



Su Manual para miembros

New Mexico

Turquoise Care (2024-2025)

Estos servicios se financian parcialmente a través del estado de New Mexico.

[WelcomeToMolina.com/NM](https://www>WelcomeToMolina.com/NM)



¡Gracias por ser miembro de Molina Healthcare!

En Molina, creemos que todos los miembros merecen una atención médica de buena calidad. Estamos **a su disposición**. Y, como siempre, lo tratamos como un miembro de la familia.

¿Le gustaría recibir un manual impreso? Llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. Se lo enviaremos sin costo.

Si desea este manual en otro idioma o formato, incluidos braille o letra grande, llame a Servicios para Miembros.

La versión más actualizada de este manual está disponible en MolinaHealthcare.com/NMMedicaidResources.

NOTA: La Autoridad de Atención Médica (HCA) del estado de New Mexico puede cambiar los beneficios descritos en este manual. Si esto ocurre, le notificaremos en un plazo de 30 días calendario. Si tiene algún problema para leer esta información o si necesita una copia en un idioma o formato diferente, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

En este manual encontrará información útil sobre lo siguiente:

Cómo comenzar 04

Su membresía 06

- Tarjeta de identificación..... 06
- Referencia rápida.....07

Su proveedor 10

- Cómo obtener atención.....10
- Cómo programar su primera visita.....10
- Servicios de traducción.....10
- Proveedores de la red..... 11
- Proveedores fuera de la red..... 11
- Segundas opiniones.....12
- Atención especializada y remisiones...12
- En qué casos se le puede facturar.....13

Beneficios y servicios 14

- Atención de emergencia y beneficios de salud.....14
- Servicios dentales y de la vista.....16
- Salud del comportamiento..... 17
- Servicios y apoyo a largo plazo.....18
- Cuidados terminales.....20
- Servicios hospitalarios.....20
- Transporte.....21
- Medicamentos cubiertos.....22

- Educación e incentivos..... 24
- Coordinación de la atención..... 24
- Atención del embarazo, del bebé y de bienestar infantil.....25
- Servicios cubiertos.....32
- Servicios no cubiertos.....37

Sus servicios adicionales 39

- Recompensas de Care Rewards..... 39
- Servicios de valor añadido..... 39

Información importante 43

- Menores bajo custodia estatal (CISC)...43
- Recursos comunitarios..... 43
- Elegibilidad e inscripción.....44
- Cambios en la cobertura..... 45
- Excepciones a la cobertura..... 45
- Quejas y apelaciones.....50
- Privacidad.....53
- Consejo Asesor de Miembros..... 54
- Derechos y responsabilidad..... 54
- Directivas anticipadas.....57
- Fraude, despilfarro y abuso..... 59

Definiciones 61

Cómo comenzar

La atención médica es un viaje, y estamos con usted en cada paso del camino:



1. Revise su paquete de bienvenida

Debería haber recibido su tarjeta de identificación de miembro. Llévela siempre con usted. Si aún no ha recibido su tarjeta de identificación, visite [MiMolina.com](https://www.mimolina.com) o llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.



2. Regístrese en el portal para miembros de My Molina®

Conéctese a nuestro portal seguro desde cualquier dispositivo, esté donde esté, y gestione su salud en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Es fácil de usar y le permite ocuparse de su atención médica en línea.

Con My Molina® usted puede hacer lo siguiente:

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

También puede ver la siguiente información:

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

¡Regístrese e inicie sesión hoy mismo!

Siga estos sencillos pasos:

Paso 1: Ingrese en [MiMolina.com](https://www.mimolina.com).

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

Paso 3: Ingrese su dirección de correo electrónico.

Paso 4: Cree una contraseña.

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

¿Olvidó su contraseña?

Haga clic en “**Forgot your Password?**” (¿Olvidó su contraseña?) y siga los pasos para restablecerla.



3. Regístrese en la aplicación móvil My Molina®

My Molina® es su portal personalizado para miembros en su teléfono inteligente. Puede conectarse desde cualquier dispositivo inteligente. Para obtener ayuda en cualquier lugar, descargue la aplicación My Molina sin costo desde la tienda de aplicaciones de su teléfono inteligente. Simplemente, busque **My Molina**.



4. Hable sobre su salud

Lo llamaremos para preguntarle sobre su salud y cualquier necesidad que tenga. Esto nos ayudará a identificar cómo brindarle la mejor atención y apoyo. Si su información de contacto ha cambiado, infórmenos en **MiMolina.com** o llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.



5. Conozca a su médico de atención primaria (PCP)

Su médico de atención primaria es su PCP. Será su proveedor primario. Para elegir o cambiar su PCP, ingrese a **MiMolina.com**, la **aplicación móvil My Molina®** o llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.



6. Conozca sus beneficios

Con Molina, tiene sus beneficios de Medicaid, así como servicios adicionales llamados servicios de valor añadido. También tiene grandes recompensas por visitar a su PCP para el control de seguimiento de bienestar, vacunarse y más.

Su membresía

Su tarjeta de identificación de miembro

Recibirá una tarjeta de identificación para cada miembro de su familia.

Su nombre → Nombre del miembro: <Member_Name_1>
 Núm. de identificación de Molina: <Molina_ID_1>
 Núm. de identificación médica: <Member_ID_1>
 Fecha de nacimiento: <Date_of_Birth_1>
 Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: <Member_Effective_Date_1>

Su proveedor → Médico de atención primaria (PCP)
 Nombre del PCP: <PCP_name_1>

Su número de identificación del miembro → RxBIN: <Bin_number_1>
 RxPCN: <RxPCN_1>
 RxGRP: <RxGroup_1>

La fecha cuando comenzó con Molina → Fecha de nacimiento: <Date_of_Birth_1>
 Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: <Member_Effective_Date_1>

Plan estatal
 Estos servicios están financiados en parte por el estado de New Mexico.
 MyMolina.com

Tarjeta del plan alternativo de beneficios (ABP)

Molina Healthcare of New Mexico
 Nombre del miembro: <Member_Name_1>
 Núm. de identificación de Molina: <Molina_ID_1>
 Núm. de identificación médica: <Member_ID_1>
 Fecha de nacimiento: <Date_of_Birth_1>
 Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: <Member_Effective_Date_1>

Médico de atención primaria (PCP)
 Nombre del PCP: <PCP_name_1>

RxBIN: <Bin_number_1>
 RxPCN: <RxPCN_1>
 RxGRP: <RxGroup_1>

Visita al consultorio: \$0.00
 Sala de emergencias*: \$0.00
 Atención de urgencia: \$0.00
 Hospital: \$0.00

*Es posible que se le facture \$0.00 por el uso de la sala de emergencias (ER) para casos que no sean de emergencia.

Estos servicios están financiados en parte por el estado de New Mexico.
 MyMolina.com

Tarjeta de exención del ABP

Molina Healthcare of New Mexico
 Nombre del miembro: <Member_Name_1>
 Núm. de identificación de Molina: <Molina_ID_1>
 Núm. de identificación médica: <Member_ID_1>
 Fecha de nacimiento: <Date_of_Birth_1>
 Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: <Member_Effective_Date_1>

Médico de atención primaria (PCP)
 Nombre del PCP: <PCP_name_1>

RxBIN: <Bin_number_1>
 RxPCN: <RxPCN_1>
 RxGRP: <RxGroup_1>

Visita al consultorio: \$0.00
 Sala de emergencias*: \$0.00
 Atención de urgencia: \$0.00
 Hospital: \$0.00

*Es posible que se le facture \$0.00 por el uso de la sala de emergencias (ER) para casos que no sean de emergencia.

Estos servicios están financiados en parte por el estado de New Mexico.
 MyMolina.com

Necesita su tarjeta de identificación para lo siguiente:



Consultar a su médico, su especialista y otros proveedores.



Obtener suministros médicos y recetas.



Ir a un hospital.



Acudir a un centro de atención de urgencia.



Ir a una sala de emergencias.



Realizarse exámenes médicos.

Su guía de referencia rápida

A dónde acudir para obtener la información que necesita

Qué necesita	Acción
<p>Emergencia</p> <p>Acceso en línea El portal para miembros de Molina, MiMolina.com, le ayuda a administrar en línea su plan de salud. Puede conectarse a nuestro portal seguro desde cualquier dispositivo, sin importar dónde se encuentre. En MiMolina.com puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualizar su información de contacto. • Solicitar una tarjeta de identificación. • Y mucho más. 	<p>Llame al 9-1-1</p> <p>Para registrarse, visite MiMolina.com.</p>
<p>Cómo obtener atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencia. • Enfermedades leves. • Lesiones leves. • Exámenes físicos y seguimientos. • Atención preventiva. • Vacunación (inyecciones). 	<p>Llame a su proveedor</p> <p>Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas (833) 965-1558 (TTY: 711) El personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Atención virtual en www.Teladoc.com</p> <p>Centros de atención de urgencia Busque un proveedor o un centro de atención de urgencia en MolinaHealthcare.com/NMMedicaidResources.</p>

Qué necesita	Acción
<p>Servicios de telesalud</p> <p>La telesalud es un método conveniente para tratar enfermedades comunes sin tener que ir a una visita al consultorio en persona, a la sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia. En el caso de problemas que no sean de emergencia, como gripe, alergias, erupciones cutáneas, malestar estomacal y mucho más, puede comunicarse con un médico a través de su teléfono inteligente o computadora para recibir atención donde quiera que esté, siempre que lo necesite. Los médicos pueden diagnosticar, tratar e incluso recetar medicamentos si lo necesita.</p>	<p>Por lo general, las visitas de telesalud se realizan en línea en su computadora, tableta o teléfono inteligente con acceso a Internet. A veces, se pueden hacer por teléfono. Si bien el servicio de telesalud no es apropiado para todas las afecciones o situaciones, generalmente, puede usarlo para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablar con su proveedor por teléfono o videoconferencia. • Enviar y recibir mensajes electrónicos con el proveedor. • Participar en la supervisión remota para que su proveedor pueda realizar un seguimiento de cómo le va en su hogar. • Obtener atención médica y de salud del comportamiento médicamente necesaria. <p>Para programar una cita de telesalud, visite Teladoc.com.</p>

Detalles del plan

Comuníquese con nosotros si tiene preguntas sobre su plan de Molina. Podemos ayudarlo con sus preguntas y a obtener la atención y los servicios que necesita.

Servicios para Miembros (844) 862-4543 (TTY: 711)

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora de la montaña (MST)

Venga a vernos en Albuquerque, Gallup y Las Cruces. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre nuestras ubicaciones sin turno previo.

¿Necesita programar un viaje para ir a una cita? Llame al servicio de Superior Transportation al **(833) 707-7100 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 6 a. m. a 8 p. m. (MST), o visite myride.superior-nm.com/Account/Login

Qué necesita	Acción
<p>Informarnos sobre cambios y eventos de la vida, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otra cobertura de salud • Información de contacto • Matrimonio • Divorcio • Tener un bebé 	<p>Servicios para Miembros (844) 862-4543 (TTY: 711)</p>

Recursos para New Mexico

Departamento de Niños, Jóvenes y Familias
(855) 333-7233 (TTY: 711)

Administración del Seguro Social
(800) 772-1213 (TTY: 711)

División de Apoyo de Ingresos (ISD)
(800) 283-4465 (TTY: 711)

Servicios de retransmisión en New Mexico
TTY: (800) 659-83
Voz: (800) 659-17
Retransmisión de voz: (877) 659-41

Centro de recursos para personas mayores y con discapacidades
(800) 432-2080 (TTY: 711)

Servicios de protección para adultos
(866) 654-3219 (TTY: 711)

Su proveedor

Cómo obtener atención

Su tarjeta de identificación tiene el nombre de un médico de atención primaria (PCP). Su PCP ayuda a coordinar su atención médica. El consultorio del PCP es su hogar médico. Si el PCP que figura en su tarjeta de identificación no es el PCP con quien usted o su familia se atienden, avísenos. Es importante que tenga un proveedor que lo haga sentir cómodo. Es fácil elegir uno con nuestro Directorio de proveedores que se encuentra aquí: MolinaHealthcare.com/NMMedicaidResources. Puede elegir un PCP para usted y otros para los miembros de su familia, o uno que los atienda a todos. Puede actualizar su PCP en MiMolina.com o llamando a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. Es importante recibir la atención necesaria. También podemos ayudarlo a programar su cita.

Contamos con una creciente familia de proveedores que están listos para brindarle servicios. Visite proveedores que formen parte de Molina. Puede encontrar una lista de estos proveedores en MiMolina.com o en nuestro sitio web: MolinaHealthcare.com/NMMedicaidResources. También puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar una copia impresa.

Cómo programar su primera visita

Visite a su proveedor dentro de los 90 días posteriores a la inscripción.

Su proveedor hará lo siguiente:

- Tratar la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina.
- Revisar las pruebas y los resultados.
- Recetar medicamentos.
- Remitirlo a otros proveedores (especialistas).

Servicios de traducción

Si habla otro idioma o necesita información en braille, letra grande o audio, no se preocupe. Interpretaremos o traduciremos cualquiera de nuestros documentos para miembros a su idioma preferido (incluido el lenguaje de señas). Solo tiene que contactarnos y decirnos el idioma que necesita. Incluso podemos organizar la presencia de un traductor o intérprete de lenguaje de señas en sus citas. (Es posible que el intérprete esté al teléfono).

Un traductor le puede ayudar con lo siguiente:

- Programar una cita.
- Hablar con su médico o enfermero.
- Obtener atención de emergencia.
- Presentar una queja o apelación.

- Obtener información sobre la toma de medicamentos.
- Realizar el seguimiento de una aprobación previa que pueda necesitar para un servicio.
- Con lenguaje de señas.

Este es un servicio gratuito. Si necesita un traductor, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., MST.

Proveedores de la red

Según su plan de Molina, usted debe recibir servicios de proveedores de la red. Los proveedores que no se encuentran en la red de proveedores de Molina se llaman proveedores fuera de la red, y los servicios de estos no estarán cubiertos, excepto en los siguientes casos:

- Atención de urgencia o emergencia.
- Servicios de planificación familiar.
- Servicios de emergencia de salud del comportamiento.
- Indígenas estadounidenses que visitan a algún proveedor de servicios de salud para indígenas, de una clínica tribal 638 y de salud para la población indígena urbana (ITU).
- Cuando se recibe una autorización previa de Molina (por ejemplo, si no hay proveedores de la red de Molina que puedan brindarle la atención que necesita).

Un médico de atención primaria (PCP) puede ayudarlos a usted y a su familia a mantenerse sanos y a brindar atención preventiva. Su PCP será su proveedor de cabecera. Puede ayudarlo a coordinar todas sus necesidades de salud. Todos los miembros deben tener un PCP. Usted debe atenderse con un proveedor que forme parte de nuestra red. Es posible que el especialista actúe como su PCP. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Si no elige un PCP, nosotros elegiremos uno para usted. Elegiremos un PCP según su dirección, idioma preferido y proveedores que haya visto su familia anteriormente.

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

Si su PCP abandona la red de Molina

Si su PCP abandona la red de Molina, le enviaremos una carta para informarle. Seleccionaremos un nuevo PCP para usted. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación con el nombre de su nuevo PCP. Puede mantener al PCP que seleccionamos o puede llamar a Servicios para Miembros para elegir un PCP de su elección. Llame al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Proveedores fuera de la red

Debe acudir a proveedores de salud física y del comportamiento que trabajen con Molina. También contamos con hospitales, farmacias y proveedores de servicios dentales y de la vista a su disposición. Si un proveedor de Molina no está disponible para brindar servicios cubiertos, Molina debe cubrirlos mediante un proveedor fuera de la red. Esto debe realizarse

de manera oportuna, siempre que la red de Molina no pueda brindar el servicio. El costo no debería ser mayor al que se cobraría si el proveedor estuviera dentro de la red.

Si tiene Medicare, su PCP de Medicare no se considera fuera de la red.

Molina debe autorizar los servicios de un proveedor fuera de la red, excepto en los casos que se mencionan a continuación. Si no se obtiene una autorización previa, los servicios no están cubiertos.

Los siguientes servicios brindados por un proveedor fuera de la red no requieren autorización previa:

- Atención de emergencia (que pone en riesgo la vida) de parte de un hospital y una ambulancia de emergencia.
- Atención urgente que se recibe en un centro de atención de urgencia.
- Planificación familiar, como educación y asesoramiento sobre control de natalidad y embarazo, análisis de laboratorio, atención de seguimiento, píldoras y dispositivos anticonceptivos, como dispositivos intrauterinos (DIU) y preservativos, ligadura de trompas y vasectomías.
- Indígenas estadounidenses que visitan a proveedores de servicios de salud para indígenas o para la población indígena urbana, o proveedores de una clínica tribal 638 (ITU).

Si el servicio fuera de la red está autorizado previamente y ese proveedor le recomienda otro servicio fuera de la red, es su responsabilidad asegurarse de tener una autorización previa para el nuevo servicio. Si no recibe una autorización previa antes de recibir servicios fuera de la red, es posible que deba pagar al proveedor. Llame a Molina para obtener ayuda o una autorización previa al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. Si Molina proporciona la autorización previa para ver a un proveedor fuera de la red, usted no tendrá que pagar por el servicio.

Segundas opiniones

Una segunda opinión es cuando usted solicita ver a otro proveedor por su afección médica. Este le puede dar una segunda opinión. Tiene derecho a obtener una segunda opinión. Si otro proveedor no está disponible dentro de la red, usted puede obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de la red sin costo. Si considera que necesita una segunda opinión, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Es posible que desee una segunda opinión si ocurre lo siguiente:

- No está seguro de que necesite la atención.
- No está seguro de los hallazgos del médico.
- Tiene un problema difícil.
- Cree que su médico no sabe con certeza si le está dando el diagnóstico correcto.
- No ha mejorado.
- No está conforme con su médico.

Cómo recibir atención especializada y remisiones

Molina ofrece una red de proveedores especializados. Si necesita atención que su PCP no puede brindar, lo remitirá a un especialista. Su PCP es responsable de la coordinación de estos servicios. Hable con su PCP para asegurarse de saber cómo funcionan las remisiones.

Obtener una remisión de su PCP garantiza que todos los proveedores conozcan sus metas y planes de atención médica. Si considera que un especialista no cumple con sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarlo si necesita ver a otro especialista. Es importante que reciba la atención que necesita. Si no contamos con un especialista que pueda brindar la atención que necesita, se la brindaremos mediante un especialista fuera de la red de Molina.

Hay algunos tratamientos y servicios que su PCP debe solicitar a Molina que apruebe antes de que usted pueda recibirlos. Esto se denomina autorización previa (PA). Su PCP puede informarle qué servicios requieren una PA.

Se debe realizar una solicitud de PA antes de que se lleven a cabo los tratamientos o las pruebas. Si se deniega una solicitud de atención especializada, nos comunicaremos con usted y su PCP en el plazo de uno a siete días. Usted o su PCP pueden apelar la denegación de una autorización previa llamando a Servicios para Miembros de Molina al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

En qué casos se le puede facturar

Es posible que se le facturen servicios no cubiertos por Medicaid. Si consulta a un proveedor sin una remisión o sin obtener una autorización previa cuando es necesario, es posible que se le facture. Sus proveedores pueden facturarle o enviarlo a cobranzas para que reciban el dinero que usted adeuda. No perderá sus beneficios de Medicaid si no paga su factura a un proveedor por servicios no cubiertos por Medicaid.

Si Molina no paga la factura porque su proveedor no siguió el proceso o los procedimientos de Molina, ese proveedor no le puede facturar a usted. Si su proveedor le factura un servicio, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Beneficios y servicios

Afecciones médicas de emergencia

Una afección médica de emergencia es una afección de salud física o del comportamiento lo suficientemente grave como para que una persona promedio piense que, sin ayuda inmediata, existe un gran peligro para la salud, las funciones corporales, las partes del cuerpo, los órganos o la apariencia de esa persona o del bebé por nacer de esa persona.

Servicios de emergencia

Una emergencia es una afección médica o del comportamiento que presenta síntomas tan graves (incluido dolor intenso) que, si no recibe atención de inmediato, su salud podría resentirse gravemente (en el caso de una mujer embarazada, la salud del bebé por nacer). También puede ser una emergencia cuando cree que podría perder un órgano o una parte del cuerpo, o se perjudicaría una función corporal si no recibe atención médica de inmediato.

Estos son algunos ejemplos de emergencias:

- Ataque cardíaco.
- Accidente cerebrovascular.
- Dolor intenso en el pecho u otro dolor que no desaparece.
- Dificultad para respirar.
- Hemorragia que no se detiene.
- Pérdida del conocimiento (desmayo).
- Convulsiones.
- Intoxicación por drogas o sobredosis.
- Quemaduras graves.
- Lesión grave tras un accidente o una caída.
- Fracturas.
- Ojo lesionado o pérdida repentina de la vista.
- Sentimientos de querer lastimarse o lastimar a otros.

Si tiene una emergencia médica, no es necesario llamar a Molina antes de acudir a la sala de emergencias ni llamar al 911 para solicitar servicios de ambulancia de emergencia. En una emergencia, usted no tiene que preocuparse de si la sala de emergencias o la ambulancia están o no en la red de proveedores de Molina.

Qué debe hacer en caso de emergencia

¡Llame al 911 de inmediato! Vaya al hospital más cercano. Llamar al 911 lo ayudará a llegar a un hospital. Puede usar cualquier hospital para recibir atención de emergencia, incluso si está en otra ciudad o en otro estado.

Informe al hospital que usted es miembro de Molina. Pida que llamen a Molina al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.

Qué no es una emergencia

No acuda a una sala de emergencias si no tiene una verdadera emergencia. La sala de emergencias es para pacientes que están muy enfermos o lesionados y nunca debe utilizarse porque le parezca más fácil a usted o a su familia. Es posible que tenga que esperar mucho tiempo para que lo atiendan y los cargos por los servicios de la sala de emergencias son muy costosos, incluso si solo tiene un pequeño problema.

Si tiene una enfermedad o problema de salud, primero llame a su PCP. Si no puede comunicarse con su PCP, llame a la Línea gratuita de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas al **(833) 965-1558 (TTY: 711)**. Un enfermero puede sugerirle que acuda a su PCP, a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias más cercana. Si el consultorio del PCP está cerrado, la Línea de Asesoramiento de Enfermería también puede ayudar a decidir lo que debe hacer.

Si usted sabe que su enfermedad no es grave ni pone en peligro su vida y de todos modos acude a la sala de emergencias o llama a una ambulancia, es posible que le facturen. Si se le factura y usted no paga esa factura, el proveedor puede tomar medidas legales contra usted.

Sala de emergencias y servicios de ambulancia

Si tiene una emergencia, no es necesario llamar a Molina antes de acudir a la sala de emergencias ni llamar al 911 para solicitar servicios de emergencia. En una emergencia, usted no tiene que preocuparse de si la sala de emergencias o la ambulancia están en la red de proveedores de Molina.

Estadías de observación en el hospital

Si lo admiten en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y solo debe permanecer un tiempo breve, la atención podría cubrirse como una estadía de observación en lugar de una hospitalización. Se notificará a su proveedor cuando su enfermedad califique como estadía en observación.

Atención de seguimiento

Después de una visita a la sala de emergencias, es posible que necesite atención de seguimiento. La atención médica que reciba mantendrá su salud estable, o mejorará o resolverá su problema de salud. Esto se denomina atención posterior a la estabilización.

Este tipo de atención puede requerir una autorización previa de Molina. Puede recibir atención posterior a la estabilización en un hospital o en otro centro. Esta atención está cubierta.

Para recibir otra atención de seguimiento, como resurtidos de medicamentos o la extracción de un yeso, vaya al consultorio de su proveedor. Para obtener ayuda sobre cómo encontrar proveedores de atención posterior a la estabilización y llegar a sus ubicaciones, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Lo que no está cubierto en caso de atención de emergencia

- Atención de seguimiento fuera de New Mexico si pudiera regresar a dicho estado para recibir atención sin resultados médicamente perjudiciales.
- Atención de seguimiento recibida de parte de un proveedor fuera de la red si no está autorizada previamente por Molina.
- Servicios recibidos fuera de los Estados Unidos.

Servicios de atención médica

Tenemos una creciente familia de médicos y hospitales. Y están listos para brindarle servicios. Visite proveedores que formen parte de Molina. Puede encontrar una lista de estos proveedores en **MiMolina.com** o en nuestro sitio web **MolinaHealthcare.com/NM MedicaidResources**. También puede llamar a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)** y solicitar una copia impresa.

Beneficios dentales

Los dientes y las encías saludables son una parte importante de su salud en general.

Molina cubre lo siguiente:

- Visitas regulares al dentista
- Seguimientos
- Limpiezas

Se recomienda realizar visitas anuales al dentista.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, llame a DentaQuest al **(855) 873-1285 (TTY: 711)**.

Puede encontrar proveedores de servicios dentales en nuestro Directorio de proveedores: **MolinaHealthcare.com/NM MedicaidResources**.

Atención de la vista

Es importante visitar a su proveedor de atención de la vista con regularidad para ayudar a prevenir o reducir los problemas de la vista.

Molina cubre lo siguiente:

- Un examen y un par de anteojos por año para menores de 20 años.
- Un examen y un par de anteojos cada tres años para mayores de 21 años.

- También puede obtener beneficios adicionales para la vista mediante el servicio de valor añadido de Molina para la vista. Consulte la sección de *Servicios de valor añadido* a partir de la página 39 de este manual.
- Atención de la vista por lesión o enfermedad ocular.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la vista, llame a March Vision al **(844) 706-2724 (TTY: 711)**.

Puede encontrar proveedores de servicios de la vista en nuestro Directorio de proveedores: MolinaHealthcare.com/NMMedicaidResources.

Salud del comportamiento

Podemos ayudarlo a obtener los servicios de salud del comportamiento que usted y su familia necesitan. Debe recurrir a un proveedor que forme parte de nuestra red de salud del comportamiento, a menos que se trate de una emergencia. Cubrimos los servicios para pacientes internados y ambulatorios y las visitas al médico. Usted puede remitirse por su cuenta para recibir servicios de salud del comportamiento. No es necesario que primero visite a su PCP.

Los coordinadores de atención pueden ayudarlo a obtener los servicios que necesita. Pueden proporcionar una lista de los servicios cubiertos.

Qué debe hacer si tiene algún problema

Es posible que tenga alguno de estos sentimientos:

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

De ser así, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Cómo comunicarse con un especialista en apoyo entre pares

Respaldamos el uso de especialistas en apoyo entre pares y familiares para ayudar en la recuperación de problemas de salud mental o abuso de sustancias. Molina puede ayudarlo a conseguir un especialista en apoyo entre pares. Llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Servicios de salud del comportamiento de emergencia

Una emergencia de salud del comportamiento es una afección de salud mental que puede causar daños extremos al cuerpo o incluso la muerte. Algunos ejemplos de estas emergencias son los siguientes:

- Intento de suicidio.

- Peligro para sí mismo o para los demás.
- Daño funcional cuando la persona no puede realizar actividades de la vida diaria.
- Daño funcional que probablemente cause la muerte o daños graves al cuerpo.

Si tiene una emergencia, acuda de inmediato a la sala de emergencias, al hospital o al centro más cercano. También puede marcar la **Línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis**. Si va a la sala de emergencias, informe a su médico sobre la emergencia de salud del comportamiento tan pronto como pueda.

Si tiene una emergencia de salud del comportamiento y no puede acudir a un proveedor aprobado, haga lo siguiente:

- Diríjase al hospital o centro más cercano.
- Llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Llame a su médico y realice un seguimiento dentro de las 24 a 48 horas.

Servicios de salud mental o por abuso de sustancias

Si necesita servicios de salud mental o por abuso de sustancias, puede remitirse directamente a un proveedor. También puede llamar a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un proveedor y programar una cita. Puede encontrar una lista de estos proveedores en [MiMolina.com](https://www.mimolina.com) o en nuestro sitio web: [MolinaHealthcare.com/NMMedicaidResources](https://www.MolinaHealthcare.com/NMMedicaidResources). También puede llamar a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)** y solicitar una copia impresa.

¿Qué debe hacer si necesita equipo médico duradero (DME) de emergencia?

Si necesita un DME de emergencia, llame a su proveedor. Llame al 911 si está en peligro inmediato. Comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)** si no puede obtener la ayuda que necesita del proveedor.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) ayudan a las personas con afecciones crónicas de salud física o del comportamiento. Al realizar una evaluación de riesgos para la salud (HRA), los resultados de la HRA podrían indicar que usted puede beneficiarse de los LTSS. Si vemos que los LTSS pueden ayudarlo, un coordinador de atención programará y realizará en su hogar una evaluación integral de las necesidades (CNA) con usted.

Si no necesita atención las 24 horas, es posible que sea elegible para beneficios comunitarios. Esto le permite quedarse en su hogar y complementar la atención que recibe de los apoyos naturales. Existen dos tipos de beneficios comunitarios:

- Basados en agencias
- Autodirigidos

Los servicios y apoyos a largo plazo de beneficios comunitarios basados en agencias (ABCB) incluyen los siguientes:

- Salud diurna para adultos: programas de día en la comunidad donde los miembros pueden disfrutar de actividades, como hacer arte y ejercicio o visitar a otras personas.

- Vida asistida: servicio residencial en un entorno familiar que ofrece servicios individualizados para satisfacer las necesidades de los miembros.
- Consulta de apoyo al comportamiento: capacitación y apoyo a personas que atienden a miembros con necesidades especiales.
- Servicios de transición comunitarios: los gastos de colocación por única vez para los adultos que van de un centro de enfermería a un arreglo de vivienda en la comunidad donde son responsables de sus propios gastos de vida.
- Servicios de respuesta ante emergencias: un dispositivo electrónico que ayudará a los miembros a recibir ayuda en caso de emergencia.
- Apoyo para el empleo: ayuda para los miembros para la capacitación laboral o para encontrar un empleo.
- Modificaciones del entorno: cambios en el hogar del miembro para mejorar la seguridad y la independencia.
- Asistente de atención médica a domicilio: un proveedor capacitado ayuda a los miembros con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, cocinar y hacer las compras.
- Asesoramiento nutricional: planes de alimentación y apoyo para afecciones médicas, como diabetes, desnutrición, salud cardiovascular, etc.
- Atención personal: ayuda al miembro con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, cocinar y hacer las compras. Los miembros pueden elegir el modelo delegado por el consumidor o dirigido por el consumidor. Es posible que un familiar pueda brindar este servicio.
- Servicios de enfermería privada para adultos: servicios relacionados con la salud brindados por un enfermero registrado (RN) o un enfermero practicante con licencia (LPN).
- Servicios de relevo de enfermería: servicios relacionados con la salud brindados por un RN o LPN que brindan al cuidador principal no pagado un descanso para reducir el estrés en caso de una enfermedad o una emergencia familiar.
- Relevo: le da al cuidador principal no pagado una pausa para reducir el estrés en caso de enfermedad o emergencia familiar.
- Terapias de mantenimiento especializada: terapia ocupacional (OT), fisioterapia (PT) y terapia del habla y del lenguaje (SLT) para padres (de 21 años o más).
- Si reúne los requisitos para recibir servicios y apoyo a largo plazo, tiene la opción de dirigir la atención por su cuenta si recibió beneficios comunitarios basados en la agencia durante al menos 120 días.

Los servicios de beneficios comunitarios autodirigidos (SDCB) incluyen lo siguiente:

- Consulta de apoyo al comportamiento: capacitación y apoyo a personas que atienden a miembros con necesidades especiales.
- Apoyo comunitario personalizado: programas de día en la comunidad donde el miembro puede disfrutar de actividades, como hacer arte y ejercicio o visitar a otras personas.
- Servicios de respuesta ante emergencias: un dispositivo electrónico que ayudará al miembro a recibir ayuda en caso de emergencia.
- Apoyo para el empleo: ayuda al miembro con la capacitación laboral o la búsqueda de empleo.
- Modificaciones del entorno: cambios en el hogar del miembro para mejorar la seguridad y la independencia.
- Asistente de atención médica a domicilio: un proveedor capacitado ayuda a los miembros con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse y comer.

- Asesoramiento nutricional: planes de alimentación y apoyo para afecciones médicas, como diabetes, desnutrición, salud cardiovascular, etc.
- Servicios de enfermería privada para adultos: servicios relacionados con la salud brindados por un RN o LPN.
- Productos relacionados: servicios, bienes y equipos que ayudan a los miembros a permanecer en la comunidad.
- Servicios de relevo de enfermería: servicios relacionados con la salud brindados por un RN o LPN que brindan al cuidador principal no pagado un descanso para reducir el estrés en caso de una enfermedad o una emergencia familiar.
- Relevo: le da al cuidador principal no pagado una pausa para reducir el estrés en caso de enfermedad o emergencia familiar.
- Cuidado personal autodirigido: ayuda al miembro con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, cocinar y hacer las compras. Es posible que un familiar pueda brindar este servicio.
- Terapias de mantenimiento especializada para adultos: terapia ocupacional (OT), fisioterapia (PT) y terapia del habla y del lenguaje (SLT) para adultos (21 años o más).
- Terapias especializadas: acupuntura, biorretroalimentación, quiropráctica, terapia de rehabilitación cognitiva, hipoterapia, masoterapia, naprapatía y curación de nativos americanos.
- Transporte (no médico): lleva al miembro desde y hasta los lugares de servicios, actividades y recursos comunitarios locales.

Su coordinador de atención puede brindarle más información sobre los beneficios comunitarios. Puede comunicarse con su coordinador de atención llamando a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. También puede comunicarse con su coordinador de atención en [MiMolina.com](https://www.mimolina.com).

Cuidados terminales

El cuidado terminal es un servicio para el cuidado de las personas que tienen una enfermedad terminal, a las que normalmente les quedan seis meses o menos de vida. Los programas de cuidados terminales con licencia les brindan a usted y a su familia apoyo y comodidad durante los últimos meses de vida. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Cómo acceder a los servicios hospitalarios

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Debe tener autorización previa (PA) para recibir servicios hospitalarios, a excepción de los servicios de atención de urgencia o de emergencia. Si recibe servicios en un hospital o es admitido en el hospital por servicios de emergencia o atención de urgencia fuera del área, la hospitalización estará cubierta. Esto se aplica incluso si usted no tiene una PA.

Servicios médicos/quirúrgicos

Cubrimos los servicios para pacientes internados en un hospital o centro de rehabilitación de proveedores de Molina cuando los servicios suelen prestarse en hospitales generales de atención aguda o centros de rehabilitación dentro de nuestra área de servicio:

- Habitación y comida (habitación privada si es médicamente necesario).
- Unidades de atención especializada y cuidados críticos.
- Cuidado general y especial de enfermería.
- Quirófanos y salas de recuperación.
- Servicios de proveedores participantes, incluidos consultas y tratamientos de especialistas.
- Anestesia.
- Medicamentos recetados de acuerdo con las pautas del formulario (para los medicamentos recetados para el alta del hospital, consulte la sección *Medicamentos cubiertos* en la página 22).
- Materiales radioactivos utilizados con fines terapéuticos.
- Equipo médico duradero y suministros médicos.
- Diagnóstico por imágenes, análisis de laboratorio y procedimientos especiales (incluye resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT], tomografías por emisión de positrones [PET] e imágenes por ecografía).
- Mastectomías (extirpación de la mama) y disecciones de ganglios linfáticos.
- Sangre, productos sanguíneos y su administración, almacenamiento de sangre (incluidos los servicios y suministros de un banco de sangre).
- Fisioterapia y terapias ocupacional y del habla (incluye tratamiento en un programa de rehabilitación).
- Terapia respiratoria.
- Servicios médicos y sociales y planificación del alta.

El proveedor presentará una reclamación cuando usted reciba estos servicios. Debe hacerlo cuando Molina sea el seguro primario. El proveedor debe enviar la reclamación en un plazo de 90 días desde la fecha en que usted recibe el servicio. Si corresponde, usted debe pagar el copago. No tiene que pagar por los servicios si obtiene una remisión. No tiene que pagar por los servicios si su proveedor obtiene una PA cuando sea necesario. No es necesario que presente una reclamación ante Molina. Este es el trabajo del proveedor.

Transporte

Transporte médico que no es de emergencia (NEMT)

Molina trabaja con Superior Medical Transportation para proporcionar el transporte hasta sus citas. Puede usar este beneficio para visitar a cualquier proveedor. Las visitas médicas incluyen viajes para acudir a médicos, clínicas, hospitales, terapias o servicios de salud del comportamiento.

El transporte a una farmacia no es un beneficio cubierto por Turquoise Care, pero lo tiene como un beneficio adicional con nosotros. El beneficio de transporte también puede pagar por alojamiento y alimentos si su atención es para una visita de salud médica o del comportamiento que se encuentra dentro o fuera de su comunidad local. Comuníquese con Superior Medical Transportation para ver si su viaje reúne los requisitos para este beneficio.

Llame a Superior Medical Transportation al **(833) 707-7100 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 6 a. m. a 8 p. m. (MST), para programar su viaje. Debe llamar dos días hábiles antes de su visita.

Acompañantes o familiares

Turquoise Care cubre a otra persona para que viaje con usted a sus citas (incluye alimentos y alojamiento de una persona, si corresponde) en las siguientes situaciones:

- Usted es menor de 18 años y la otra persona que puede viajar con usted es su padre, madre o tutor legal.
- Es necesario que la otra persona viaje con usted por razones médicas. Su proveedor médico debe proporcionar evidencia de la necesidad médica por escrito. La otra persona que viaje con usted debe tener al menos 18 años.

A excepción de las situaciones anteriores, Turquoise Care no cubre a otras personas que lo acompañen a sus citas. Por ejemplo, Turquoise Care no ofrece cobertura para niños menores que lo acompañen a sus citas.

Transporte de emergencia

Mientras el equipo de transporte habla con usted, y si el caso parece una verdadera emergencia, le diremos que cuelgue el teléfono y llame al 911. Pagaremos la ambulancia más tarde. No nos llame primero si considera que su problema de salud es una verdadera emergencia. Llame al 911.

Para decidir si el transporte es necesario con urgencia, es posible que le pregunten lo siguiente:

- ¿Tiene fiebre?
- ¿Está recibiendo oxígeno?
- ¿Usa una silla de ruedas o un andador?
- ¿Tiene tos?

Medicamentos cubiertos

La Lista de medicamentos preferidos (PDL) de Molina es una lista de medicamentos que están cubiertos por Turquoise Care. La HCA aprueba la Lista de medicamentos para todos los planes de atención administrada de Medicaid. Puede encontrar la PDL en [MiMolina.com](https://www.MiMolina.com) o en nuestro sitio web: [MolinaHealthcare.com/NM MedicaidResources](https://www.MolinaHealthcare.com/NM MedicaidResources). También puede llamar a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)** y solicitar que le enviemos una copia impresa por correo.

Farmacia de servicio por correo

Molina quiere ofrecer una manera de ahorrar tiempo al obtener sus medicamentos. Puede obtener un suministro para treinta y un (31) días en la mayoría de los medicamentos y hasta noventa y tres (93) días para ciertos medicamentos. Este es un gran beneficio.

Es fácil y puede ahorrarle tiempo. No tiene que ir a la farmacia todos los meses. Si desea más información, llame a Servicios para Miembros de Molina al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. Podemos ayudarlo a inscribirse.

Información sobre farmacia especializada

Los medicamentos especializados se utilizan para tratar afecciones complejas, como cáncer, artritis reumatoide y esclerosis múltiple. Los medicamentos especializados suelen requerir cuidados especiales. Es posible que ciertos medicamentos no estén disponibles en todas las farmacias. Solo pueden estar disponibles a través de una farmacia especializada

dentro de la red. Llame a Servicios para Miembros de Molina al **(844) 862-4543 (TTY: 711)** para obtener ayuda.

Molina generalmente cubrirá solo los medicamentos de la lista de medicamentos. La PDL indicará si se prefiere un medicamento de marca o la versión genérica. Si se prefiere un medicamento genérico, el de marca requerirá la aprobación por necesidad médica.

Para asegurarse de que no tenga problemas al momento de surtir sus recetas, siempre pida a su proveedor que verifique la PDL. Si el proveedor receta un medicamento que no se encuentra en la lista o que ya no está aprobado para tratar su afección, este debe contar con una autorización previa de Molina antes de que usted pueda obtener ese medicamento. A la autorización previa a veces se le llama “excepción”. Sin una autorización previa, la farmacia no podrá surtir su receta. Analizaremos la solicitud del proveedor y la información de respaldo, y revisaremos la necesidad médica.

Por lo general, las solicitudes se aprueban por los siguientes motivos:

- Otros medicamentos de la PDL no son apropiados para la afección.
- Un medicamento similar de la lista no mejora tanto la salud como el que usted solicita.
- Un medicamento similar de la lista es dañino para la salud.

En caso de emergencia, Molina responderá a la solicitud del proveedor en un plazo de 24 horas. Usted puede utilizar el proceso de apelaciones si se deniega la solicitud. Tenga en cuenta que los indígenas estadounidenses que reciben recetas de proveedores de servicios de salud para indígenas, para la población tribal y para la población indígena urbana pueden recibir medicamentos que no se encuentran en la PDL sin obtener la autorización previa de Molina.

Hay algunos medicamentos que no cubrimos. Estos incluyen medicamentos para lo siguiente:

- Disfunción eréctil
- Pérdida de peso
- Fines estéticos
- Infertilidad

Para asegurarnos de que está recibiendo la atención que necesita, usted o su proveedor pueden enviarnos una solicitud. Usted o su proveedor deberán explicar por qué necesita cierto medicamento o cierta cantidad de un medicamento. Debemos aprobar la solicitud de PA antes de que pueda obtener el medicamento.

Los motivos por los que podemos requerir la PA de un medicamento incluyen los siguientes:

- El medicamento se puede usar mal o se puede abusar de su uso.
- El medicamento está incluido en el formulario, pero no se encuentra en la PDL.
- Hay otros medicamentos que deben probarse primero.

Si no aprobamos una solicitud de PA para un medicamento, le enviaremos una carta. En la carta, se le explicará cómo apelar nuestra decisión. También se detallarán sus derechos a una audiencia justa estatal. Algunos medicamentos también pueden tener límites de cantidad o duración, y otros nunca tienen cobertura.

Comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)** si tiene alguna pregunta. Usted o su proveedor también pueden solicitar una copia de las reglas de autorización previa.

Educación sobre salud e instrucción

Molina ofrece muchas maneras de acceder a información sobre promoción, mantenimiento y prevención de la salud para usted y sus hijos. Esta información puede enseñarles acerca de estilos de vida y comportamientos saludables que pueden influir en la salud. A continuación, se indican las formas de obtener esta información. Visite nuestro sitio web WelcomeToMolina.com/NM para obtener más información sobre lo siguiente:

- Clases de educación sobre salud cerca de su domicilio.
- Cómo hablar con su proveedor durante las visitas.
- Programas para ayudar a controlar la salud.
- Cómo un programa de control de enfermedades puede ayudarlo.
- Cómo realizar una visita virtual para atención que no sea de emergencia.

Cómo usar el portal MiMolina.com

Hay muchas cosas que puede hacer en el portal para miembros Mi Molina, incluidas las siguientes:

- Leer los boletines informativos para miembros con información sobre salud y bienestar.
- Registrarse para recibir mensajes de texto o de correo electrónico. Estos se pueden enviar a su teléfono celular y correo electrónico. En estos mensajes, se brindará información sobre salud y bienestar, como recordatorios sobre cómo controlar la diabetes, el asma y la salud cardíaca.

Estamos a su disposición para ayudarlo. Además del sitio web y MiMolina.com, puede llamar a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Coordinación de la atención

La coordinación de la atención es un servicio que brinda ayuda adicional a los miembros que tienen necesidades de atención médica especiales, ya sea en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en el hospital. La coordinación de la atención se centra en usted, el miembro, y, cuando corresponde, en su familia. Es sensible a sus antecedentes culturales. La coordinación de la atención puede ayudar a identificar mejor sus necesidades de atención médica. También ayuda a obtener los servicios adecuados. Esto incluye la coordinación de servicios entre médicos de nuestra red y proveedores fuera de la red, según corresponda. Esto incluye sus necesidades médicas, del comportamiento y a largo plazo.

La coordinación de la atención incluye la gestión de casos complejos y el control de enfermedades. Es posible que tenga una afección crónica, como asma infantil o diabetes del adulto, una afección compleja o varias afecciones médicas, que pueden incluir la salud mental o el consumo de sustancias. Los coordinadores de atención de Molina pueden trabajar con usted y su proveedor para controlar sus afecciones.

En un momento que puede ser muy estresante, nuestros coordinadores de atención pueden ayudarlo a comprender su afección médica/diagnóstico y los planes de tratamiento, y a comunicarse con los proveedores para coordinar su atención, a obtener los beneficios de salud a los que tiene derecho y a encontrar servicios de atención médica según sus afecciones. Su cuidador o su proveedor pueden remitirlo al programa o puede remitirse por su cuenta.

Usted puede finalizar el programa en cualquier momento. Si tiene necesidades especiales, Molina le asignará un coordinador de atención que hable su idioma preferido y que sea responsable de la coordinación de sus servicios de atención médica de la siguiente manera:

- Le brindará información sobre proveedores de nuestra red que pueden abordar esas necesidades.
- Coordinará los servicios de atención médica, del comportamiento y a largo plazo.
- Ayudará a coordinar la atención si también tiene Medicare u otra cobertura.
- Obtendrá ayuda para diferentes citas, servicios de transporte que no sean de emergencia u otras necesidades.
- Conseguirá servicios comunitarios no cubiertos por Turquoise Care.
- Se asegurará de que se brinde la coordinación de la atención cuando sea necesario.

Puede comunicarse con su coordinador de atención llamando a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)** o ingresando en [MiMolina.com](https://www.mimolina.com).

Cómo obtener ayuda con las necesidades de atención médica especiales

Algunos miembros necesitan ayuda adicional con la atención médica. Pueden tener problemas de salud a largo plazo y necesitar más servicios de atención médica que la mayoría de los miembros. También pueden tener problemas médicos, del comportamiento o de atención a largo plazo que limitan su capacidad funcional. Contamos con programas especiales para ayudar a los miembros con necesidades de atención médica especiales.

Si considera que usted o su hijo tienen necesidades de atención médica especiales, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)** y lo pondremos en contacto con un coordinador de atención. También puede comunicarse con su coordinador de atención en [MiMolina.com](https://www.mimolina.com).

El coordinador de atención puede proporcionar una lista de recursos para ayudarlo con sus necesidades especiales. Además, brindamos educación a los miembros que tienen necesidades de atención médica especiales y a sus cuidadores. Se proporciona información sobre cómo afrontar el estrés o una enfermedad crónica.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

¿Qué sucede si estoy embarazada?

En cuanto sospeche que está embarazada, consulte con su médico de atención primaria (PCP). Si está embarazada, su PCP le pedirá que consulte con un obstetra/ginecólogo. Esto es importante. No necesita una remisión para consultar con un obstetra/ginecólogo. Si necesita ayuda para encontrar uno, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Molina cubre al bebé recién nacido por un período de trece (13) meses, a partir del mes de nacimiento. El hospital o el proveedor deben notificar a la HCA sobre el nacimiento de su hijo para que comience la cobertura con Molina. También podemos ayudarlo a notificar a HCA sobre el nacimiento si llama a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Servicios de planificación familiar

La planificación familiar o el control de natalidad le ayudarán a decidir cuándo está preparada para tener un bebé. Para obtener ayuda con su decisión, puede consultar a su PCP, cualquier centro de planificación familiar calificado u otro proveedor. Esto incluye a un obstetra/ginecólogo.

Puede recibir servicios de planificación familiar dentro o fuera de la red. Puede hacerlo sin consultar a su PCP. Esto incluye a los adolescentes. Los miembros tienen derecho a remitirse a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios de salud de rutina y preventivos.

Turquoise Care ofrece a todos los miembros los siguientes servicios de planificación familiar y servicios relacionados. Usted tiene derecho a recibir estos servicios cuando los necesite:

- Asesoramiento sobre planificación familiar y educación sobre salud, para que sepa qué método anticonceptivo es el más adecuado para usted, si lo hubiera.
- Análisis de laboratorio para ayudarla a decidir qué anticonceptivo debe usar.
- Atención de seguimiento por cualquier problema que pueda tener por usar un método anticonceptivo que le indicó un proveedor de planificación familiar.
- Píldoras anticonceptivas.
- Prueba de embarazo y asesoramiento.

Llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)** para obtener más información o para recibir ayuda para programar citas.

Programa de opciones para el parto

Puede elegir que una partera le brinde servicios relacionados con el embarazo en el hogar o en un centro de nacimientos. Estos servicios solo estarán cubiertos si son brindados por proveedores de atención médica que tienen un acuerdo de proveedor aprobado con la HCA. Si planea tener a su bebé en su hogar o en un centro de nacimientos, debe tener una autorización previa de Molina. Esto nos ayudará a asegurarnos de que acude a un proveedor o a una partera que pueda brindar dichos servicios en virtud del programa Turquoise Care.

Llame a Servicios para Miembros de Molina para obtener más información sobre el programa de opciones para el parto al **(844) 862-4543** (TTY: 711).

Si la partera no tiene un seguro de negligencia, usted asume todos los riesgos de daños y lesiones.

Programa de visitas domiciliarias

Es posible que las mujeres embarazadas y las familias con niños de hasta cinco años califiquen para participar en el programa de visitas domiciliarias de Medicaid (MHV). Este programa ofrece servicios que promueven la salud y el desarrollo de la madre, el bebé y la primera infancia.

Las visitas domiciliarias ayudan a las familias a criar niños felices y sanos al brindar educación, apoyo, exámenes de detección y recursos. Las familias aprenderán sobre embarazo, desarrollo infantil, vínculos entre padres e hijos, servicios de apoyo en la

comunidad, seguridad, maneras de promover el aprendizaje a través del juego y de las interacciones diarias y más.

Llame a Servicios para Miembros de Molina para obtener más información sobre el programa de MHV al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

DetECCIÓN, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

Se brindan servicios de EPSDT a cada menor elegible para Medicaid, desde el nacimiento hasta la edad de 20 años. Molina quiere que su hijo esté sano. Le brindaremos seguimientos de bienestar y servicios preventivos a través del proveedor regular de su hijo. Su hijo debe someterse a exámenes a las edades que se muestran en el cuadro que figura a continuación.

Cronograma de seguimientos de salud del niño sano

Menores de 1 año	de 3 a 5 días, 1 mes, 2 meses, 4 meses, 6 meses y 9 meses
Entre 1 y 30 meses	12 meses, 15 meses, 18 meses, 24 meses y 30 meses
Entre los 3 y los 20 años	Cada año

Los exámenes pueden incluir vacunas. Si su hijo no ha realizado el seguimiento este año, llame al proveedor y programe uno.

- **Análisis de plomo en la sangre:** el proveedor deberá realizar un análisis de sangre para detectar la presencia de plomo. Se debe realizar el seguimiento de su hijo a los 12 meses y a los 24 meses, o tan pronto como sea posible, si nunca se realizó.
- **Examen dental:** su hijo debe someterse a una limpieza dental y recibir tratamientos con flúor cada seis meses.
- **Enfermería privada:** cuando el proveedor de su hijo indica que un enfermero debe brindar atención en el hogar o en la escuela.
- **Servicios de cuidado personal:** cuando el proveedor indica que un cuidador debe ayudar a su hijo a comer, bañarse, vestirse e ir al baño.

EPSDT también brinda servicios de audición y de la vista, servicios escolares y más. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Los problemas de salud se deben identificar y tratar lo antes posible. Si su hijo necesita ayuda con las actividades diarias debido a una afección médica que califique, se brindarán servicios especiales, como servicios de enfermería privada o de cuidado personal, conforme a EPSDT.

Las vacunas ayudan a mantener la buena salud. Usted o su hijo pueden recibir vacunas durante una visita al PCP. Se necesitan muchas vacunas antes de los dos años. Las vacunas anuales contra la gripe también son importantes. Pregunte a su PCP sobre las vacunas necesarias. Los hijos adolescentes también tendrán que recibir algunas vacunas.

Bienestar para adultos

Se recomiendan exámenes médicos de detección para hombres y mujeres. Las mujeres entre 40 y 74 años deben hablar con su proveedor acerca de realizar una mamografía cada uno a dos años. Tanto los hombres como las mujeres a partir de los 50 años deben someterse

a exámenes de detección de cáncer de colon. Estos son solo algunos de los exámenes de detección necesarios. Durante las visitas a su PCP, hable con el proveedor sobre el ejercicio, la alimentación correcta y los problemas de seguridad. El PCP puede medir la estatura y el peso para asegurarse de que usted tenga un peso saludable.

Servicios para miembros indígenas estadounidenses

Los indígenas estadounidenses pueden remitirse por su cuenta a los servicios de salud para indígenas (IHS) o a centros de atención médica tribales 638. Puede hacer esto para cualquier servicio. No es necesario que se lo pida a su PCP. También puede remitirse a cualquier proveedor de nuestra red. Si usted es indígena estadounidense, no tiene ningún copago. Puede usar un beneficio de curación tradicional una vez al año. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Complemento del Plan de Beneficios Alternativos de Turquoise Care

El Plan de Beneficios Alternativos (ABP) forma parte del programa de Turquoise Care. El ABP brinda cobertura médica a adultos de hasta el 138% del nivel federal de pobreza (FPL). Los beneficios, en algunos casos, son diferentes a los de Turquoise Care.

Los beneficiarios del ABP recibirán una evaluación de la afección médica por parte de Molina. Si se determina que cumple con las condiciones que califican, puede optar por convertirse en beneficiario de "exención del ABP". Si decide ser beneficiario de exención del ABP, su cobertura cambiará del paquete de beneficios del ABP a todo el paquete de beneficios de Medicaid (Turquoise Care). Llame a Servicios para Miembros para obtener todos los detalles sobre las calificaciones de la exención del ABP.

Algunos de los servicios que cubre el ABP son los siguientes:

- Administración de la salud.
- Anteojos y lentes de contacto (se aplican límites).
- Asesoramiento nutricional (se aplican límites).
- Asesoramiento para dejar de fumar.
- Atención preventiva y exámenes físicos anuales (consulte la lista de servicios preventivos a continuación).
- Cirugía bariátrica (se aplican límites).
- Cirugía reconstructiva (se aplican límites).
- Diálisis.
- Enfermería especializada (se aplican límites).
- Ensayos contra el cáncer, quimioterapia, infusiones intravenosas y cirugía reconstructiva.
- Equipo médico duradero (DME) (se aplican límites).
- Estudios del sueño cuando sean necesarios para hacer un diagnóstico.
- Exámenes de la vista (medicamentos necesarios y relacionados con el tratamiento y las pruebas de enfermedades oculares).
- Hospitalización en rehabilitación (nivel menor de atención de un hospital de cuidado agudo antes del alta al hogar).
- Infusiones intravenosas.

- Mamografía, pruebas de detección de cáncer colorrectal, Papanicolaou, análisis del PSA y otras pruebas adecuadas para la edad.
- Materiales educativos y asesoramiento para llevar un estilo de vida saludable.
- Medicamentos recetados (se aplican algunos límites).
- Obstetricia/ginecología, atención prenatal, partos y parteras.
- Órtesis (se aplican límites).
- Planificación familiar, esterilización y anticonceptivos.
- Podología (se aplican límites).
- Prótesis (se aplican límites).
- Pruebas de audición o de detección como parte de un examen de salud de rutina (los audífonos no están cubiertos).
- Pruebas genéticas para hacer un diagnóstico (se aplican límites).
- Quimioterapia.
- Radiología (diagnóstico por imágenes, radioterapia, mamografías y otras imágenes adecuadas para la edad).
- Rehabilitación cardíaca (con un límite de dos meses consecutivos).
- Rehabilitación pulmonar (con un límite de dos meses por afección).
- Servicio de atención de urgencia.
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) para personas mayores de 19 años.
- Servicios de emergencia (incluidas visitas a la sala de emergencias y servicios psiquiátricos de emergencia).
- Servicios de cuidados terminales.
- Servicios de laboratorio (pruebas de diagnóstico y otras pruebas adecuadas para la edad).
- Servicios de salud del comportamiento y por abuso de sustancias.
- Servicios de salud en el hogar (con un límite de 100 visitas por año; una visita no puede exceder las cuatro horas).
- Servicios de salud reproductiva (no incluye tratamiento de fertilidad).
- Servicios de transporte (casos de emergencia y que no sean de emergencia), incluidas ambulancias aéreas y terrestres.
- Servicios de trasplante (se aplican límites).
- Servicios dentales (se aplican límites).
- Servicios hospitalarios (hospitalización, atención ambulatoria, atención de urgencia y sala de emergencias).
- Servicios y visitas al médico y a la mayoría de los profesionales (servicio de maternidad, cirugías, anestesia).
- Suministros médicos (suministros anticonceptivos y para diabéticos).
- Telemedicina.
- Terapia de inhalación.
- Trastorno del espectro autista (beneficios proporcionados hasta los 22 años en caso de estar inscrito en la escuela secundaria).
- Tratamiento asistido por medicamentos para dependencia de opioides.
- Tratamiento de la diabetes, incluido el calzado para diabéticos.
- Vacunas y exámenes adecuados para la edad, como mamografía, pruebas de detección de cáncer colorrectal, prueba de Papanicolaou y análisis del antígeno prostático específico (PSA).

Servicios de atención preventiva:

Los siguientes servicios preventivos, según lo recomendado por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), están cubiertos por el ABP. Se aplican algunos límites; por lo tanto, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

- Administración de suplementos de ácido fólico.
- Análisis de colesterol (adultos).
- Asesoramiento del comportamiento para el cáncer de piel.
- Asesoramiento e intervenciones en el consumo de tabaco (adultos, no embarazadas).
- Asesoramiento para infecciones de transmisión sexual.
- Asesoramiento sobre alimentación saludable.
- Asesoramiento sobre consumo de tabaco (mujeres embarazadas).
- Asesoramiento sobre la lactancia materna.
- Aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares (adultos).
- Examen de presión arterial (adultos).
- Medicamentos preventivos contra el cáncer de mama.
- Prevención de caídas para adultos mayores (ejercicio, fisioterapia y vitamina D).
- Prueba de detección de anemia (mujeres embarazadas).
- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal (hombres).
- Prueba de detección de bacteriuria (mujeres embarazadas).
- Prueba de detección de cáncer colorrectal.
- Prueba de detección de cáncer de cuello uterino.
- Prueba de detección de cáncer de mama.
- Prueba de detección de depresión (adultos).
- Prueba de detección de diabetes.
- Prueba de detección de gonorrea (mujeres).
- Prueba de detección de hepatitis B (mujeres embarazadas).
- Prueba de detección de incompatibilidad en Rh (primera visita de embarazo).
- Prueba de detección de infección por clamidia (mujeres).
- Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C (adultos).
- Prueba de detección de obesidad y asesoramiento (adultos).
- Prueba de detección de osteoporosis (mujeres).
- Prueba de detección de sífilis (mujeres).
- Prueba de detección de susceptibilidad para el cáncer de mama (BRCA).
- Prueba de detección de VIH (adolescentes y adultos, no embarazadas).
- Prueba de detección de VIH (mujeres embarazadas).
- Prueba de detección de violencia de pareja (mujeres en edad fértil).
- Prueba de detección y asesoramiento para el consumo excesivo de alcohol.
- Prueba de incompatibilidad Rh (de 24 a 28 semanas de gestación).

Servicios que requieren autorización previa

Los servicios que se enumeran a continuación requieren autorización previa:

- Admisiones como paciente internado: hospital para pacientes con condiciones agudas, centros de enfermería especializada, rehabilitación, centros de cuidados intensivos a largo plazo, hospicio (solo se requiere notificación).
- Atención médica en el hogar (luego de la evaluación inicial, más seis visitas).

- Cirugía bariátrica.
- Cuidados paliativos y cuidados terminales para pacientes ambulatorios (solo notificación).
- Diagnóstico por imágenes: CT, MRI, PET, tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT), estudios nucleares cardíacos, angiogramas por CT, prueba de espesor íntima-media, imágenes en 3D.
- Diálisis (solo notificación).
- Embarazo y parto (solo notificación).
- Equipo médico duradero, suministros médicos, órtesis, prótesis.
- Estética (procedimientos plásticos y reconstructivos).
- Estudios del sueño.
- Evaluación y servicios de trasplante, incluidos los órganos sólidos y la médula ósea (excepto los trasplantes de córnea).
- Fisioterapia luego de la evaluación inicial, más seis visitas.
- Infusión en el hogar.
- Máquina de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP).
- Medicamentos de farmacia especializada (orales e inyectables).
- Pañales para adultos y otros productos para la incontinencia (no cubiertos por Medicare).
- Procedimientos experimentales/de investigación.
- Procedimientos no incluidos y terapia para heridas, incluidas las vacunas para heridas y la terapia hiperbárica para heridas.
- Procedimientos para el manejo del dolor.
- Procedimientos para pacientes ambulatorios en un hospital/centro de cirugía ambulatoria.
- Pruebas genéticas y asesoramiento.
- Pruebas y terapias neuropsicológicas y psicológicas.
- Rehabilitación: servicios de rehabilitación cardíaca, pulmonar e integral para pacientes ambulatorios (CORF) (solo para Medicare).
- Salud del comportamiento (servicios de salud mental, y por dependencia al alcohol y a las sustancias químicas).
- Servicios de apoyo a largo plazo (por beneficio del estado).
- Servicios de centros/proveedores no participantes.
- Suplementos nutricionales y fórmulas enterales.
- Terapia del habla luego de la evaluación inicial, más seis visitas.
- Terapia ocupacional luego de evaluación inicial, más seis visitas.
- Transporte para necesidades que no sean de emergencia mediante ambulancia aérea o terrestre.

Otros servicios que pueden estar cubiertos por el ABP

A continuación, encontrará algunos servicios que tienen limitaciones en la cobertura del ABP. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información:

- Alimentos médicos.
- Atención médica en el hogar.
- Audífonos.
- Cirugía bariátrica.
- Cuidados terminales.
- Estudios del sueño.
- Fisioterapia.

BENEFICIOS Y SERVICIOS

- Hospitalización para rehabilitación.
- Medicamentos que no requieren receta médica (de venta libre).
- Patología del habla y del lenguaje.
- Rehabilitación cardíaca.
- Rehabilitación pulmonar.
- Rehabilitación y recuperación de las habilidades.
- Servicios de quiropraxia.
- Suministros médicos.
- Terapia ocupacional.
- Trasplantes.

Servicios cubiertos	Servicio cubierto por el plan estándar de Medicaid	Servicios cubiertos por el ABP	Se requiere autorización previa (PA)
Salud del comportamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Salud mental • Servicios de dependencia al alcohol y a sustancias químicas 	✓	✓	Se necesita autorización previa para algunos servicios de salud del comportamiento (BH). No se requiere PA para los servicios de un centro comunitario de salud mental o un centro de servicios de salud del comportamiento.
Cardiología (procedimientos de la estación cardíaca: ecocardiograma de esfuerzo con dobutamina)	✓	✓	Se requiere PA.
Servicios de enfermera partera certificada	✓	✓	No se requiere PA.
Servicios de un profesional de enfermería certificado	✓	✓	No se requiere PA.
Servicios de quiropraxia (para la espalda)	✓	✓	Se requiere PA.
Servicios dentales	✓	Se aplican límites.	Los servicios de rutina no requieren PA. Los servicios dentales que no sean de rutina requieren PA.

Servicios cubiertos	Servicio cubierto por el plan estándar de Medicaid	Servicios cubiertos por el ABP	Se requiere autorización previa (PA)
Servicios de terapia del desarrollo para niños desde el nacimiento hasta los seis años	✓	✓	Se requiere PA para el servicio de terapia del desarrollo después de la evaluación inicial. Se cubren las fechas de servicio por 12 meses para cualquier combinación de servicios.
Servicios de diagnóstico (radiografía, laboratorio)	✓	✓	Algunos servicios de diagnóstico (CT, MRI, MRA, PET y SPECT) requieren PA.
Equipo médico duradero	✓	Se aplican límites.	Algunos artículos de equipos médicos duraderos requieren PA.
Servicio de transporte en ambulancia de emergencia	✓	✓	No se requiere PA.
Servicios de emergencia (incluidos los servicios de salud del comportamiento de emergencia)	✓	✓	No se requiere PA.
Servicios y suministros de planificación familiar	✓	✓	No se requiere PA.
Servicios en centros de salud con calificación federal o en clínicas de salud rurales	✓	✓	No se requiere PA.
Centros de nacimiento independientes	✓	✓	No se requiere PA. Los miembros deben llamar a Servicios para Miembros para consultar si hay algún centro calificado en New Mexico.
Servicios de salud en el hogar	✓	Se aplican límites.	Los servicios de salud en el hogar requieren PA.

Servicios cubiertos	Servicio cubierto por el plan estándar de Medicaid	Servicios cubiertos por el ABP	Se requiere autorización previa (PA)
Cuidados terminales (atención para enfermos terminales, p. ej., pacientes con cáncer)	✓	✓	No se requiere PA.
Servicios hospitalarios para pacientes internados	✓	✓	Los servicios hospitalarios para pacientes internados requieren PA. Esto excluye las admisiones electivas, incluidos el parto y todas las cirugías para pacientes internados. Se debe notificar a Molina en un plazo de 24 horas desde la admisión o antes del siguiente día hábil.
Suministros médicos	✓	✓	Algunos suministros médicos requieren PA.
Servicios prestados en un centro de enfermería durante una estadía por rehabilitación a corto plazo	✓	✓	Los servicios del centro de enfermería requieren PA. Las estadías en un centro de enfermería están cubiertas para los miembros, a menos que la División de Asistencia Médica (MAD) de la Autoridad de Atención Médica de New Mexico determine que el miembro regresará al régimen de pago por servicio. Los miembros que necesiten servicios en un centro de enfermería deben llamar a Servicios para Miembros para obtener información sobre los proveedores disponibles.
Servicios de obstetricia (atención de maternidad: prenatal y posparto, incluidos los servicios de embarazo de riesgo) y ginecológicos	✓	✓	No se requiere PA.
Cirugía bucal y reconstructiva	✓	✓	Se requiere PA.
Servicios hospitalarios ambulatorios	✓	✓	Algunos servicios para pacientes ambulatorios requieren PA.

Servicios cubiertos	Servicio cubierto por el plan estándar de Medicaid	Servicios cubiertos por el ABP	Se requiere autorización previa (PA)
Servicios para el manejo del dolor	✓	✓	Se requiere PA.
Fisioterapia y terapia ocupacional	✓	✓	Se requiere PA para todos los servicios de fisioterapia y terapia ocupacional una vez finalizada la evaluación inicial. Se cubren treinta (30) fechas de servicio por período de 12 meses para cualquier combinación de servicios.
Examen físico requerido para el empleo o para la participación en programas de capacitación laboral en caso de no ser proporcionado gratuitamente por otra fuente	✓	✓	No se requiere PA.
Servicios de podología (pies)	✓	Se aplican límites.	Las visitas al consultorio para examen y plan de atención no requieren PA. Los procedimientos e intervenciones de podología en el consultorio requieren PA.
Medicamentos recetados, incluidos ciertos medicamentos recetados de venta libre	✓	Se aplican algunos límites.	Los medicamentos seleccionados requieren PA. Esto incluye inyectables y algunos medicamentos de venta libre.
Mamografía preventiva (mamas) y exámenes de detección de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou)	✓	✓	No se requiere PA.
Servicios de profesionales de atención primaria	✓	✓	No se requiere PA.
Diálisis renal (enfermedad renal)	✓	✓	No se requiere PA.

Servicios cubiertos	Servicio cubierto por el plan estándar de Medicaid	Servicios cubiertos por el ABP	Se requiere autorización previa (PA)
Servicios de relevo	✓	✓	Los servicios de relevo requieren PA. Los servicios de relevo ofrecen un alivio temporal a corto plazo para el cuidador primario informal de un miembro con ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI) menor de 21 años, a fin de respaldar y preservar la relación de cuidador primario.
Examen de detección y asesoramiento para la obesidad	✓	✓	No se requiere PA. El examen de detección y el asesoramiento para la obesidad requieren una remisión del proveedor.
Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V)	✓	✓	No se requiere PA.
Vacunas	✓	✓	No se requiere PA.
Servicios de especialistas	✓	✓	Las visitas al consultorio para ver a un especialista no requieren PA. Algunos servicios de especialistas requieren PA.
Servicios del habla y de la audición, incluidos los audífonos	✓	✓	Se requiere PA para todos los servicios de terapia del habla una vez finalizada la evaluación inicial. Se cubren treinta (30) fechas de servicio por período de 12 meses para cualquier combinación de servicios de habla, lenguaje, patología y audiolología. Los audífonos requieren PA.
Servicios de la vista (óptica), incluidos los anteojos	✓	✓	No se requiere PA.
Exámenes de bienestar infantil (control de salud) para menores de 21 años	✓	✓	No se requiere PA.
Exámenes anuales de bienestar para adultos	✓	✓	No se requiere PA.

Servicios no cubiertos

Los servicios médicos no cubiertos para los participantes de Turquoise Care son los siguientes:

- Abdominoplastia.
- Acupuntura, masoterapia, hipnoterapia, Rolfing, biorretroalimentación o servicios de quiropraxia (Nota: Los servicios de valor agregado de Molina pueden brindar estos servicios).
- Algunos equipos y suministros médicos duraderos (los proveedores de estos servicios de Turquoise Care saben lo que está cubierto por Medicaid y lo que requiere autorización previa).
- Artículos de cuidado personal, como cepillos de dientes, o televisores en las habitaciones del hospital.
- Blefaroplastia (a menos que sea necesario para restaurar la visión sin obstrucciones).
- Cirugía de modificación de la voz o terapia de la voz (habla) o lecciones de voz.
- Condrioplastia tiroidea de reducción o rasurado traqueal (reducción de la nuez de Adán).
- Depilación (puede incluir zonas de piel donante) o trasplante capilar (electrólisis o plastia capilar).
- Equipo duplicado, excepto para respirador de respaldo.
- Estiramiento facial (ritidectomía).
- Expansores testiculares.
- Extracción de piel redundante/excesiva.
- Gastos de una habitación privada, a menos que su afección médica requiera aislamiento y los cargos estén autorizados previamente por Molina Healthcare.
- Implantes de mejillas.
- Implantes de nariz o barbilla.
- Implantes de pantorrilla.
- Implantes de pectorales.
- Laringoplastia.
- Levantamiento de cejas.
- Liposucción/lipotransferencia o contorno corporal, o modelado de cintura, glúteos, caderas y reducción de muslos.
- Paniclectomía (a menos que sea necesario para mantener una higiene adecuada después de una pérdida significativa de peso).
- Prótesis de pene externa (dispositivos de vacío para erección).
- Reconstrucción/reducción del hueso facial, que incluye el acortamiento de la mandíbula, o el estiramiento o contorneado de la frente.
- Reducción o aumento de labios.
- Rejuvenecimiento de la piel.
- Reversión de esterilización voluntaria.
- Rinoplastia (corrección de la nariz).
- Servicios estéticos, que incluyen cirugía plástica, pelucas, postizos o medicamentos para la caída del cabello.
- Servicios médicos prestados a una persona reclusa de una institución pública durante más de 30 días.
- Servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, incluidos los servicios de emergencia.
- Servicios reproductivos que incluyen, entre otros, criopreservación/congelación, almacenamiento/banco y descongelación de tejidos reproductivos, como ovocitos, ovarios, embriones, espermatozoides y tejido testicular.

- Servicios y tratamientos para la infertilidad.
- Tensado de cuello.
- Tratamiento de la articulación temporomandibular o craneomandibular.

Sus servicios adicionales

Programa Turquoise Care Rewards

El programa Turquoise Care Rewards forma parte de Turquoise Care of New Mexico. Turquoise Care Rewards le permite ganar puntos por realizar determinadas actividades saludables. Puede usar sus puntos de recompensa para comprar cientos de artículos útiles y saludables del catálogo de Turquoise Care Rewards.

Por ejemplo, puede ganar puntos de recompensa por lo siguiente:

- Hacer un control anual con su médico de atención primaria (PCP).
- Vacunarse contra la gripe.
- Completar exámenes de salud, como una mamografía, pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y otros.
- Mantenerse al día con las vacunas de sus hijos.
- ¡Y mucho más!

Visite TurquoiseRewards.com para ver todas las actividades elegibles.

Como miembro de Turquoise Care, ¡está automáticamente inscrito en el programa Turquoise Care Rewards! Para obtener más información o para gastar sus puntos de recompensa, visite TurquoiseRewards.com. También puede llamar al **(877) 806-8964 TTY: (844) 488-9722** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. (MST).

Los puntos de recompensa no tienen valor en efectivo y solo se pueden usar para comprar artículos del catálogo de recompensas. Se aplican exclusiones y restricciones.

Servicios de valor agregado (VAS)

Molina también ofrece servicios de valor agregado (VAS) adicionales a los miembros. Además de los servicios cubiertos, es posible que sea elegible para obtener VAS adicionales como miembro de Molina Medicaid. Estos servicios de valor agregado se proporcionan para ayudarlos a usted y a su familia con la salud y el bienestar. Algunos de estos servicios tienen un tiempo limitado y pueden tener requisitos adicionales o requerir aprobación. Los VAS pueden cambiar de un año a otro.

Si tiene preguntas o si desea acceder a estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. Consulte la siguiente tabla con un resumen de los VAS.

VAS	Descripción	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/ límites de servicio
Transporte mejorado	Apoyo financiero para transporte médico y no médico que no está cubierto por Medicaid.	Realizar una HRA y participar en la coordinación de la atención	Todos los miembros	Hasta \$300 por año calendario
Alojamiento nocturno mejorado	Se brinda alojamiento durante la noche a los miembros y a sus familiares que reciben atención a más de 150 millas de su residencia.	Realizar una HRA y participar en la coordinación de la atención	Todos los miembros	Hasta \$300 por año calendario
Molina Health en contacto	Teléfono inteligente sin costo, que incluye llamadas, mensajes de texto y datos ilimitados.	Realizar una HRA y participar en la coordinación de la atención	Todos los miembros	Sin costo para el miembro
Curación tradicional y holística	Apoyo para que los miembros reciban servicios de curación tradicional y holística en consonancia con sus culturas y tradiciones. Los ejemplos incluyen, entre otros, masajes terapéuticos, acupuntura, ceremonias y servicios tradicionales, y curanderismo.	Realizar una HRA y participar en la coordinación de la atención	Todos los miembros	Hasta \$300 de beneficio para pacientes ambulatorios por año calendario y hasta \$250 de beneficio para pacientes internados por año calendario
Suministros de salud para mujeres y bebés	Apoyamos la salud de la mujer y del bebé mediante el suministro de diversos artículos para madres recientes y recién nacidos. Los ejemplos incluyen, entre otros, pruebas de embarazo de venta libre (OTC), productos de higiene femenina y artículos para bebés recién nacidos (cunas tablero, una opción de asiento para un auto de cualquier tamaño, cuna de viaje o cochecito).	Realizar una HRA y participar en la coordinación de la atención Para artículos de recién nacidos: realizar dos o más visitas de seguimiento prenatal o dos o más seguimientos de bienestar infantil	Todos los miembros Para artículos de recién nacidos: todas las embarazadas y madres recientes	Hasta \$500 por año calendario para artículos de salud para la mujer, así como artículos para madres recientes y bebés recién nacidos.

VAS	Descripción	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/ límites de servicio
Servicios mejorados de LTSS para miembros	Apoyo adicional para miembros de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). Los ejemplos incluyen, entre otros, modificaciones en el hogar o en el entorno, relevo adicional, supervisión a distancia en el hogar, servicios domésticos, servicios de cuidado personal para miembros recién dados de alta que necesiten asistencia y apoyo a corto plazo.	Realizar una HRA y participar en la coordinación de la atención	Miembros de LTSS	Hasta \$2000 por año calendario
Desarrollo laboral y educativo	Servicios y suministros complementarios para respaldar las oportunidades y el desarrollo de los miembros en el ámbito educativo y laboral. Los ejemplos incluyen, entre otros, lo siguiente: libros, herramientas, tecnología, uniformes, cupones para exámenes de Diploma de Educación General (GED).	Realizar una HRA y participar en la coordinación de la atención	Todos los miembros	Hasta \$350 por año calendario
Asistencia para vivienda	Apoyo de vivienda que incluye, entre otros aspectos, lo siguiente: asistencia para el depósito de alquiler, control de plagas y artículos necesarios para el hogar.	Realizar una HRA y participar en la coordinación de la atención	Miembros mayores de 18 años	Hasta \$1000 por año calendario, por hogar
BeMe	BeMe Health es una aplicación móvil digital de salud del comportamiento que ofrece intervenciones de salud mental diseñadas específicamente para adolescentes.	Realizar una HRA y participar en la coordinación de la atención	Miembros de hasta 21 años	Ninguno

VAS	Descripción	Acción del miembro	Personas elegibles	Monto/ límites de servicio
Servicios de la vista mejorados	Apoyo económico para servicios de la vista adicionales, incluidos marcos y lentes que no están cubiertos por Medicaid	Realizar una evaluación de riesgos para la salud y participar en la coordinación de la atención	Todos los miembros	Hasta \$300 por año calendario
Servicios dentales mejorados	Apoyo financiero para servicios dentales mejorados que Medicare no cubre que repercuten en la salud en general.	Realizar una HRA y participar en la coordinación de la atención	Todos los miembros	Hasta \$500 por año calendario
Eliminación de expedientes judiciales	Apoyo financiero para pagar las tasas judiciales necesarias para eliminar los expedientes judiciales.	Realizar una HRA y participar en la coordinación de la atención	Todos los miembros	Hasta \$200 de beneficio de por vida
Dinero para actividades	Apoyo financiero para las tarifas y los gastos relacionados con la participación en actividades como ligas deportivas, 4-H, artes marciales, baile y animación. Los gastos pueden incluir el costo de los campamentos o de los equipos de viaje/club, uniformes, calzado y gastos de viaje.	Realizar una HRA y participar en la coordinación de la atención	Todos los miembros	Hasta \$300 por año calendario

Molina Help Finder

Los miembros de Molina pueden usar Molina Help Finder para ayudar a encontrar la asistencia comunitaria necesaria. Esta herramienta de búsqueda en línea permite encontrar recursos para cubrir necesidades básicas como alimentación, vivienda, transporte, salud, capacitación laboral, cuidado infantil, educación, trabajo, asistencia legal y mucho más. Molina Help Finder le permite remitirse por su cuenta o solicitar servicios a través del portal para miembros o de la aplicación móvil My Molina®. Su proveedor también puede remitirlo a servicios y hacer un seguimiento para asegurarse de que reciba la ayuda que necesita. Ofrecemos Molina Help Finder en más de 120 idiomas para que sea fácil para usted encontrar los recursos más adecuados para su caso. Con Molina Help Finder, la ayuda está a solo un clic de distancia. Visite MolinaHelpFinder.com para obtener más información.

Información importante

Menores bajo custodia estatal (CISC)

Todos los miembros menores bajo custodia estatal (CISC) que no sean indígenas estadounidenses se inscribirán automáticamente en la organización de atención administrada (MCO) para CISC designada por la HCA, Presbyterian Health Plan (PHP). PHP será la única MCO que administre la atención para CISC que no sean indígenas estadounidenses. La fecha de entrada en vigencia de la inscripción será el primer día del mes en que el menor quede bajo custodia estatal. Una vez que el miembro esté inscrito y bajo custodia estatal, no podrá seleccionar otra MCO. Los miembros mayores de 14 años pueden participar en el plan de atención y designar a su representante autorizado. Cuando el miembro ya no esté bajo custodia estatal, se cancelará la inscripción a partir del último día del mes.

Molina se asegurará de que los servicios cubiertos estén disponibles para miembros CISC que sean indígenas estadounidenses o menores bajo custodia tribal. La inscripción de los beneficiarios CISC que sean indígenas estadounidenses es voluntaria. Pueden inscribirse en cualquier MCO o recibir servicios a través del programa Medicaid de pago por servicio de la HCA.

Para todas las transiciones de atención de CISC o menores bajo custodia tribal, Molina trabajará con otras MCO y servicios de protección tribales en el desarrollo de la transición del plan de atención. Molina garantizará la continuidad de la atención para CISC o menores bajo custodia tribal, lo que permite a estos miembros continuar recibiendo servicios de proveedores no contratados, cumplir con las autorizaciones de servicios existentes y reembolsar a los proveedores no contratados.

Recursos comunitarios

Somos parte de su comunidad y trabajamos duro para ayudarlo a mantenerse saludable. Tiene a su disposición recursos locales, eventos de salud y organizaciones comunitarias. Brindan excelentes programas y servicios convenientes. Lo mejor de todo es que la mayoría son gratuitos o de bajo costo para usted.

- Llame al 211. Este es un servicio gratuito y confidencial disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, que lo ayudará a encontrar recursos locales. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Centro de recursos para personas mayores y con discapacidades de New Mexico: **(800) 432-2080 (TTY: 711)**
- Departamento de Salud de New Mexico: **(833) 796-8773 (TTY: 711)**

- Mujeres, Bebés y Niños (WIC): **(866) 867-3124 (TTY: 711)**
- División de Apoyo a los Ingresos (ISD): **(800) 283-4465 (TTY: 711)**
- Autoridad de Atención Médica (HCA) de New Mexico: **(800) 283-4465 (TTY: 711)**

Elegibilidad e inscripción

Queremos brindarle una atención de alta calidad. Trabajamos junto con usted y sus proveedores para lograrlo. Analizamos cómo podemos mejorar nuestros servicios. Nos aseguramos de que usted:

- Tenga acceso a servicios de atención médica y a médicos.
- Esté conforme con su atención médica y los servicios.
- Cuenten con médicos y hospitales que reúnan los requisitos para brindarle servicios de calidad.
- Se mantenga saludable al darle las herramientas y la educación que necesita.
- Obtenga la ayuda que necesita para recuperarse rápidamente.
- Obtenga las herramientas, la educación y los servicios para el cuidado de las afecciones crónicas.

Estamos acreditados por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA). El NCQA es un grupo que se asegura de que mejoremos la atención médica y los servicios que recibe. Estamos comprometidos a cuidar de usted y de su familia. Si desea obtener más información sobre nuestros programas de mejora de la calidad, llámenos o visite WelcomeToMolina.com/NM.

La HCA decide la elegibilidad para la inscripción en Turquoise Care. Todos los clientes de Medicaid deben inscribirse en Turquoise Care, excepto los indígenas estadounidenses.

Si se muda

Si se muda, debe actualizar su dirección en www.yes.state.nm.us o por teléfono al **(800) 283-4465**. También puede llamar a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)** para actualizar su dirección.

Cómo cambiar a otra organización de atención administrada (MCO) o cancelar la inscripción

La inscripción en Molina tiene una cobertura de 12 meses. Durante los primeros 90 días desde la inscripción tiene una oportunidad de cambiarse a otra MCO. Si decide cambiar, seguirá inscrito en esa MCO por un período de 12 meses.

Si solicita cambiarse a otra MCO, puede hacerlo en el momento de la renovación o recertificación de su elegibilidad ante la oficina de la División de Apoyo a los Ingresos (ISD). En cualquier otro momento, usted puede cambiar a otra MCO “por causa justificada” según lo definido por la Autoridad de Atención Médica (HCA). Debe solicitar el cambio por escrito. Presente su solicitud a la HCA.

Algunos motivos para cambiarse de Molina o cancelar la inscripción incluyen los siguientes:

- Continuidad de la atención.
- Permitir que los miembros de la familia tengan la misma MCO.

- Corrección de un error administrativo que provocó su inscripción en la MCO equivocada.
- Viajar lejos para recibir atención.
- Problemas para obtener los servicios que necesita dentro de la red.
- Calidad deficiente de la atención de parte de los proveedores.

Debe llamar o enviar una solicitud por escrito a la HCA para cambiarse de Molina. Puede hacerlo llamando al Centro de Llamadas de Medicaid de New Mexico al (888) 997-2583 o a YESNM en www.yes.nm.state.us. La HCA revisará la solicitud y le brindará una respuesta por escrito a más tardar el primer día del segundo mes siguiente al mes cuando solicitó el cambio. Si la HCA no responde a tiempo, se aprueba la solicitud. Para obtener ayuda con el proceso de cancelación de la inscripción, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. Si se aprueba la solicitud, trabajaremos con usted para transferir su atención a la nueva MCO. Envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

HCA Client Services Bureau
P.O. Box 2348
Santa Fe, NM 87504-2348

Su solicitud debe tener lo siguiente:

- El nombre de la MCO a la que desea cambiarse.
- Su nombre, número de Seguro Social y número de identificación de miembro.
- Su dirección postal completa y su número de teléfono.
- El motivo del cambio (si se trata de un médico, debe indicar el nombre y el número de teléfono del médico).
- Su firma.

La HCA le enviará una carta en caso de que se deniegue el cambio de MCO. En la carta, se le informará sobre su derecho a apelar la decisión o a solicitar una audiencia justa estatal.

Renovación de su cobertura

Usted debe renovar su elegibilidad cada 12 meses. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. También puede llamar a la oficina de la División de Apoyo a los Ingresos de la Autoridad de Atención Médica.

Pérdida de la cobertura

Dejará de tener cobertura en los siguientes casos:

- Pierde la elegibilidad para Medicaid.
- Proporciona información falsa en el formulario de inscripción.
- Se muda fuera del estado.

Si pierde sus beneficios de Medicaid mientras recibe atención, podemos informarle sobre otros servicios y programas en su área. Estos programas pueden ayudarlo a continuar recibiendo atención. Si pierde la cobertura, llame a la oficina local de la División de Apoyo a los Ingresos de la Autoridad de Atención Médica. Esta puede revisar su caso.

Recuerde visitar la oficina local de la División de Apoyo a los Ingresos de la Autoridad de Atención Médica cuando necesite recertificar sus beneficios. Si pierde la cobertura y recibe servicios, debe pagar esos servicios.

Otra cobertura de seguro

Llame a Servicios para Miembros para informarnos sobre lo siguiente:

- Tiene un seguro médico a través de su trabajo.
- Se lastimó en el trabajo.
- Tiene una reclamación por lesión laboral.
- Tuvo un accidente automovilístico.
- Presentó una demanda por negligencia médica.
- Tiene una reclamación por lesión personal.
- Tiene otra cobertura u otro seguro.

Debemos contar con esta información. Nos ayudará a administrar correctamente sus servicios.

Fuera de New Mexico

Si se encuentra fuera de New Mexico, pero dentro de los Estados Unidos y necesita servicios de emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Las reclamaciones por servicios médicos/quirúrgicos de emergencia cubiertos recibidos fuera de New Mexico de parte de proveedores que no tienen contrato con Turquoise Care también deben enviarse por correo postal a Molina. Si un proveedor no presenta una reclamación por usted, solicite una factura detallada y complete un formulario de reclamaciones de la misma manera que lo haría por los servicios recibidos de cualquier otro proveedor fuera de la red. Envíe ambos formularios por correo a Molina. Si desea ver a un proveedor fuera del estado por servicios que no son una emergencia, primero debe recibir una autorización previa de Molina. Si no recibe una autorización previa, los servicios no estarán cubiertos. Estamos a su disposición para ayudarlo. Comuníquese con Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Cobertura duplicada (doble)

Turquoise Care no cubre montos ya pagados cuando los miembros tienen otras fuentes de cobertura legalmente responsables. Estas pueden incluir seguro privado, Medicare u otros programas públicos. Si tiene alguna otra cobertura de atención médica, debe informarnos.

Servicios experimentales, de investigación o no probados

Turquoise Care no cubre ningún tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro no aceptado como práctica médica estándar. La práctica médica estándar hace referencia a servicios o suministros que son de uso general en la comunidad médica de los Estados Unidos y que tienen las siguientes características:

- Se ha demostrado, en libros de texto médicos estándar publicados en los Estados Unidos o en literatura revisada por pares, que tienen un valor médico establecido desde el punto de vista científico para curar o aliviar la afección tratada.
- Son adecuados para el hospital u otro centro en el que se realicen.
- El médico u otro proveedor profesional han tenido la capacitación y la experiencia adecuadas para proporcionar el tratamiento o procedimiento.
- El servicio debe ser médicamente necesario y no estar excluido por ninguna otra exclusión contractual.

Con una excepción, Turquoise Care no cubre ningún tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo ni suministro no aceptado como práctica médica estándar que se considere experimental, de investigación o no probado. La única excepción es para ciertos servicios en ensayos contra el cáncer que reúnen los requisitos según las reglas de la HCA. Además, si se requiere aprobación de una agencia federal u otra agencia gubernamental para el uso de alguno de los artículos y dicha aprobación no se otorgó cuando se administraron los servicios, este servicio es experimental y no estará cubierto. Para que se considere que es experimental, de investigación o no probado, se debe cumplir una o más de las siguientes condiciones:

- El dispositivo, fármaco o medicamento no puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, y la aprobación de comercialización no se ha concedido en el momento en que se suministra el dispositivo, fármaco o medicamento.
- Pruebas fiables indican que el tratamiento, dispositivo, fármaco o medicamento es objeto ensayos clínicos en fases I, II, III o IV o de estudio para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad, capacidad o su capacidad en comparación con las vías estándar de tratamiento o diagnóstico.
- Pruebas fiables indican que el consenso entre los expertos en relación con el tratamiento, procedimiento, dispositivo, fármaco o medicamento es que más estudios o ensayos clínicos son necesarios para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, eficacia o su eficacia en comparación con las vías estándar de tratamiento o diagnóstico.

Las pautas y prácticas de Medicare, la FDA u otros programas o agencias gubernamentales pueden tenerse en cuenta en una determinación; sin embargo, la aprobación por parte de otros organismos no constituirá ni necesitará la aprobación de Molina.

Por pruebas fiables se entienden únicamente los informes y artículos publicados en revistas médicas y científicas autorizadas y revisadas por pares; los protocolos escritos utilizados por el centro tratante o los protocolos de otro centro que estudie principalmente el mismo tratamiento médico, procedimiento, dispositivo o medicamento; o el consentimiento informado por escrito utilizado por el centro tratante o por otro centro que estudie principalmente el mismo tratamiento médico, procedimiento, dispositivo o medicamento. Si no está de acuerdo con la decisión de Molina sobre algún artículo o servicio, puede presentar una apelación. Consulte la sección de Quejas y apelaciones en la página 50.

Sin efecto en las decisiones de tratamiento

Las decisiones de Molina Healthcare sobre los beneficios (como las autorizaciones previas) son diferentes de las que toman usted y sus proveedores de atención médica. A veces, los proveedores pueden utilizar las pautas de práctica clínica para informar sus recomendaciones de tratamiento. Puede solicitar estas pautas llamando a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. Independientemente de cualquier decisión sobre los beneficios, la decisión final sobre su atención y tratamiento es entre usted y su proveedor de atención médica.

Gestión de utilización

La autorización previa (PA) es una solicitud de servicio de su médico. No la necesita para la mayoría de los servicios médicos, pero algunos servicios sí la exigen. El personal médico de Molina y su médico revisan la necesidad de esta atención antes de que se presten los servicios. Se aseguran de que sean adecuados para su afección.

En las páginas 32 a 36 de este manual encontrará una lista de los servicios cubiertos que requieren PA y de los que no la requieren. También puede visitar [WelcomeToMolina.com/NM](https://www.welcometomolina.com/nm) o llamar a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Gestión de utilización significa que revisamos la historia clínica, las reclamaciones y las solicitudes de autorización previa para garantizar que los servicios sean médicamente necesarios, que se brinden en el entorno adecuado y que sean coherentes con la afección informada. Si esta gestión se realiza antes de recibir un servicio, forma parte del proceso de "autorización previa". Si se realiza mientras se sigue recibiendo un servicio, forma parte del proceso de "revisión simultánea". Si se realiza una vez recibido un servicio, se denomina "revisión retrospectiva".

Las decisiones de gestión de utilización se basan únicamente en la adecuación de la atención y los servicios. Molina no recompensa a los proveedores o a las personas que dirigen nuestros programas por denegar servicios, ni ofrece incentivos a los responsables de la toma de decisiones de los programas que los alienten a aprobar menos servicios de los necesarios. Queremos ayudarlo a obtener la atención que necesita de la mejor manera posible. No se denegará la cantidad, la duración ni el alcance del servicio únicamente por su afección, diagnóstico o enfermedad específicos. Un servicio debe ser médicamente necesario, incluso si no se requiere una autorización previa. Todos los servicios están sujetos a revisión. Si no se encuentra el servicio necesario, es posible que tenga que pagar por el servicio de acuerdo con las pautas estatales y federales.

Servicios médicamente innecesarios

Turquoise Care no cubre servicios que no sean médicamente necesarios. Los servicios médicamente necesarios son servicios clínicos y de rehabilitación de salud física o del comportamiento que son de la siguiente manera:

- Necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar afecciones médicas, o que son necesarios para permitirle al paciente alcanzar, mantener o recuperar capacidad funcional.
- Prestados en la cantidad, la duración, el alcance y el entorno que sean clínicamente adecuados para las necesidades de atención médica específicas del paciente.
- Proporcionados dentro de los estándares de práctica profesionalmente aceptados y las pautas nacionales.
- Requeridos para satisfacer las necesidades físicas, del comportamiento y a largo plazo del paciente, y no son principalmente para la conveniencia del paciente, del proveedor o de Molina.

Molina determina si un servicio o suministro es médicamente necesario y si está cubierto. El hecho de que un proveedor recete, indique, recomiende o apruebe un servicio o suministro no lo hace médicamente necesario ni lo convierte en un servicio cubierto, aunque no figure específicamente como exclusión.

Servicios estéticos

Turquoise Care no cubre los servicios estéticos, que se definen como servicios que se prestan principalmente para alterar o mejorar la apariencia en ausencia de deterioro documentado de la función física. Esta exclusión de la cobertura no se aplica a las cirugías primarias de reasignación de género, de pecho o genitales ni a los servicios farmacéuticos de reasignación de género, todos los cuales requieren autorización previa de Molina.

Sin obligación legal de pago

Turquoise Care no cubre servicios por los que no tenga obligación legal de pagar o que sean gratuitos, incluidos los siguientes:

- Cobros efectuados únicamente porque hay beneficios disponibles en virtud de este programa.
- Servicios para los que ha recibido un descuento que usted ha acordado.
- Servicios voluntarios.
- Servicios brindados por usted o un familiar para usted mismo, o por una persona que normalmente reside en su hogar.

Costos que paga de su bolsillo

Si recibe una factura de un proveedor del plan por servicios aprobados y cubiertos, llame a Servicios para Miembros. No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros. Nosotros lo ayudaremos.

Es posible que deba pagar por servicios que no están cubiertos. También es posible que deba pagar por los servicios de proveedores que no son parte de nuestra red. Quizás tenga que pagar por servicios a los que se remita por su cuenta y que requieran una autorización previa.

Si los servicios eran de emergencia, usted no tiene que pagar. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Cómo pagamos a los proveedores por su atención

Tenemos muchos tipos de contratos con proveedores. A algunos proveedores se les paga cada vez que lo atienden y por cada procedimiento que realizan. Otros proveedores reciben una cantidad fija por cada mes que se asigna a un miembro para su atención.

Es posible que a algunos proveedores se les ofrezcan recompensas por brindar una excelente atención preventiva y controlar el uso de los servicios hospitalarios. No recompensamos a los proveedores ni a los empleados por denegar la cobertura médica o los servicios. No damos bonos a los proveedores por brindar menos atención. Para obtener más información sobre cómo se paga a los proveedores, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. No podemos brindar información confidencial sobre proveedores a través de Servicios para Miembros o de cualquier otro departamento.

Quejas y apelaciones

Esperamos que esté conforme con la atención y los servicios que recibe. Si no lo está, queremos que sepa que tiene opciones. Usted, o alguien que elija para ayudarlo, puede presentar una apelación o queja por teléfono o por escrito. Molina puede ayudarlo a completar los formularios para presentar una queja o una apelación sin cargo. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. Contamos con personas a su disposición para brindarle asistencia de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (MST). Si fuera necesario, también disponemos de servicios de traducción. Molina no lo tratará de manera diferente por presentar una apelación o una queja.

Quejas

Una queja es una declaración verbal o escrita en la que puede expresar su disconformidad con alguna parte de Molina o de sus operaciones que no estén relacionadas con una “determinación adversa de beneficios” (consulte más adelante la sección Apelaciones). Algunos ejemplos de quejas incluyen los siguientes:

- La calidad de su atención o cómo lo trataron.
- No respetaron sus derechos como miembro.
- No está conforme con el tiempo que tardan en tomar decisiones de autorización.
- No está de acuerdo con la decisión de extender el plazo de la apelación.
- Desea solicitar la cancelación de la inscripción en Molina Healthcare of New Mexico, Inc.
- Cualquier otro problema que pueda tener para recibir atención médica.

Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja en cualquier momento. Puede elegir a alguien que lo ayude a presentar una queja. Esto se denomina representante autorizado. Debe dar su consentimiento por escrito para que otra persona pueda presentar una queja en su nombre.

Puede presentar una queja por escrito o por teléfono llamando a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. Puede presentarla por escrito utilizando cualquiera de los siguientes métodos:

Envíela a través del portal para miembros en MiMolina.com

Por correo postal:

Molina Healthcare of New Mexico, Inc.
P.O. Box 182273
Chattanooga, TN 37422

Por fax: (505) 342-0583

Por correo electrónico: MNM.Medicaid.MemberAppealsandGrievances@molinahealthcare.com

Qué esperar cuando presenta una queja

No recibirá un trato diferente por presentar una queja. Cuando presente su queja, le enviaremos una carta en un plazo de cinco (5) días hábiles para informarle que la recibimos. Le informaremos por escrito nuestra decisión sobre su queja en el plazo de 30 días calendario a partir del día en que la recibamos. Si necesitamos tiempo adicional para tomar nuestra decisión, es posible que se solicite una extensión de 14 días calendario. Si

se necesita más tiempo, le informaremos de inmediato por teléfono y, en un plazo de dos (2) días calendario, le explicaremos por escrito por qué es lo más conveniente para usted. También puede solicitar una extensión si necesita más tiempo para respaldar su queja.

Apelaciones

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

- Denegación total o parcial de un servicio solicitado.
- Interrupción de un servicio que se había aprobado previamente.

Una denegación se produce cuando no aprobamos o pagamos un servicio que usted o su médico han solicitado. Cuando denegamos un servicio, le enviaremos una carta para informarle los motivos por los que denegamos el servicio solicitado. Esta carta es el aviso oficial de nuestra decisión y se denomina determinación adversa de beneficios. Le informará sobre sus derechos y proporcionará información sobre cómo solicitar una apelación.

Cómo presentar una apelación

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

Usted, su representante autorizado o un proveedor en su nombre y con su consentimiento por escrito pueden apelar la decisión. Si necesita ayuda para presentar su apelación, puede llamar a Servicios para Miembros y nosotros lo ayudaremos a completar los pasos para presentar una apelación.

Puede apelar nuestra decisión por escrito o por teléfono llamando a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. Puede presentarla por escrito utilizando cualquiera de los siguientes métodos:

Envíela a través del portal para miembros en MiMolina.com

Por correo postal:

Molina Healthcare of New Mexico, Inc.
P.O. Box 182273
Chattanooga, TN 37422

Por fax: (505) 342-0583

Por correo electrónico: MNM.Medicaid.MemberAppealsandGrievances@molinahealthcare.com

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

Qué esperar cuando presenta una apelación

No recibirá un trato diferente por presentar una apelación. Recibirá una carta en un plazo de cinco (5) días hábiles para informarle que recibimos su apelación. Se le notificará sobre nuestra decisión en el plazo de 30 días calendario para una apelación estándar. Si necesitamos tiempo adicional para tomar nuestra decisión, es posible que se solicite una extensión de 14 días calendario. Si se necesita más tiempo, le informaremos de inmediato

por teléfono y, en un plazo de dos (2) días calendario, le explicaremos por escrito por qué es lo más conveniente para usted. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender su apelación, tiene derecho a presentar una queja.

Si una espera de 30 días podría perjudicar su salud o su vida, puede solicitar una apelación rápida (acelerada). Tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas o antes. Si se deniega su solicitud de apelación acelerada, le notificaremos de forma oportuna por teléfono y realizaremos un seguimiento por escrito en un plazo de dos (2) días calendario. Completaremos su apelación en el plazo estándar de 30 días calendario.

Si consideramos que el tiempo necesario para una apelación estándar pone en grave peligro su salud, iniciaremos una apelación acelerada en su nombre. Nos comunicaremos con usted si hemos iniciado la apelación acelerada. Le daremos una decisión de apelación acelerada en un plazo de 72 horas.

Si Molina no resuelve su apelación ni le proporciona un aviso dentro del plazo requerido mencionado anteriormente, se considera que su apelación ante Molina se ha agotado y usted puede solicitar una audiencia justa estatal.

Audiencias justas estatales

Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su apelación, puede solicitar una audiencia justa estatal. Primero debe completar la apelación ante Molina antes de solicitar una audiencia justa estatal. Usted, su representante autorizado o el médico en su nombre y con su consentimiento por escrito pueden solicitar la audiencia justa estatal. Debe enviar su solicitud en un plazo de 90 días calendario desde la fecha de la carta de Molina en la que le notificamos nuestra decisión.

Puede presentar una solicitud de audiencia justa estatal ante la Autoridad de Atención Médica (HCA) de New Mexico por escrito, en persona o por teléfono. Si necesita ayuda para solicitar una audiencia justa estatal o si desea presentarla por teléfono, puede llamar a la Oficina de Audiencias Justas de la HCA al (505) 476-6213.

Para presentar una audiencia justa estatal por escrito, envíe las solicitudes a la siguiente dirección:

Office of Fair Hearings
P.O. Box 2348
Sante Fe, NM 87504-2348

O bien, llame a los siguientes números:

En Santa Fe: (505) 476-6213
Número gratuito: (800) 432-6217, opción 6
Fax: (505) 476-6215
Correo electrónico: HSD-FairHearings@state.nm.us

Continuación de los servicios durante una apelación o audiencia justa estatal

Puede solicitar la continuación de los beneficios mientras esté pendiente su apelación ante la Oficina de Audiencias Justas. Puede solicitar la continuación de los beneficios en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha cuando le enviamos por correo la determinación adversa de beneficios (la fecha de entrada en vigencia del aviso) y se cumplieron todos los siguientes pasos:

- Usted presentó la solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario a partir de la fecha cuando recibió el aviso de Molina en el que se denegaba su solicitud de servicio.
- La apelación o la solicitud de audiencia justa estatal está relacionada con la finalización, suspensión o reducción de los servicios que anteriormente estaban autorizados para usted.
- Los servicios fueron solicitados por un médico autorizado de Molina.
- El período cubierto por la autorización original no ha finalizado.

Si se cumplen las condiciones anteriores y solicita la continuación de los beneficios, es posible que sus beneficios continúen hasta que se produzca uno de los siguientes casos:

- Usted solicita interrumpir la apelación o la audiencia justa estatal.
- Usted no solicita una audiencia justa en el plazo de 10 días a partir de la fecha de la carta de Molina en la que se le notifica nuestra decisión.
- La autorización para los servicios expira o se cumplen los límites.
- Se toma una decisión de audiencia justa estatal de denegar su solicitud.

Nota: Si sigue recibiendo un servicio durante el proceso de apelación o la audiencia justa estatal y se deniega la apelación, es posible que deba pagar por los servicios que recibió.

Defensoría

¿Qué es un defensor?

Un defensor es una persona que puede brindarle ayuda y lo representará en los problemas que pueda tener con Molina. Esta persona es independiente, es decir, que trabaja para Molina pero de forma aparte con respecto al plan de salud de Turquoise Care de Molina.

Roles y responsabilidades

- Ayuda a los miembros a conocer el plan de salud.
- Trabaja con los miembros para ayudarlos a entender sus derechos y responsabilidades.
- Participa en debates sobre casos.
- Se asegura de que los servicios no se interrumpan debido a desacuerdos entre las partes.
- Ofrece otro punto de vista para garantizar que se cubran las necesidades de los miembros.

Para comunicarse con el defensor haga lo siguiente:

- Llame al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Privacidad

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Usamos y compartimos su información para brindarle beneficios de salud. Su información se usa en las siguientes situaciones:

- Proporcionar tratamiento.
- Pagar su atención médica.
- Revisar la calidad de la atención que recibe.
- Informarle sobre sus opciones de atención.
- Ejecutar nuestro plan de salud.
- Compartir información de salud protegida (PHI) según lo requerido por la ley.

La información anterior es solo un resumen. Nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad brinda más información sobre cómo usamos y compartimos su PHI. Puede encontrar el Aviso sobre prácticas de privacidad completo en [WelcomeToMolina.com/NM](https://www.welcometomolina.com/nm).

Consejo Asesor de Miembros

Nuestro propósito es mejorar la vida y el bienestar de nuestros miembros. También queremos tener un impacto positivo en las comunidades a las que prestamos servicios. Nuestra misión, nuestra visión y nuestros valores ayudan a liderar cada decisión que tomamos. Una manera de lograr nuestro propósito es a través de nuestro Consejo Asesor de Miembros.

El Consejo Asesor de Miembros es una oportunidad para que los miembros y sus representantes trabajen con los proveedores y con el personal del plan de salud. Los miembros pueden compartir pensamientos e ideas sobre formas de mejorar el plan de salud. Las reuniones se llevan a cabo en todo el estado y en línea, por lo que es fácil participar.

El Consejo Asesor de Miembros se reúne seis veces al año. Se pueden reembolsar los gastos de transporte, millas y cuidado infantil a los miembros de Molina para que puedan asistir.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**.

Derechos y responsabilidades

Estos derechos y responsabilidades están publicados en los consultorios de los médicos. También están publicados en [WelcomeToMolina.com/NM](https://www.welcometomolina.com/nm). Usted o sus tutores legales tienen derecho a obtener información sobre lo siguiente:

1. Molina, sus políticas y procedimientos sobre productos, servicios, proveedores contratados, procedimientos de quejas, beneficios provistos y sus derechos y responsabilidades.
2. Usted tiene derecho a que lo traten con cortesía y amabilidad y con respeto y reconocimiento de su dignidad, necesidad y derecho a la privacidad.
3. Usted o sus tutores legales tienen derecho a elegir un PCP dentro de los límites de los beneficios cubiertos y de la red del plan. También tiene derecho a rechazar la atención de profesionales específicos o a notificarle al proveedor si es necesario realizar algún cambio. Usted o sus tutores legales tienen derecho a obtener información de sus proveedores en términos que usted o sus tutores legales comprendan, una explicación completa de su afección médica y el tratamiento recomendado, los riesgos del tratamiento, los resultados esperados y las alternativas médicas razonables, independientemente de las aseguradoras de atención médica o la posición de Molina sobre las opciones de tratamiento. Si usted no puede entender la información, se le proporcionará la explicación a su pariente cercano, tutor, agente o sustituto, si se encuentra disponible, y se registrará en la historia clínica.
4. Usted tiene derecho a recibir servicios de atención médica de manera no discriminatoria.
5. Si no habla inglés como primer idioma, tiene derecho a recibir servicios de traducción sin costo.
6. Si tiene una discapacidad, tiene derecho a obtener información en un formato alternativo en cumplimiento de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.

7. Usted o sus tutores legales tienen derecho a participar con los proveedores de atención médica en la toma de decisiones en todos los aspectos de su atención médica, que incluyen la elaboración de planes de tratamiento, los tratamientos aceptables y el derecho a rechazar tratamientos.
8. Usted o sus tutores legales tienen derecho a dar un consentimiento informado.
9. Usted o sus tutores legales tienen derecho a elegir a un responsable de decisiones sustituto para que se involucre, según corresponda, y a ayudar con las decisiones de atención.
10. Usted o sus tutores legales tienen derecho a obtener una segunda opinión de otro proveedor si usted necesita más información sobre un tratamiento recomendado o cree que el proveedor no autoriza la atención solicitada.
11. Tiene derecho a un debate abierto y honesto sobre opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
12. Usted o sus tutores legales tienen derecho a expresar reclamos, quejas o apelaciones sobre Molina, el manejo de los reclamos o la atención brindada. Usted o sus tutores legales también tienen derecho a hacer uso del proceso de reclamos de Molina y del proceso de audiencia justa estatal después de agotar el proceso de queja/apelación de Molina, sin costo y sin temor a represalias.
13. Usted y sus tutores legales tienen derecho a presentar un reclamo o una apelación ante Molina o la Oficina de Audiencias Justas del estado después de agotar el proceso de queja/apelación de Molina y a obtener una respuesta a esos reclamos o apelaciones en un tiempo razonable.
14. Usted y sus tutores legales tienen derecho a elegir entre los proveedores disponibles dentro de los límites de la red de Molina, así como los requisitos de remisión y autorización previa.
15. Usted y sus tutores legales tienen derecho a dar a conocer sus decisiones mediante directivas anticipadas sobre decisiones de atención médica (testamento en vida, directivas sobre el derecho a morir, órdenes de “no reanimación” [DNR]) de conformidad con las leyes y regulaciones federales y estatales.
16. Usted y sus tutores legales tienen derecho a la privacidad de los registros médicos y financieros que mantiene Molina y sus proveedores, de conformidad con la ley vigente.
17. Usted y sus tutores legales tienen derecho a acceder a su historia clínica de acuerdo con las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables.
18. Tiene la oportunidad de permitir o denegar la divulgación de información médica identificable o de otro tipo por parte de Molina, excepto cuando la ley exija dicha divulgación.
19. Usted tiene derecho a solicitar una modificación en su información de salud protegida (PHI) si se cree que la información está incompleta o es incorrecta.
20. Usted o sus tutores legales tienen derecho a obtener información sobre Molina, sus servicios de atención médica y cómo obtener esos servicios y sobre los proveedores/profesionales de la red.
21. Usted o sus tutores legales tienen derecho a recibir información sobre las políticas y los procedimientos de Molina en relación con productos, servicios, proveedores y procedimientos de apelación. Usted o sus tutores legales también tienen derecho a permitir el uso de su información médica, a acceder a su historia clínica y a proteger el acceso a su información médica y a otra información sobre Molina y los beneficios proporcionados.

22. Usted o sus tutores legales tienen el derecho de conocer, mediante solicitud previa, sobre acuerdos o disposiciones financieras entre Molina y sus proveedores, que pueden limitar las opciones de remisión o tratamiento, o limitar los servicios ofrecidos.
23. Usted o sus tutores legales tienen derecho a no sufrir acoso por parte de Molina o de los proveedores de la red en relación con disputas contractuales entre Molina y los proveedores.
24. Usted o sus tutores legales tienen derecho a los servicios disponibles y accesibles, cuando sean médicamente necesarios, según lo determine el PCP o el proveedor tratante en consulta con Molina. Estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para servicios de atención de urgencia o emergencia y para otros servicios de atención médica, según lo definido en el contrato o la evidencia de cobertura.
25. Tiene derecho al acceso adecuado a profesionales de salud calificados cerca del lugar donde vive o trabaja, dentro del área de servicio de Molina.
26. Usted tiene derecho a recibir atención médica asequible, con límites en los gastos de su bolsillo, incluido el derecho a recibir atención de un proveedor no participante y a una explicación de su responsabilidad financiera cuando los servicios los brinda un proveedor no participante o se brindan sin una autorización previa requerida.
27. Usted o sus tutores legales tienen derecho a una pronta notificación sobre la finalización o los cambios en los beneficios, los servicios o la red de proveedores.
28. Tiene derecho a continuar un curso de tratamiento continuo por un período de al menos treinta (30) días. Esto será aplicable si su proveedor se retira de la red de proveedores o si el proveedor de un nuevo miembro no está en la red de proveedores.
29. Usted tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades de Molina.
30. Tiene derecho a no sufrir ninguna forma de restricción o aislamiento como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, según se especifica en otras regulaciones federales sobre el uso de restricciones y aislamiento.
31. Usted y sus tutores legales tienen derecho a seleccionar una MCO y a ejercer sus derechos de inscripción relacionados con los cambios sin amenazas ni acoso.
32. Tiene derecho a obtener información detallada sobre la cobertura, los beneficios máximos y las exclusiones de afecciones, dolencias o trastornos específicos, incluidos los beneficios restringidos y todos los requisitos que debe seguir para la aprobación previa y la revisión de utilización.
33. Usted o sus tutores legales tienen todos los derechos que la ley, las reglas o las regulaciones les otorgan como pacientes de un centro de atención médica autorizado, incluido el derecho a rechazar los medicamentos y el tratamiento una vez que se le hayan explicado las consecuencias de esta decisión en un idioma que usted comprenda.
34. Usted y sus tutores legales tienen derecho a una explicación completa del motivo por el que se deniega la atención, una oportunidad de apelar la decisión ante la revisión interna de Molina y el derecho a solicitar la ayuda de la HCA, según corresponda.
35. Usted y sus tutores legales tienen derecho a obtener información, cuando usted lo solicite, que la HCA determine que es importante durante su primer contacto con la MCO. Esta información puede incluir una solicitud de información sobre la estructura de la MCO, su funcionamiento o los planes de incentivos de los profesionales o del personal directivo.
36. Usted o su tutor legal podrán ejercer libremente sus derechos, y el ejercicio de estos derechos no dará lugar a un trato adverso para usted o su tutor legal.

Responsabilidades de los miembros

1. Usted y sus tutores legales tienen la responsabilidad de brindar, en la medida de lo posible, información que Molina y sus proveedores necesitan para su atención.
2. Usted y sus tutores legales tienen la responsabilidad de comprender sus problemas de salud y ayudar a desarrollar metas de tratamiento con las que todos pueden estar de acuerdo.
3. Usted y sus tutores legales tienen la responsabilidad de seguir los planes y las instrucciones de atención que hayan acordado con su proveedor o notificar a los proveedores en caso de que se soliciten cambios.
4. Usted o sus tutores legales tienen la responsabilidad de mantener, reprogramar o cancelar una cita en lugar de simplemente no presentarse.
5. Usted y sus tutores legales tienen la responsabilidad de revisar el Manual para miembros y, si tienen alguna pregunta, llamar a Servicios para Miembros para obtener más información sobre los beneficios, los límites y las exclusiones. El número de teléfono de Servicios para Miembros figura en su tarjeta de identificación.
6. Usted y sus tutores legales tienen la responsabilidad de seguir las políticas, los procedimientos y las instrucciones de Molina para obtener servicios y atención.
7. Si usted o su tutor legal ve a un especialista o proveedor con remisión por su cuenta sin seguir los procedimientos de Molina y Molina deniega el servicio, el proveedor puede facturarle a usted.
8. Usted y sus tutores legales tienen la responsabilidad de mostrar su tarjeta de identificación cada vez que acude a recibir atención médica y de informar a Molina de inmediato de cualquier pérdida o robo de su tarjeta de identificación.
9. Usted o sus tutores legales tienen la responsabilidad de informar a un proveedor participante sobre la cobertura de Molina en el momento en que se presta el servicio. Es posible que deba pagar por los servicios si no comunica sobre su cobertura al proveedor participante.
10. Usted y sus tutores legales tienen la responsabilidad de pagar todos los servicios que reciba antes de la fecha de entrada en vigencia de Molina y después de la finalización o cancelación de la cobertura de Molina si no tiene cobertura de seguro. Si tiene cobertura con Medicaid de pago por servicio, otra MCO u otra compañía de seguro antes de la fecha de entrada en vigencia o después de la finalización o cancelación de Molina, debe informar al proveedor sobre la otra cobertura.
11. Usted o sus tutores legales tienen la responsabilidad de informar al trabajador social de la ISD si hay un cambio de nombre, dirección, número de teléfono o cambios en su familia.
12. Usted y sus tutores legales tienen la responsabilidad de informar a la HCA y a Molina si usted obtiene otra cobertura médica.
13. Usted y sus tutores legales tienen la responsabilidad de pagar todos los copagos o coseguros en el momento en que se prestan los servicios.

Directivas anticipadas

Su proveedor tiene formularios de directivas anticipadas. Complete el formulario para informar a su familia, a los proveedores y a quienes necesiten conocer la atención que desea recibir en caso de enfermedad o emergencia médica. El formulario se guardará en su expediente médico. Puede finalizar o cambiar las directivas anticipadas en cualquier momento. Solo tiene que comunicarnos sus deseos.

Respetamos su cultura y sus tradiciones. No pondremos ningún límite en sus directivas anticipadas. A veces, la persona que le brinda atención médica no puede seguir sus deseos porque va en contra de su conciencia. Si es así, lo ayudarán a encontrar un proveedor que cumpla sus deseos.

Si desea obtener más información sobre esto, llame a Servicios para Miembros al **(844) 862-4543 (TTY: 711)**. Nosotros lo ayudaremos.

Directivas anticipadas para atención psiquiátrica (PAD)

Tiene derecho a elaborar una directiva para atención de la salud mental (MHCD) para problemas de salud mental y por consumo de sustancias. Esto también se conoce como directiva anticipada para atención psiquiátrica y le permite tener un documento escrito en el que se le informa a sus proveedores de atención médica, a sus familiares y a otras personas acerca de sus deseos si sufre una recaída por sus problemas de salud del comportamiento o si no puede tomar decisiones por sí mismo sobre su atención, incluido el rechazo del tratamiento. La MHCD debe estar escrita, firmada y avalada por testigos.

La MHCD debe incluir lo siguiente:

- Una persona designada (“agente”) para tomar decisiones en su nombre en caso de que usted esté demasiado enfermo para hacerlo por su cuenta. Esto se conoce como estar “incapacitado”.
- Un conjunto de instrucciones escritas sobre lo que desea que suceda y cómo o dónde desea recibir tratamiento si no puede tomar decisiones por sí mismo. Esto podría incluir lo siguiente:
 - Medicamentos que no desea que le administren o que preferiría que le administraran.
 - Lugares a los que le gustaría que lo llevaran para recibir tratamiento o tipos de tratamiento.
 - Tratamiento que debe o no debe recibir.
 - Las personas que pueden o no pueden visitarlo durante el tratamiento.

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

Un testamento en vida o una declaración

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

Los tratamientos podrían incluir lo siguiente:

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

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

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

Un poder legal duradero para la atención médica (DPAHC)

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

Una orden de no reanimación (DNR)

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

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

Fraude, despilfarro y abuso

Nuestro plan de fraude, despilfarro y abuso ayuda a Molina y a nuestros empleados, miembros, proveedores, pagadores y reguladores. Aumenta la eficacia, reduce el despilfarro y mejora la calidad de los servicios. Nos tomamos muy en serio la prevención, detección e investigación de fraude, despilfarro y abuso.

Molina cumple con las leyes estatales y federales. Investigamos todos los casos sospechosos de fraude, despilfarro y abuso. Los denunciaremos rápidamente a las agencias del GOBIERNO. Tomamos las medidas disciplinarias correspondientes. Esto puede incluir la finalización del empleo, el estado del proveedor o la membresía. Puede denunciar fraudes, despilfarros y abusos sin darnos su nombre.

Para denunciar un posible fraude, llame a la Línea de alerta de Molina Healthcare al **(866) 606-3889 (TTY: 711)**. También puede completar un formulario de denuncia en línea en MolinaHealthcare.Alertline.com.

El **fraude** es un engaño intencionado o la tergiversación hecha por una persona con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para ella o alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituye fraude de conformidad con las leyes federales o estatales correspondientes (Título 42, Sección 455.2 del Código de Reglamentos Federales [CFR]).

El **despilfarro** significa un gasto de atención médica que puede eliminarse sin reducir la calidad de la atención. El despilfarro en la calidad incluye el uso excesivo, el uso insuficiente y el uso ineficaz. El despilfarro en caso de ineficacia incluye la redundancia, los retrasos y la complejidad innecesaria de los procesos. Por ejemplo, el intento de obtener un reembolso por artículos o servicios cuando no hubo intención de engañar o tergiversar; sin embargo, el resultado de métodos de facturación deficientes o ineficaces (p. ej., códigos) provoca costos innecesarios para Medicaid/Medicare.

El **abuso** ocurre cuando las prácticas de proveedores son incoherentes con prácticas sólidas fiscales, comerciales o médicas. Estas prácticas conllevan un costo innecesario para el programa Medicaid, o un reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares reconocidos profesionalmente para la atención médica. También incluye las prácticas de los beneficiarios que producen costos innecesarios para el programa Medicaid (Título 42, Sección 455.2 del Código de Reglamentos Federales [CFR]).

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

- No entregue su tarjeta de identificación de Molina, su tarjeta de identificación médica ni su número de identificación a otra persona que no sea un proveedor, una clínica o un hospital; solo cuando reciba atención.
- Nunca preste a nadie su tarjeta de identificación de miembro.
- Nunca firme un formulario de seguro en blanco.
- Tenga cuidado al dar su número de Seguro Social.

Definiciones

Abuso: el abuso se produce cuando los proveedores o proveedores de atención médica realizan acciones que, directa o indirectamente, conllevan costos innecesarios para cualquier programa de beneficios de atención médica. El abuso incluye cualquier práctica que no proporcione a los pacientes los servicios médicamente necesarios o que no cumpla con los estándares reconocidos profesionalmente. Algunos ejemplos de abuso son la facturación de servicios que no son médicamente necesarios, el cobro excesivo por servicios o suministros y el uso indebido de códigos de facturación para aumentar el reembolso.

Afección médica de emergencia: problema médico que usted considera que es tan grave que un proveedor debe tratarlo de inmediato.

Apelación: solicitud formal para que Molina revise una decisión o acción adversa.

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

Autorización previa (PA): proceso de cualquier servicio que necesite la aprobación de Molina antes de que usted pueda recibirlo.

Autorización: aprobación para recibir un servicio.

Autoridad de Atención Médica (HCA): departamento oficial en New Mexico encargado de supervisar Medicaid. La HCA también puede indicar al designado del departamento (Molina).

Área de servicio: área geográfica donde Molina presta servicios.

Despilfarro: el despilfarro es el uso excesivo de servicios u otras prácticas que directa o indirectamente producen costos innecesarios a cualquier programa de beneficios de atención médica. Ejemplos de despilfarro son realizar visitas al consultorio excesivas, recetar más medicamentos de los necesarios e indicar análisis de laboratorio excesivos.

Directiva anticipada: decisiones que tiene que tomar sobre su atención médica. Un formulario que indica cómo desea recibir atención cuando esté enfermo o tenga una emergencia.

Director médico: médico empleado por Molina para actuar como director médico del plan.

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

Equipo médico duradero (DME) y equipo de suministros médicos: estos equipos son necesarios para proporcionarle una sustitución mecánica o para ayudarlo. Ayudarán a evitar que una afección médica empeore. No suelen ser útiles para una persona que no tenga una enfermedad o lesión. Los artículos de DME incluyen lo siguiente:

- Sillas de ruedas

- Camas de hospital
- Oxígeno
- Suministros de oxígeno

Estos equipos tienen las siguientes características:

1. Se utilizan para un fin médico.
2. Están diseñados para un uso repetido.

Especialista: proveedor que se centra en un tipo particular de atención médica.

Fraude: el fraude se produce cuando alguien engaña, oculta o tergiversa a sabiendas para obtener dinero o propiedad de cualquier programa de beneficios de atención médica. El fraude a Medicare o Medicaid se considera un acto criminal.

HIPAA: se refiere a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos. Un conjunto de reglas que ayuda a mantener la información de salud del paciente segura y privada.

I/T/U: servicios de salud para indígenas, proveedores de servicios de salud para la población tribal y proveedores de servicios de salud para la población indígena urbana.

Información de salud protegida (PHI): la PHI es su información médica. Incluye su nombre, número de miembro u otros datos que puedan identificarlo. Molina usa o comparte la PHI.

Miembro: persona que es elegible para Medicaid y que está inscrita en Molina.

Medicamento necesario: servicios clínicos, de rehabilitación, de salud física o del comportamiento que son de la siguiente manera:

1. Necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar afecciones médicas.
2. Necesarios para alcanzar, mantener o recuperar la capacidad funcional.
3. Prestados en la cantidad, la duración, el alcance y el entorno que sean clínicamente adecuados para las necesidades específicas de atención de la salud física, mental y del comportamiento de la persona.
4. Proporcionados dentro de los estándares de práctica profesionalmente aceptados y las pautas nacionales.
5. Requeridos para satisfacer las necesidades de salud física y del comportamiento de la persona y no son principalmente para la conveniencia de la persona, del proveedor o del pagador

Médico de atención primaria (PCP): proveedor contratado por Molina que usted eligió para que sea su proveedor. El PCP brinda ayuda con la mayoría de las necesidades médicas.

Período de beneficios: período en el que tiene seguro de salud.

Queja: reclamo sobre cualquier operación de Molina o sobre un proveedor de atención.

Remisión: cuando su PCP envía una solicitud para que usted consulte a otro proveedor para recibir atención.

Servicios cubiertos: servicios y suministros cubiertos por Molina.

Servicios de emergencia: servicios brindados por un proveedor calificado que son necesarios para evaluar, tratar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Servicios de atención de urgencia: servicios médicos necesarios para tratar una enfermedad o lesión imprevista. La enfermedad o lesión es menos grave que una emergencia, pero necesita un tratamiento rápido para evitar un deterioro grave de la salud.

Servicios (beneficios) no cubiertos: servicios que no se cubren. New Mexico se encarga de decidir esto. Molina no pagará por servicios que no están cubiertos. Si recibe un servicio no cubierto sin la autorización de Molina, deberá pagar la factura.

Notificación de no discriminación

Molina Healthcare

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, edad, discapacidad o sexo.

Molina también cumple con las leyes estatales aplicables y no discrimina por motivos de credo, género, expresión o identidad de género, orientación sexual, estado civil, religión, estado militar o veterano con licenciamiento honorable o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio por una persona con discapacidad.

Para ayudarlo a comunicarse con nosotros, Molina brinda de manera oportuna los siguientes servicios gratuitos:

- Asistencia y servicios a personas con discapacidades
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas.
 - Material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y braille).
- Servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen conocimientos limitados del inglés
 - Intérpretes capacitados.
 - Material escrito traducido a su idioma.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina. El número de Servicios para Miembros de Molina figura al dorso de su tarjeta de identificación de miembro (TTY: 711).

Si considera que Molina no brindó estos servicios o que lo discriminó por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo. Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para redactar el reclamo, lo ayudaremos. Llame a nuestro coordinador de derechos civiles al **(866) 606-3889**, o **TTY: 711**. Envíe su reclamo por correo postal a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator
200 Ocean Gate
Long Beach, CA 90802

También puede enviar su reclamo por correo electrónico a Civil.Rights@MolinaHealthcare.com.

También puede presentar su reclamo ante Línea de alerta de Molina Healthcare, las 24 horas del día, los 7 días de la semana a la siguiente dirección: MolinaHealthcare.Alertline.com.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los formularios de reclamo están disponibles en www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html. Puede enviarlo por correo postal a la siguiente dirección:

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

También puede enviarlo a un sitio web a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si necesita ayuda, llame al **(800) 368-1019**; TTY **(800) 537-7697**.

Anexo de no discriminación: Sección 15

Molina Healthcare of New Mexico, Inc.– Medicaid

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (844) 862-4543 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (844) 862-4543 (TTY: 711).
Navajo	Dii naa akó niniizni: Dii saad hee yimilti'go Diné Bizaad , saad hee aka'anilti'awo'déé', 'áá jrik'eh, éí ná heshò, kóji' hót'elilnón (844) 862-4543 (TTY: 711).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (844) 862-4543 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (844) 862-4543 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (844) 862-4543 (TTY: 711)。
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (844) 862-4543 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (844) 862-4543 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (844) 862-4543 (TTY: 711).
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(844) 862-4543 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (844) 862-4543 (TTY : 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (844) 862-4543 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (844) 862-4543 (телетайп: 711).
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (844) 862-4543 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Persian (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. (844) 862-4543 (TTY: 711) تماس بگیرید.
Thai	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (844) 862-4543 (TTY: 711).

