Department
PO Box 401820
Las Vegas, Nevada 89140
Números de fax:
Quejas de los miembros: (833) 412-3137
Apelaciones de los miembros: (833) 412-3145

Correo electrónico:

Quejas de los miembros:

NV_Member_Grievance@MolinaHealthcare.com

Apelaciones de los miembros:

NV_Member_Appeals@MolinaHealthCare.com

Si necesita una copia del Formulario de Quejas/ Apelaciones de Molina, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o visitar nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/NV en la sección Member Materials and Forms (Formularios y Materiales para Miembros).

Si nos envía una solicitud de queja o apelación por escrito, asegúrese de que incluya la siguiente información:

- Su nombre y apellido.
- Su firma.
- Fecha.
- Su número de identificación del miembro, que podrá encontrar al frente de su tarjeta de identificación del miembro de Molina.
- Su dirección y número de teléfono.
- El nombre y número telefónico de su PCP.
- Una descripción del problema.
- Cualquier registro relacionado con su solicitud.

Presentar un reclamo o una apelación no afectará la forma en la que Molina Healthcare of Nevada o sus proveedores le tratan.

Quejas

Usted o un proveedor que actúe en su nombre, o bien un representante autorizado, pueden presentar una queja por teléfono o por escrito en cualquier momento. Una queja es una expresión de insatisfacción, sin importar si usted la llama “queja”, que Molina recibe

de manera verbal o escrita sobre cualquier asunto o aspecto de Molina o su funcionamiento, que no sea una determinación adversa de beneficios de Molina.

Los siguientes son algunos ejemplos de quejas y reclamos:

- Tiene un problema con la calidad de la atención médica.
- Los tiempos de espera son demasiado largos.
- Su PCP o el personal de su PCP es descortés.
- No puede comunicarse con alguien por teléfono.
- No puede conseguir información.
- El consultorio de un PCP no está limpio.
- Su inscripción en Molina termina, pero usted no solicitó la cancelación.
- No puede encontrar proveedores en su área.
- Tiene problemas para obtener sus medicamentos recetados.
- Molina extendió el plazo para resolver una queja o apelación.

Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su queja dentro de los cinco (5) días calendario de haberla recibido. Podemos comunicarnos con su proveedor o recibir ayuda de otros departamentos de Molina para investigar su queja. Recibirá una carta con el resultado de su queja tan pronto como su afección de salud lo requiera, pero no después de los noventa (90) días calendario de haber recibido su queja.

Puede solicitar hasta catorce (14) días calendario adicionales para resolver su queja. Además, Molina

Para obtener instrucciones sobre cómo presentar una apelación, consulte la página 62.

puede tomarse hasta catorce (14) días calendario adicionales si necesitamos más información sobre su queja. Usted recibirá una llamada y una carta dentro de los dos (2) días calendario de haber extendido la fecha. La carta incluirá el motivo de la extensión del plazo y en qué lo favorece a usted.

Usted podrá solicitar en cualquier momento una copia de su expediente, su historia clínica o cualquier material sin costo alguno. Tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo.

Apelaciones

Si usted, un proveedor que actúe en su nombre o un representante autorizado reciben un Aviso de determinación adversa de beneficios (carta de denegación) y no está de acuerdo con la decisión de Molina, puede solicitar una apelación. En caso de que un proveedor presente una apelación en su nombre, el proveedor primero debe obtener su permiso por escrito. Una apelación es una solicitud de revisar una determinación adversa de beneficios que Molina tomó. Una determinación adversa de beneficios (una decisión que no se tomó a su favor) puede incluir lo siguiente:

- Para un residente de una zona rural con un solo proveedor, la denegación de la solicitud de un afiliado para ejercer su derecho a obtener servicios fuera de la red (el área geográfica de servicio para este programa no incluye las zonas rurales).
- Limitación o denegación de prestar servicios.
- Reducción de servicios.
- Suspensión de servicios.
- Terminación de servicios.

- Rechazo de pagos de servicios.
- No ofrecer servicios de manera oportuna.
- No resolver apelaciones y quejas dentro de los plazos establecidos.
- Denegación de una solicitud para disputar una responsabilidad financiera, incluidos costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coseguros y otras responsabilidades financieras del miembro.
- Si corresponde, decisiones que toman los centros de enfermería especializada y centros de enfermería, de transferir o dar de alta a residentes y las determinaciones adversas tomadas por el estado en relación con la evaluación previa a la internación y los requisitos anuales de revisión del residente.

Todas las apelaciones deberán presentarse dentro de los sesenta (60) días calendario desde la fecha que se indica en el Aviso de determinación adversa de beneficios (carta de denegación). Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito.

Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su apelación dentro de los cinco (5) días calendario de haberla recibido. Podemos comunicarnos con su proveedor o recibir ayuda de otros departamentos de Molina para investigar su apelación. Recibirá una carta con la resolución de su apelación tan pronto como su afección médica lo requiera, pero no después de los treinta (30) días calendario de haber recibido su apelación.

Puede solicitar hasta catorce (14) días calendario adicionales para resolver su apelación. Además, Molina puede tomarse hasta catorce (14) días calendario

adicionales si necesitamos más información sobre su apelación. Usted recibirá una llamada y una carta dentro de los dos (2) días calendario de haber extendido la fecha. La carta incluirá el motivo de la extensión del plazo y en qué lo favorece a usted. Tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo.

Tiene la oportunidad de presentarle a Molina la evidencia de los hechos o las leyes involucradas en su caso, en persona o por escrito.

Si necesita llevar sus documentos en persona, el servicio de transporte que no es de emergencia está disponible a través del proveedor de transporte del Estado, MTM. Puede llamar a MTM al (844) 879-7341, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Una persona con el conocimiento clínico apropiado de su afección estudiará su apelación. Para ser justos, su apelación será estudiada por una persona que no haya participado en los niveles anteriores de revisión y que no sea un empleado de la persona que tomó la primera decisión.

Usted, o una persona legalmente autorizada por usted para hacerlo, podrá solicitarnos una copia del expediente completo de su caso en cualquier momento, lo que incluye la historia clínica (sujeta a los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]), una copia de las pautas (criterios), los beneficios, otros documentos y registros, y cualquier otra información relacionada con su apelación. Le brindaremos estas copias sin costo alguno.

Apelaciones aceleradas

Usted, su proveedor o su representante autorizado (usted debe designar por escrito a la persona u organización que usted desea que sea su representante autorizado), pueden solicitar una apelación acelerada (rápida) si consideran que esperar treinta (30) días calendario para una decisión de apelación puede poner en riesgo su vida, su salud o su habilidad de alcanzar, mantener o recobrar una capacidad funcional máxima. Molina también puede acelerar (apresurar) su solicitud de apelación conforme a la información que recibamos.

Molina decidirá si su solicitud cumple con las pautas de una resolución de apelación acelerada dentro de las veinticuatro (24) horas de haber recibido la solicitud de apelación acelerada. Si su solicitud de apelación no cumple con las pautas de una apelación acelerada (rápida), entonces procesaremos su apelación de plan dentro del plazo habitual de treinta (30) días calendario. Usted recibirá una llamada y una carta que contenga esta información dentro de los dos (2) días calendario de haber recibido su solicitud de apelación acelerada.

Si aceptamos acelerar (apresurar) su apelación del plan, nos comunicaremos con usted y le enviaremos una carta con la resolución de apelación dentro de las setenta y dos (72) horas de obtener la solicitud de apelación acelerada. Las apelaciones aceleradas (rápidas) se resolverán tan rápido como su afección médica lo requiera, sin superar las setenta y dos (72) horas del momento de efectuarse la solicitud de apelación acelerada. Tenga en cuenta el tiempo límite para presentar la evidencia si decidimos acelerar su apelación.

Puede solicitar hasta catorce (14) días calendario adicionales para resolver su apelación acelerada. Además, Molina puede tomarse hasta catorce (14) días calendario adicionales si necesitamos más información sobre su apelación acelerada. Usted recibirá una llamada y una carta dentro de los dos (2) días calendario de haber extendido la fecha. La carta incluirá el motivo de la extensión del plazo y en qué lo favorece a usted.

Usted podrá solicitar en cualquier momento una copia de su expediente, su historia clínica o cualquier material sin costo alguno.

Continuación de sus beneficios durante el proceso de apelación

Molina continuará brindándole sus beneficios mientras los procesos de apelación interna del plan de salud y de la audiencia imparcial estatal estén pendientes, si se reúnen todas las siguientes condiciones:

- Su solicitud para continuar con los beneficios se envía al plan de salud en la fecha a continuación, o el día anterior, cualquiera sea posterior:
 - dentro de un plazo de diez (10) días calendario desde que el plan de salud envía por correo el Aviso de determinación adversa de beneficios.
 - o la fecha de vigencia prevista de la determinación adversa de beneficios propuesta por el plan de salud.
- Usted presenta la solicitud de apelación dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a la fecha del Aviso de determinación adversa de beneficios.

- La apelación implica la finalización, suspensión o reducción de un curso de tratamiento previamente autorizado.
- Un proveedor autorizado solicitó los servicios.
- Los períodos originales cubiertos por la autorización original no han caducado.
- Usted solicita una extensión de beneficios. Es posible que tenga que pagar por esos servicios si se mantiene la denegación.

Si desea continuar recibiendo sus beneficios mientras apela, debe presentar una apelación y cumplir con las siguientes pautas:

- Solicitó que sus beneficios continúen dentro de los diez (10) días calendario de la fecha establecida en la carta de denegación, carta de Aviso de determinación adversa de beneficios, o en la fecha en que comienzan a regir los cambios de sus beneficios, o antes de esta, la fecha que sea posterior.
- La apelación incluye servicios que Molina ya ha autorizado.
- El servicio debió haber sido solicitado por un proveedor aprobado.
- La autorización aprobada no ha vencido.
- Usted solicitó una extensión de beneficios.

Molina brindará beneficios hasta que ocurra una (1) de las siguientes situaciones:

- Usted retira la apelación.
- Han transcurrido diez (10) días calendario desde la fecha del aviso de la resolución de apelación y usted

no ha solicitado una audiencia imparcial estatal de Medicaid.

- La División de Medicaid toma una decisión adversa para usted en una audiencia imparcial estatal.
- Caduca el período o los límites de servicio de un servicio previamente autorizado.

Para solicitar la continuación de sus beneficios mientras se revisa su apelación, puede comunicarse con nosotros o enviar una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

NV Member Appeals & Grievances
Molina Healthcare Inc.
PO Box 182273

Chattanooga, TN 37422

Números de fax:

Quejas de los miembros: (833) 412-3137

Apelaciones de los miembros: (833) 412-3145

Correo electrónico:

Quejas de los miembros:

NV_Member_Grievance@MolinaHealthcare.com

Apelaciones de los miembros:

NV_Member_Appeals@MolinaHealthCare.com

Si la decisión final de la apelación no lo favorece, puede que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

Si la decisión final le favorece y no se le brindaron los servicios mientras se revisaba la apelación, Molina le autorizará los servicios con la celeridad que su salud lo requiera, pero no después de las setenta y dos (72) horas desde la fecha de aprobación.

Audiencia imparcial estatal

Si no está satisfecho con la decisión de apelación que se tomó y que no le favorece, usted o su representante autorizado pueden solicitar una audiencia imparcial estatal. Puede solicitar una audiencia imparcial estatal en un plazo de noventa (90) días calendario a partir del aviso de resolución de apelación de Molina.

Debe completar su apelación de nivel de plan antes de solicitar una audiencia imparcial estatal ante la Nevada Medicaid Hearings Unit. Puede solicitar una audiencia imparcial estatal enviando su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Nevada Medicaid Central Office

State policy inquiries and Fair Hearing requests

Dirección postal:

4070 Silver Sage Dr.

Carson City, NV 89701

Teléfono: (877) 638-3472 y (775) 684-3600

Fax: (775) 684-3610

Correo electrónico: dhcfphearings@dhcftp.nv.gov

También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Molina y solicitar ayuda con la solicitud de la audiencia imparcial estatal. La Nevada Medicaid Hearings Unit le informará por escrito cuando haya recibido su solicitud para la audiencia imparcial estatal. También le informará sobre la decisión que tomó la audiencia imparcial estatal por escrito.

Si su apelación está relacionada con los servicios que recibía, pero estos terminaron o disminuyeron, podrá continuar recibiendo los servicios durante la audiencia

imparcial estatal. Si continúa recibiendo servicios, no habrá cambios en sus servicios hasta que la audiencia imparcial estatal tome una decisión final. Asegúrese de informarnos si desea que continuemos brindándole nuestros servicios.

Si continúa recibiendo servicios y los servicios aún son rechazados después de la audiencia imparcial estatal, le pediremos que pague los costos de esos servicios. No le retiraremos sus beneficios de Medicaid. No podemos pedirle a su familia ni a su representante legal que paguen los servicios.

Molina cumplirá los términos de la decisión de la audiencia imparcial estatal que tome la Nevada Medicaid Hearings Unit. La decisión final de la Nevada Medicaid Hearings Unit en este asunto será definitiva. Si la decisión de la audiencia imparcial estatal es revertir la determinación adversa de beneficios que tomó Molina, nosotros pagaremos todos los costos asociados con la audiencia.

Derechos y responsabilidades del miembro

¿Sabía que, como miembro de Molina Healthcare, tiene ciertos derechos y responsabilidades? Conocer sus derechos y responsabilidades los ayudará a usted, a su familia, a su proveedor y a Molina Healthcare a garantizar que reciba los servicios cubiertos y la atención médica que necesita. Estos derechos y responsabilidades están publicados en los consultorios de los proveedores. También están publicados en [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com). Tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y necesidad de privacidad.
- Recibir información sobre el Contratista, sus servicios, los profesionales que brindan atención y los derechos y responsabilidades de los miembros de acuerdo con el Título 42, Sección 438.10 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).
- Poder elegir como PCP a proveedores médicos de atención primaria, incluidos especialistas si padece de una afección crónica, dentro de los límites de la red del plan, incluido el derecho a rechazar la atención de proveedores médicos específicos.
- Participar en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar tratamiento.
- Buscar la resolución de Quejas y Apelaciones sobre el Contratista o la atención brindada.
- Formular directivas anticipadas.
- Tener acceso a sus registros médicos de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables y solicitar que sean enmendados o corregidos según lo especificado en el Título 45 del CFR, Parte 164.
- Estar libre de todo tipo de restricción o reclusión usada como medio de coacción, disciplina, conveniencia, o represalia.
- Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de manera adecuada a la condición y capacidad de comprensión del miembro.
- Garantizar que el miembro sea libre de ejercer sus derechos sin que el contratista o proveedor de la red le trate manera injusta.

Para obtener una copia gratuita del manual por correo postal, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. También puede solicitar una copia en otros formatos e idiomas.

Se enviará por correo dentro de los 5 días hábiles.

Sus responsabilidades

- Brindar al proveedor de atención médica, tan específicamente como pueda, información precisa y completa sobre su motivo de consulta actual, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Pagar el costo de servicios no autorizados obtenidos de proveedores no participantes.
- Informarle al proveedor de atención médica los cambios inesperados de su afección.
- Informarle al proveedor de atención médica si comprende el curso de acción contemplado y lo que se espera de usted.
- Cumplir con el plan de cuidado que ha acordado con su proveedor.
- Llegar a tiempo a las citas.
- Asistir a las citas y, cuando por algún motivo no pueda hacerlo, notificar al proveedor o centro de atención médica.
- Garantizar que las obligaciones financieras correspondientes a su atención médica, si las hubiera, se cumplan lo antes posible.
- Seguir las reglas y las regulaciones de los centros de atención médica en relación con la atención y la conducta del paciente.

- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados en la medida de lo posible.
- Presentar información confiable y precisa cuando solicita los servicios de Medicaid (usted será responsable de reembolsar los pagos de la prima de capitación si se suspende su inscripción por no haber proporcionado información veraz o precisa).
- Formular directivas anticipadas y esperar que estas se lleven a cabo.
- Denunciar el fraude y los abusos cuando tenga conocimiento de alguno.

Directivas anticipadas o testamento vital

Los menores emancipados y los miembros mayores de 18 años tienen derecho a tomar decisiones sobre su salud. Usted tiene el derecho de tener o no atención médica. Usted puede hacer esto en cualquier momento. Este formulario se denomina directiva anticipada o testamento vital. Este documento permite a su familia y a su proveedor saber qué atención médica desea recibir y cuál no. También informa cuándo detener la atención médica que continuará con su vida en caso de una enfermedad grave.

Una directiva anticipada es una declaración escrita o verbal que usted hace sobre cómo desea que se tomen las decisiones médicas en caso de que no pueda tomarlas usted. Existen cuatro tipos de directivas anticipadas:

Declaración o testamento vital — un testamento vital le informa a sus proveedores de atención médica y a su familia sobre el tipo de acciones que usted desea y no desea para el mantenimiento de la vida en caso de que sufra una enfermedad terminal o una afección irreversible. Un testamento vital no se aplica, a menos que no pueda tomar decisiones por sí mismo; hasta ese momento, usted podrá decir qué tratamientos desea o no.

Poder notarial duradero para atención médica:

un poder notarial duradero para atención médica le permitirá elegir a una persona para que tome decisiones por usted cuando no pueda tomarlas usted mismo. También puede incluir información sobre cualquier tratamiento que desee o no. Pregunte a su PCP o especialista sobre estos formularios. Puede tener un testamento vital, un poder notarial duradero para la atención médica de la salud o ambos documentos. Un testamento vital es su declaración personal con respecto a los tipos de tratamiento de mantenimiento de la vida que desea si no puede compartir sus deseos. Un poder notarial duradero para la atención médica cubre más que el testamento vital. Cubre cualquier decisión médica, no solo las decisiones relacionadas con el tratamiento de mantenimiento de la vida.

Si desea firmar un testamento vital, puede realizar lo siguiente:

- Solicitar un formulario de testamento vital a su PCP o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para recibir uno.
- Completar el formulario.

- Llevar o enviar por correo el formulario completo a su PCP o especialista; su PCP o especialista sabrán qué tipo de atención desea recibir.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento después de haber firmado un testamento vital:

- Llame a su PCP o especialista para eliminar el testamento vital de su historia clínica.
- Complete y firme un nuevo formulario si desea hacer cambios en su testamento vital.

Su PCP le pedirá que firme el formulario de Acuse de recibo de información para el paciente sobre directivas anticipadas. Su formulario firmado, junto con su directiva anticipada, se mantendrá en los archivos de su historia clínica.

Derechos de los miembros con una directiva anticipada

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Aceptar o rechazar tratamiento médico y formular directivas anticipadas.
- Ejecutar una directiva anticipada, incluido el requisito de que el proveedor de la red presente una declaración de cualquier limitación en caso de que el proveedor de la red no pueda implementar una directiva anticipada por motivos de conciencia. (Como mínimo, la declaración de limitación del proveedor de la red, si corresponde, debe aclarar cualquier diferencia entre las objeciones de toda la institución y las que pueden plantear los proveedores de la red del individuo; identificar la autoridad legal estatal de conformidad con los

Estatutos Revisados de Nevada (Nevada Revised Statutes, NRS) Capítulo 449.628, que permite cada objetivo; y describir la variedad de condiciones o procedimientos médicos afectados por la objeción de conciencia).

Debe informarle a su proveedor de la red que documente en su expediente médico si ha ejecutado una directiva anticipada. El proveedor no debe basar su atención ni discriminarle de ningún otro modo en función de si ejecutó o no una directiva anticipada.

Si tiene un reclamo sobre los requisitos de las directivas anticipadas, puede presentarlo ante la agencia estatal correspondiente, que regula a Molina. Molina Healthcare mostrará los cambios en la ley estatal en esta información tan pronto como sea posible, pero a más tardar noventa (90) días calendario después de la fecha de vigencia del cambio. Podrá encontrar muestras de procedimientos, formularios y políticas de directivas anticipadas, así como información del paciente sobre la ley de Nevada en el sitio web del estado: dhcfp.nv.gov/Resources/PI/AdvanceDirectives/. Molina Healthcare le notificará una vez al año que esta información está disponible en el manual para miembros.

Derecho a objetar

La ley de Nevada establece que su PCP y otros proveedores, tanto de manera individual o institucional, tienen derecho a oponerse a la solicitud que realiza en su directiva anticipada. Puede encontrar la ley en la Sección 449.628 de los Estatutos Revisados de Nevada.

Objeción individual e institucional

Una objeción individual se produce cuando su PCP particular u otros proveedores que le tratan se niegan a respetar su directiva anticipada por motivos de conciencia (creencias).

Una objeción institucional se produce cuando toda una institución, como un hospital o un sistema de salud, no cumple con su directiva anticipada por motivos de conciencia (creencias). La variedad de afecciones médicas que pueden ser objetadas por los proveedores particulares e institucionales podría diferir de un proveedor a otro. Asegúrese de preguntar a su PCP y a otros proveedores si tienen objeciones a las solicitudes que ha incluido en su directiva anticipada. Si su PCP u otro proveedor se oponen a la solicitud de atención que usted hace en sus directivas anticipadas, tiene derecho a elegir otro PCP o proveedor que respete su solicitud. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. para obtener ayuda.

Fraude y abuso

El Plan de Fraude y Abuso de Molina Healthcare beneficia a Molina, sus empleados, miembros, proveedores, pagadores y reguladores mediante el aumento de la eficacia, la reducción del despilfarro y la mejora de la calidad de los servicios. Molina Healthcare toma la prevención, la detección y la investigación de fraudes y abusos con seriedad y cumple con la legislación estatal y federal. Molina Healthcare investiga todos los casos de sospecha de fraude y abuso y los informa con la mayor

brevidad a los organismos gubernamentales, de ser apropiado. Molina Healthcare toma medidas disciplinarias apropiadas, entre las que se incluyen el cese del empleo, el cese del estado de proveedor o la terminación de la membresía, entre otras. Puede informar un fraude, un despilfarro o un abuso potencial sin indicarnos su nombre.

Para informar una sospecha de fraude a Medicaid, comuníquese con Molina Healthcare AlertLine: Número de teléfono gratuito (866) 606-3889
O bien,
Complete el formulario de notificación en línea en:
MolinaHealthcare.alertline.com

Correo electrónico: ir_siuteam@MolinaHealthcare.com
Llame al: (866) 606-3889
Envíe un correo a:
Molina Healthcare, Inc.
Attention: Special Investigations Unit
P.O. Box 22625, Beach, CA 90802

Definiciones:

“Abuso” se refiere a las prácticas del proveedor que no son coherentes con las prácticas fiscales, comerciales o médicas correctas, y generan un costo innecesario al programa Medicaid, o un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos de profesionalismo para la atención médica. También se incluyen prácticas del beneficiario que generan un costo innecesario al programa Medicaid. (Sección 455.2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]).

“Fraude” es el engaño o la tergiversación intencional que realiza una persona a sabiendas de que el engaño podría generar un beneficio no autorizado para esa o alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituya un fraude según la legislación federal o estatal. (Sección 455.2 del Título 42 del CFR)
A continuación, encontrará algunos medios para detener un fraude:

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

Privacidad de los miembros

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

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

- Para proveer su tratamiento.
- Para pagar su atención médica.

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

Lo que precede es solo un resumen. Nuestra Notificación de las Normas de Privacidad contiene más información acerca de cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Podrá encontrar nuestra Notificación de las Normas de Privacidad en nuestro sitio web: [MolinaHealthcare.com](https://www.MolinaHealthcare.com).

Terminología estándar y definiciones importantes para miembros

Apelación: una manera de cuestionar nuestro accionar, si usted considera que cometimos un error. Usted puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura.

Copago: pago que usted efectúa para recibir atención médica.

Equipo médico duradero: ciertos elementos que su médico solicita para que usted los utilice en su hogar. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas o camas hospitalarias.

Afección médica de emergencia: es una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) de manera que una persona común prudente que tiene un conocimiento promedio de la medicina y la salud,

podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata tenga como consecuencia lo siguiente:

- Poner la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, su salud y la del niño por nacer) en un grave riesgo.
- Provocar graves daños en las funciones corporales.
- Provocar una falla grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Transporte médico de emergencia: su afección es tan grave que usted no puede acudir al hospital por ningún otro medio de transporte que no sea una ambulancia. Para solicitarlo debe llamar al 911.

Atención en la sala de emergencias: sala de hospital con personal y equipamiento para el tratamiento de personas que requieran atención médica o servicios inmediatos.

Servicios de emergencia: son los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados y ambulatorios que se indican a continuación:

- Servicios prestados por un proveedor que esté calificado para proporcionar estos servicios en virtud del Título 42.
- Servicios necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por el beneficio de Medicaid.

Queja: un reclamo que usted presenta acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o

farmacias de nuestra red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de su atención médica.

Dispositivos y servicios de recuperación de habilidades: servicios de atención médica que le ayudan a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones para la vida cotidiana.

Seguro médico: tipo de cobertura de seguro médico que paga los gastos médicos, quirúrgicos y de salud en los que incurra.

Atención médica domiciliaria: servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar, incluidos la atención de enfermería, los servicios de asistencia médica a domicilio y otros servicios.

Servicios en un centro de cuidados paliativos programa de atención y apoyo para ayudar a personas que tienen un pronóstico terminal a mejorar su calidad de vida. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Un afiliado que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho de elegir cuidados paliativos. Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda cuidado para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Hospitalización: el acto de colocar a una persona en un hospital como paciente.

Atención ambulatoria en hospital: atención o tratamiento que no requiere una estadía nocturna en un hospital.

Médicamente necesario: esto describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten que usted ingrese a un hospital o a una residencia para ancianos. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos, cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas o que, de otro modo, son necesarios según las normas de cobertura actuales de Nevada Medicaid.

Red: una red es un directorio de médicos, profesionales de la salud, hospitales y centros de atención médica con los que un plan tiene contrato para brindar atención médica a sus miembros.

Proveedor no participante: un proveedor o centro que no es nuestro empleado, no es de nuestra propiedad y no es operado por nuestro plan, y que tampoco está contratado para ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

Servicios de médicos: atención que un profesional autorizado le brinda, conforme a las leyes estatales para ejercer la medicina, la cirugía y la salud conductual.

Plan: hace referencia a una organización de atención médica administrada que ofrece servicios médicos a sus miembros.

Preautorización: decisión de su plan o de la DHCFP de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces se denomina autorización previa, aprobación previa o certificación previa.

Proveedor participante: proveedores, hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo que tienen contrato con su plan de salud. Los proveedores participantes también son "proveedores de la red" o "proveedores del plan".

Servicios cubiertos posteriores a la estabilización: Son los servicios cubiertos, relacionados con una afección médica de emergencia que se brindan después de que un miembro se estabiliza para mantener la afección estabilizada o, bajo las circunstancias descritas en la Sección 438.114(e) del Título 42 del CFR, para mejorar o resolver la afección del miembro.

Prima: pago mensual que un plan de salud recibe para proporcionarle cobertura de atención médica.

Cobertura de medicamentos recetados: medicamentos recetados o medicamentos cubiertos (pagados) por su plan de salud. Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos.

Medicamentos recetados: fármaco o medicamento que, por ley, puede obtenerse solo por medio de la receta de un médico.

Proveedor de atención primaria su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que consulta en primera instancia por la mayoría de sus problemas de salud. Esta persona se asegura de que reciba la atención que necesite para mantenerse sano. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y le refiere a ellos.

Proveedor de atención primaria (PCP)

Médicos que ejercen la medicina general, la medicina de familia, la medicina interna general, la pediatría general o la medicina osteopática. Son responsables de proporcionar, organizar y coordinar todos los aspectos de su atención médica. Suelen ser la primera persona con la que debe comunicarse si necesita atención médica. Los médicos que ejercen obstetricia y ginecología pueden funcionar como PCP durante el embarazo de la miembro del plan de salud.

Proveedor: persona autorizada para brindar servicios o atención médica. Algunos ejemplos de proveedores incluyen médicos, personal de enfermería, proveedores de salud conductual, residencias para ancianos y especialistas.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante, con el fin de devolverle el mejor nivel funcional posible.

Atención de enfermería especializada: la atención de enfermería especializada implica evaluaciones, criterios, intervenciones y evaluaciones de intervención que requieren el entrenamiento y la experiencia de personal de enfermería autorizado. La atención de enfermería especializada incluye, entre otros aspectos, lo siguiente:

- Realización de pruebas a fin de determinar la base para actuar o la necesidad de acción.
- Monitoreo del equilibrio de líquidos y electrolitos.
- Aspiración de las vías respiratorias.
- Cuidado del catéter venoso central.

Su póliza

- Ventilación mecánica.
- Cuidados de traqueotomía.

Especialista: un médico que ofrece servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica.

Atención de urgencias: atención que se proporciona cuando necesita ver a un médico y su médico no puede atenderlo, o el consultorio está cerrado. Se necesita atención por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que requiere tratamiento inmediato.



Molina Healthcare of Nevada
8329 W. Sunset Road Suite 100
Las Vegas, NV 89113