

Molina Healthcare

Manual del miembro del Plan de Atención Médica Administrada de Medicaid



MolinaHealthcare.com



Estás en familia.

Revisado en noviembre de 2018



Estás en familia.

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

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

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina al 1-800-223-7242, TTY: 711.

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

Civil Rights Coordinator
200 Ocean Gate
Long Beach, CA 90802

Usted también puede enviar su queja por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com. O puede enviar su queja por fax al (310) 507-6186.

También puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., en la Oficina de Derechos Civiles. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviar el formulario por correo a esta dirección:

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

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

Si necesita ayuda, llame al 1-800-368-1019; TTY 800-537-7697.

Sección 1557 de eslóganes contra la discriminación
Molina Healthcare of New York, Inc.

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-223-7242 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-223-7242 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-223-7242 (TTY: 711)。
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-223-7242 (телетайп: 711).
French Creole	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-223-7242 (TTY: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-223-7242 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-223-7242 (TTY: 711).
Yiddish	אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-223-7242 (TTY: 711).
Bengali	লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮০০-২২৩-৭২৪২ (TTY: 711)।
Polish	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-223-7242 (TTY: 711).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-223-7242 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-223-7242 (ATS: 711).
Urdu	خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-223-7242 (TTY: 711).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-223-7242 (TTY: 711).
Greek	ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-223-7242 (TTY: 711).
Albanian	KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-223-7242 (TTY: 711).
Nepali	ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-223-7242 (टिटिवाइ: 711) ।

Aquí encontrará la información que necesita

Bienvenido

Cómo funciona la atención médica administrada.....	3
Cómo usar este manual	4
Ayuda del Departamento de Servicios para Miembros	4
Su tarjeta de identificación del plan de salud	5

Parte 1: Lo primero que debe saber

Cómo elegir su PCP	7
Cómo recibir atención habitual	9
Cómo recibir cuidado especializado y remisiones.....	10
Recibir estos servicios de Molina Healthcare sin una remisión.....	11
Emergencias	13
Atención médica urgente	14
Queremos que se mantenga sano.....	15

Parte 2: Sus beneficios y los procedimientos del plan

Beneficios	19
Servicios cubiertos por Molina Healthcare.....	19
Beneficios que puede recibir de Molina Healthcare O con su tarjeta de Medicaid	21
Beneficios si usa su tarjeta de Medicaid solamente	22
Servicios NO cubiertos.....	22
Autorización de servicios	23
Autorización previa y plazos.....	23
Revisión retrospectiva y plazos.....	25
Cómo se les paga a los proveedores.....	25
Usted puede ayudar con las políticas del plan.....	25
Información del Departamento de Servicios para Miembros	25
Manténganos informados	26
Opciones de cancelación de inscripción.....	26
1. Si desea renunciar al plan	26
2. Podría dejar de reunir los requisitos para el Plan de Atención Médica Administrada de Medicaid	26
3. Podemos solicitarle que renuncie a Molina Healthcare	27

Apelaciones del plan 27

Apelaciones externas 30

 Audiencias imparciales 31

Procedimiento para quejas..... 32

 Cómo presentar una queja 32

 ¿Cuál es el próximo paso?..... 32

 Apelaciones de las quejas 33

Derechos y responsabilidades de los miembros 33

Directivas anticipadas 34

Números telefónicos importantes 35

Bienvenido

Bienvenido al Programa de Atención Médica Administrada de Medicaid de Molina Healthcare

Nos complace que se haya inscrito en Molina Healthcare. Este manual será su guía para todos los servicios de atención médica disponibles para usted. Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como miembro nuevo. Nos pondremos en contacto con usted en las próximas dos o tres semanas con el objetivo de conocerlo mejor. Puede preguntarnos todas las dudas que tenga u obtener ayuda para programar una cita. Sin embargo, si necesita hablar con nosotros antes de que nos comuniquemos con usted, llámenos al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

CÓMO FUNCIONAN LOS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA

El plan, nuestros proveedores y usted

- Es posible que ya haya escuchado hablar sobre los cambios en la atención médica. Muchos miembros reciben los beneficios sanitarios a través de la atención médica administrada, que es como un “punto neurálgico” de la atención. Si estaba recibiendo servicios de salud conductual a través de la tarjeta de Medicaid, ahora esos servicios pueden estar disponibles a través de Molina Healthcare.
- Molina Healthcare tiene un contrato con el Departamento de Salud del Estado para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Medicaid. A su vez, elegimos a un grupo de proveedores de atención médica para que nos ayude a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y los especialistas, hospitales, laboratorios y otros centros de atención médica forman nuestra **red de proveedores**. Encontrará una lista en el directorio de proveedores. Si no tiene un directorio de proveedores, llame al 1-800-223-7242 (TTY: 711) para pedir una copia o visite nuestro sitio web en www.molinahealthcare.com.
- Cuando se una a Molina Healthcare, uno de nuestros proveedores cuidará de usted. En la mayoría de los casos, esta persona será su proveedor de atención primaria (PCP). Si necesita un estudio, consultar a un especialista o ser admitido en el hospital, su PCP se encargará de eso.
- Su PCP estará disponible para usted todos los días, día y noche. Si necesita hablar con su PCP después del horario de atención o durante un fin de semana, déjele un mensaje y dígame cómo puede comunicarse con usted, para que lo llame lo antes posible. Aunque su PCP sea su fuente principal de atención médica, en algunos casos usted puede asistir directamente a determinados médicos para algunos servicios. Consulte la página 11 para obtener más detalles.
- Quizás esté limitado a determinados proveedores del plan si se lo ha identificado como un destinatario con restricciones. A continuación, se incluyen ejemplos de los motivos por los que podría tener restricciones:
 - recibir atención de diversos médicos por el mismo problema.
 - recibir atención médica con más frecuencia que la necesaria
 - usar medicamentos recetados de una forma que puede ser peligrosa para su salud.
 - permitir que otra persona use su tarjeta de identificación.

Confidencialidad

Respetamos su derecho a la privacidad. Molina Healthcare reconoce la necesidad de que haya confianza entre usted, su familia, sus médicos y otros proveedores de atención médica. Molina Healthcare nunca dará a conocer sus antecedentes médicos o de salud conductual sin su aprobación por escrito. Las únicas personas que tendrán su información clínica serán Molina Healthcare, su proveedor de atención primaria y otros proveedores que le brinden atención, y su representante autorizado. Su proveedor de atención primaria o su administrador de atención médica domiciliaria (si tiene uno) siempre analizarán con usted por anticipado las remisiones a estos proveedores. El personal de Molina Healthcare ha recibido capacitación para conservar la estricta confidencialidad de los datos de los miembros.

CÓMO USAR ESTE MANUAL

Este manual lo ayudará cuando se una a un plan de atención médica administrada. Le explicará el funcionamiento de su nuevo sistema de atención médica y la forma en la que puede sacar el máximo provecho de Molina Healthcare. Este manual es su guía para los servicios de bienestar y salud, y le indica los pasos que debe seguir para que el plan se adapte a sus necesidades.

En las primeras páginas, se incluye todo lo que necesita saber **de inmediato**. El resto del manual puede esperar hasta que usted lo necesite. Úselo como referencia o vaya leyéndolo de a poco. Si tiene alguna pregunta, consulte este Manual o llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros. También puede llamar al personal de atención médica administrada del Departamento Local de Servicios Sociales.

AYUDA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS

En el Departamento de Servicios para Miembros, hay alguien para ayudarlo:

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

1-800-223-7242 (TTY: 711)

Si necesita ayuda en otro horario, llámenos al siguiente número: 1-800-223-7242 (TTY: 711)

Las llamadas se devolverán en el transcurso de 1 día hábil.

- Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir ayuda **en cualquier momento en el que tenga una pregunta**. Puede llamarnos para elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o cambiarlo, para consultar sobre los beneficios y los servicios, para obtener ayuda con las remisiones, para que reemplacemos una tarjeta de identificación perdida, para informar el nacimiento de un bebé o para consultar acerca de cualquier cambio que podría afectar sus beneficios o los de su familia.
- Si está embarazada o queda embarazada, el niño formará parte de Molina Healthcare el mismo día de su nacimiento, excepto si el recién nacido está en un grupo que no puede unirse a la atención médica administrada. Si queda embarazada, debe comunicarse con nosotros y con su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS, por sus siglas en inglés) a fin de que la ayudemos a elegir un médico para el **recién nacido** antes de que nazca.
- Ofrecemos **sesiones gratuitas** para explicar nuestro plan de salud y la manera en la que podemos ayudarlo mejor. Es una gran oportunidad para que haga preguntas y conozca a otros miembros. Si le gustaría asistir a una de las sesiones, llámenos para hallar el horario y el lugar que le sean más convenientes.
- **Si no habla inglés**, podemos ayudarlo. Queremos que sepa cómo usar su plan de atención médica, más allá del idioma que hable. Llámenos, y hallaremos el modo de hablar con usted en su idioma. Contamos con un grupo de personas que pueden ayudar. También lo ayudaremos a encontrar un PCP que hable en su idioma.
- **Para las personas con discapacidades:** Llámenos para recibir ayuda adicional si usa una silla de ruedas, es ciego o tiene problemas de audición o de comprensión. Le diremos si se puede acceder al consultorio de un proveedor específico en silla de ruedas o si cuenta con dispositivos de comunicación especial. Asimismo, contamos con servicios como los siguientes:
 - TTY: 711
 - Información en letra grande
 - Administración de Casos
 - Ayuda para programar las citas o el traslado correspondiente
 - Nombres y direcciones de los proveedores que se especializan en su discapacidad.


- **Si usted o su hijo están recibiendo atención domiciliaria en la actualidad**, es posible que la enfermera o el asistente no sepan que usted se ha unido a nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarse de que la atención domiciliaria no se interrumpa de forma imprevista.

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Después de inscribirse, le enviaremos una carta de bienvenida. Debería recibir su tarjeta de Molina Healthcare dentro de los 14 días posteriores a la fecha de inscripción. Su tarjeta incluye el nombre y el número telefónico de su PCP. También incluirá su número de identificación del cliente (CIN, por sus siglas en inglés). Si nota que hay algo mal en su tarjeta de Molina Healthcare, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no muestra que usted tiene Medicaid ni que Molina Healthcare es un tipo especial de plan de salud.

Lleve su tarjeta de identificación en todo momento y muéstrela cada vez que reciba atención médica. Si necesita atención antes de recibir la tarjeta, la carta de bienvenida sirve como prueba de que es miembro del plan. Debe conservar su tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará la tarjeta para recibir los servicios que Molina Healthcare no cubre.

The diagram shows a sample Molina Healthcare ID card with the following information:

			
5232 Wiltz Drive, North Syracuse, NY 13212 MolinaHealthcare.com			
Su nombre	Jane Doe	ID# AB12345C	La fecha en que se afilió a Molina
Su médico	DOB 01/01/1964 PCP Joe Smith Office (315) 999-9999 RxBIN 004336 RxPCN ADV RxGroup RX0546	EFF 01/01/2016	
			El número telefónico de su médico

Parte 1:

**Lo primero que
debe saber**

CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

- Quizás ya haya elegido a su PCP para que se desempeñe como su médico de cabecera. Esta persona puede ser un médico o personal de enfermería con práctica médica. **Si no ha elegido un PCP para usted y su familia, debe hacerlo de inmediato.** Si no elige un médico antes de que pasen 30 días, seleccionaremos uno por usted.
- Cada familiar puede tener un PCP diferente, o bien puede elegir un solo PCP para que atienda a toda su familia. Los pediatras atienden a niños. Los médicos de familia atienden a toda la familia. Los especialistas en medicina interna atienden a adultos. El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo a elegir un PCP. El Departamento de Servicios para Miembros (1-800-223-7242, TTY: 711) puede verificar si ya tiene un PCP o ayudarlo a elegir uno.
- Con este manual, se entrega un directorio de proveedores, que es una lista de todos los médicos, clínicos, hospitales, laboratorios y otros que trabajan con Molina Healthcare. El directorio incluye la dirección, el teléfono y la capacitación especial de los médicos. En él, se indicarán los médicos y los proveedores que están aceptando pacientes nuevos. Debe llamar a los consultorios para asegurarse de que estén aceptando pacientes nuevos en el momento que usted elija el PCP. También puede obtener una lista de proveedores en nuestro sitio web, en www.molinahealthcare.com.

Quizás desee buscar un médico con alguna de estas características:

- ya lo ha visto antes,
 - comprende sus problemas de salud,
 - está aceptando pacientes nuevos,
 - puede atenderlo en su idioma, o
 - es accesible.
- Las mujeres no necesitan una remisión del PCP para ver a un obstetra o un ginecólogo del plan. Pueden hacerse chequeos de rutina (dos veces al año), recibir atención médica de seguimiento (si es necesario) y recibir atención médica habitual durante el embarazo.
 - También tenemos contratos con Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal (FQHC, por sus siglas en inglés). Todos los FQHC brindan atención primaria y especializada. Algunos miembros quieren atenderse en los FQHC porque estos centros tienen una larga trayectoria en el barrio. Tal vez usted quiera probarlos porque son accesibles. Lo importante es que sepa que tiene una opción. Puede elegir cualquiera de los proveedores que aparecen en nuestro directorio. O bien, puede registrarse con un médico de atención primaria en uno de los FQHC con los que trabajamos, que se incluyen a continuación. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711) para solicitar ayuda.



Lo primero que debe saber

Syracuse Community Health Center
819 South Salina Street, Syracuse, NY 13202
Teléfono: 1-315-476-7921

Northern Oswego County Health Services Pulaski Health Center
61 Delano Street, Pulaski, NY 13142
Teléfono: 1-315-298-6564

Family Health Network of Central New York, Inc.
Cortland Family Medical Center
4038 West Road, Cortland, NY 13045
Teléfono: 1-607-758-3008

En casi todos los casos, los médicos serán proveedores de Molina Healthcare. Hay cuatro instancias en las que puede **seguir viendo al proveedor que tenía antes de unirse a Molina Healthcare**. En estos casos, el proveedor debe estar de acuerdo en trabajar con Molina Healthcare. Puede seguir viendo a su médico en los siguientes casos:

- Tiene más de 3 meses de embarazo cuando se une a Molina Healthcare y está recibiendo atención prenatal. En ese caso, puede conservar a su proveedor hasta después del parto, durante la atención posparto.
- En el momento de unirse a Molina Healthcare, tiene una enfermedad que pone en riesgo su vida o una afección que empeora con el tiempo. En ese caso, puede solicitar seguir viendo a su proveedor durante un máximo de 60 días.
- En el momento de unirse a Molina Healthcare, está recibiendo tratamiento por una afección de salud conductual. En ese caso, puede solicitar seguir viendo a su proveedor durante el tratamiento, por un máximo de 2 años.
- En el momento de unirse a Molina Healthcare, el plan regular de Medicaid paga su atención domiciliaria, y usted necesita seguir recibiendo ese tipo de atención durante un mínimo de 120 días. En ese caso, puede conservar la misma agencia, enfermera o asistente de atención domiciliaria y la misma cantidad de atención domiciliaria durante un mínimo de 90 días.

Molina Healthcare debe avisarle cualquier cambio en su atención domiciliaria antes de que dicho cambio entre en vigencia.

- Si tiene una afección crónica, como VIH/sida, u otros problemas de salud a largo plazo, puede **elegir a un especialista** para que se desempeñe como su PCP. Usted o su PCP pueden solicitar que se designe a un especialista o a un centro especializado como su PCP. Su PCP puede comunicarse con Molina Healthcare para realizar esta solicitud. Si desea solicitarlo por su cuenta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- Si lo necesita, puede **cambiar de PCP** en los primeros 30 días después de la primera cita con su PCP. Posteriormente, puede cambiar cada seis meses si no tiene una causa que lo justifique o con más frecuencia si tiene una buena causa. También puede cambiar de obstetra o ginecólogo, o especialista al que su PCP lo haya remitido.
- Si su **proveedor abandona** Molina Healthcare, se lo diremos antes de que pasen 15 días del momento de enterarnos. Si lo desea, podrá ver a ese proveedor **en el caso** de que esté embarazada de más de tres meses o de que esté recibiendo tratamiento continuo para una afección. Si está embarazada, puede seguir viendo a su médico hasta un máximo de 60 días después del parto. Si está viendo a un médico de forma habitual por una afección en curso, puede seguir el ciclo de tratamiento actual durante un máximo de 90 días. Su médico debe estar de acuerdo en trabajar con el plan durante este período. Si alguno de estos casos es el suyo, consulte a su PCP o llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

Molina Healthcare quiere satisfacer todas sus necesidades de salud. Si tiene diversos problemas de salud, puede beneficiarse con la administración de la atención médica domiciliaria como ayuda para coordinar todos sus servicios de salud.

Un administrador de atención médica domiciliaria puede hacer lo siguiente:

- trabajar con su PCP y con otros proveedores para coordinar toda la atención médica;
- trabajar con las personas en quienes usted confía, como familiares o amigos, para ayudarlo a planificar y recibir los cuidados;
- ayudar con las citas con su PCP y otros proveedores; y
- ayudarlo a controlar los problemas médicos actuales, como diabetes, asma y presión arterial alta.

Para obtener más información sobre la atención médica domiciliaria, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA HABITUAL

- La atención médica habitual incluye exámenes, chequeos médicos, vacunas u otros tratamientos comunes cuyo fin es su bienestar. También incluye brindarle asesoramiento cuando lo necesite y remitirlo al hospital o a los especialistas cuando sea necesario. Esto significa que usted y su PCP deben trabajar juntos para conservar su salud y asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- De día o de noche, su PCP está solo a una llamada de distancia. Asegúrese de llamarlo siempre que tenga una inquietud o un problema médico. Si llama después del horario de atención o durante un fin de semana, deje un mensaje y dígame dónde o cómo puede comunicarse con usted. Su PCP le devolverá la llamada lo antes posible. Recuerde que su PCP lo conoce y conoce el funcionamiento de su plan de salud.
- La atención que recibe debe ser **médicamente necesaria**. Los servicios que recibe deben ser necesarios para lo siguiente:
 1. prevenir o diagnosticar y corregir algo que pueda provocar más sufrimiento,
 2. lidiar con aquello que represente un peligro para su vida,
 3. lidiar con un problema que pueda causar una enfermedad, o
 4. lidiar con algo que pueda limitar sus actividades normales.
- Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades de atención médica, pero debe tener una cita para verlo. Si alguna vez no puede cumplir con una cita, llame a su PCP para avisarle.
- Cuando elija un PCP, llame para concertar la primera cita. Si es posible, prepárese para su primera cita. Su PCP necesitará toda la información que pueda brindarle sobre su historia clínica. Haga una lista que incluya sus antecedentes médicos, cualquier problema que tenga actualmente, los medicamentos que esté tomando y las preguntas que desee hacerle al PCP. En la mayoría de los casos, la primera visita debe realizarse dentro de los tres meses de haberse unido al plan.
- **Si necesita atención antes de la primera cita**, llame al consultorio de su PCP para explicarle su inquietud. Su PCP le dará otra cita antes. No obstante, debe conservar y asistir a la primera cita para analizar sus antecedentes médicos y hacer preguntas.
- Use la siguiente lista como **guía de límites de espera después de la solicitud de una cita**:
 - chequeo inicial y exámenes físicos de rutina para adultos: dentro de las 12 semanas
 - atención urgente: dentro de las 24 horas
 - consultas no urgentes por una enfermedad: dentro de los 3 días
 - atención preventiva, de rutina: dentro de las 4 semanas
 - primera consulta prenatal: dentro de las 3 semanas durante el primer trimestre (2 semanas durante el segundo trimestre, 1 semana durante el tercer trimestre)
 - primera consulta del recién nacido: dentro de las 2 semanas de haber recibido el alta hospitalaria

Lo primero que debe saber

- primera consulta de planificación familiar: dentro de las 2 semanas
- consulta de seguimiento después de la atención por consumo de sustancias o por salud mental en la sala de emergencias o como paciente internado: 5 días
- consulta no urgente por consumo de sustancias o por salud mental: 2 semanas



CÓMO OBTENER ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Si necesita un tipo de atención que su PCP no puede brindarle, lo REMITIRÁ a un especialista. Si su PCP lo remite a otro médico, pagaremos la atención médica. La mayoría de estos especialistas son proveedores de Molina Healthcare. Hable con su PCP para saber cómo funcionan las remisiones.
- Si cree que un especialista no cumple con sus necesidades, hable con su PCP. El PCP puede ayudarlo si necesita ver a un especialista distinto.
- Para algunos tratamientos y servicios, el PCP deberá solicitar la aprobación de Molina Healthcare *antes* de que usted pueda recibirlos. Su PCP le explicará cuáles son.
- Si tiene problemas para obtener una remisión que cree que necesita, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711).
- Si en nuestra red de proveedores no tenemos un especialista que pueda darle la atención que necesita, igualmente le brindaremos esta atención con un especialista que esté fuera del plan. Esto se llama remisión fuera de la red. Su PCP o proveedor del plan debe solicitar la aprobación de Molina Healthcare antes de que usted reciba una remisión fuera de la red. Si su PCP o proveedor del plan lo remite a un proveedor que no está en nuestra red, usted no será responsable de ninguno de los costos, excepto los copagos que se describan en este manual.

Los miembros pueden solicitarle a su PCP atenderse con un especialista o un proveedor que esté fuera de la red. El PCP del miembro enviará la solicitud a Molina Healthcare; para ello, enviará por fax el historial médico y la justificación del motivo por el que el miembro requiere la atención de un proveedor fuera de la red a Molina Healthcare, al 1-866-879-4742. Una vez que se reciba toda la información necesaria, Molina Healthcare tomará una determinación en un plazo de 3 días hábiles.

- A veces, es posible que no aprobemos una remisión fuera de la red porque tenemos un proveedor en Molina Healthcare que puede brindarle tratamiento. Si cree que el proveedor de nuestro plan no tiene la experiencia o la capacitación adecuadas para tratarlo, puede pedirnos que verifiquemos si su remisión fuera de la red es médicamente necesaria. Deberá solicitar una **apelación del plan**. Consulte la página 27 para obtener más información.
- A veces, es posible que no aprobemos una remisión fuera de la red para un tratamiento específico si usted solicita un tipo de atención que no es muy diferente de la que puede obtener de un proveedor de Molina Healthcare. Puede solicitarnos que verifiquemos si la remisión fuera de la red para el tratamiento que desea es médicamente necesaria. Deberá solicitar una **apelación del plan**. Consulte la página 27 para obtener más información.
- El médico debe ser un especialista que haya completado los años exigidos de formación especializada o debe tener el certificado de especialidad de la Junta Médica para el tratamiento que usted solicita.

- Si necesita ver a un especialista para recibir atención continua, su PCP puede remitirlo por una cantidad específica de visitas o durante un tiempo determinado (una **remisión continua**). Si recibe una remisión continua, no será necesario que solicite una nueva remisión cada vez que necesite atención.

Si tiene una enfermedad crónica o incapacitante que empeora con el tiempo, su PCP puede disponer lo siguiente:

- que su especialista se desempeñe como su PCP; o
- que obtenga una remisión a un centro de atención especializada que trate su problema. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y preguntar cómo obtener acceso a un centro de atención especializada.

SERVICIOS DE NUESTRO PLAN QUE PUEDE RECIBIR *SIN* UNA REMISIÓN

Atención médica para mujeres

No necesita una remisión de su PCP para ver a uno de nuestros proveedores en los siguientes casos:

- está embarazada;
- necesita recibir los servicios de un obstetra o ginecólogo;
- necesita recibir servicios de planificación familiar;
- quiere ver a una partera;
- necesita realizarse un examen pélvico o de mamas.

Planificación familiar

- Puede recibir los siguientes servicios de planificación familiar: asesoramiento sobre anticonceptivos, recetas de anticonceptivos, preservativos masculinos y femeninos, pruebas de embarazo, esterilización o aborto. Durante estas consultas, también puede realizarse exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual o de detección de cáncer de mama, o un examen pélvico.
- No *necesita una remisión* de su PCP para recibir estos servicios. De hecho, puede elegir dónde obtener estos servicios. Puede *usar su tarjeta de identificación* de Molina Healthcare para ver a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. Consulte el directorio de proveedores del plan o llame al Departamento de Servicios para Miembros para que lo ayuden a encontrar un proveedor.
- O bien, puede *usar su tarjeta de Medicaid* si desea ir a un médico o una clínica fuera de nuestro plan. Pídale a su PCP o al Departamento de Servicios para Miembros 1-800-223-7242 (TTY: 711) una lista de lugares en los que puede recibir estos servicios. También puede llamar a la línea directa Growing Up Healthy del estado de Nueva York (1-800-522-5006) para conocer los nombres de los proveedores de planificación familiar de su área.



Examen de detección de VIH e ITS

Todas las personas deberían conocer su situación respecto del VIH. Los exámenes de detección del VIH e infecciones de transmisión sexual son parte de la atención médica habitual.

- Puede realizarse una prueba del VIH o de ITS en cualquier consulta en la clínica o cita en el consultorio.
- Puede realizarse una prueba del VIH o de ITS en cualquier momento en el que reciba servicios de planificación familiar. No necesita una remisión de su PCP (solo debe programar una cita con cualquier proveedor de planificación familiar). Si quiere realizarse una prueba del VIH o de ITS, pero *no como parte de un servicio de planificación familiar*, su PCP puede hacerla u organizar los servicios para que le hagan la prueba.
- O bien, si prefiere no atenderse con un proveedor de Molina Healthcare, puede usar su tarjeta de Medicaid y ver a un proveedor de planificación familiar fuera de la red de Molina Healthcare. Si desea recibir ayuda para hallar a un proveedor de servicios de planificación familiar del plan o de Medicaid, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711).
- Todas las personas deben consultar a su médico sobre las pruebas del VIH. Para hacerse una prueba del VIH gratuita o anónima, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

Algunas pruebas son “rápidas”, y los resultados están listos mientras uno espera. El proveedor que le hace la prueba le explicará los resultados y coordinará la atención médica de seguimiento, si es necesario. Usted también aprenderá a proteger a su pareja. Si el resultado es negativo, podemos ayudarlo a cuidarse para que siga así.

Cuidado de los ojos

Los beneficios cubiertos incluyen los servicios necesarios de un oftalmólogo, un optometrista y un óptico, además de un examen de los ojos y un par de anteojos, si los necesita. En general, puede recibir estos servicios una vez cada dos años, o con más frecuencia si son médicamente necesarios. Las personas inscritas que tienen diagnóstico de diabetes pueden solicitar directamente un examen de dilatación ocular (de la retina) una vez en cualquier período de 12 meses. Solo debe elegir uno de nuestros proveedores participantes.

Los anteojos nuevos, con monturas aprobadas por Medicaid, suelen tener cobertura una vez cada dos años. Las lentes de contacto pueden solicitarse con más frecuencia si, por ejemplo, su vista se modifica más de media dioptría. Si rompe los anteojos, pueden repararse. Si pierde los anteojos o estos se rompen y no pueden arreglarse, se reemplazarán con la misma receta óptica y el mismo estilo de monturas. Si necesita ver a un oftalmólogo porque tiene un defecto o una enfermedad en los ojos, su PCP lo remitirá.

Salud conductual (salud mental y abuso de sustancias)

Queremos ayudarlo a obtener los servicios que necesite de salud mental y por abuso de drogas o alcohol. Si en algún momento cree que necesita servicios de salud mental o por abuso de sustancias, puede fijarse en los proveedores de servicios de salud conductual de nuestra red para ver qué servicios puede necesitar. Estos incluyen servicios de desintoxicación y en una clínica. No necesita una remisión de su PCP.

Servicios de reducción de daños

Si necesita ayuda por un trastorno de abuso de sustancias, los servicios de reducción de daños ofrecen un enfoque integral centrado en el paciente para mejorar la salud y el bienestar. Molina Healthcare cubre servicios que pueden ayudar a reducir el abuso de sustancias y otros daños relacionados. Estos servicios incluyen:

- Un plan de atención creado por una persona con experiencia en el tratamiento de personas con adicciones.
- Psicoterapia de apoyo individual para el logro de sus objetivos.
- Psicoterapia de apoyo grupal en un espacio seguro, para dialogar con otras personas sobre los problemas que afectan su salud y su bienestar.

- Asesoramiento para ayudarlo a tomar los medicamentos recetados y continuar con el tratamiento.
- Grupos de apoyo para ayudarlo a comprender mejor el abuso de sustancias y a identificar las técnicas de afrontamiento y las estrategias que funcionarán para usted.

Para obtener más información sobre estos servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

Servicios para dejar de fumar

Puede recibir medicamentos, suministros y asesoramiento si necesita ayuda para dejar de fumar. No necesita una remisión de su PCP para recibir estos servicios.

Examen de detección de depresión materna

Si está embarazada y cree que necesita ayuda para la depresión, puede realizarse un examen de detección para ver qué servicios puede necesitar. No necesita una remisión de su PCP. Puede realizarse un examen de detección de depresión durante el embarazo y hasta un máximo de un año después del parto.

Emergencias

Siempre tiene cobertura ante una emergencia.

Una emergencia significa un problema médico o conductual que tiene estas características:

- surge de repente, y
- conlleva dolor u otros síntomas.

Una emergencia haría que una persona con un conocimiento promedio de salud tuviese temor de que alguien sufra lesiones graves en las partes o funciones del cuerpo, o una desfiguración grave si no recibe atención de inmediato. Algunos ejemplos de emergencias incluyen lo siguiente:

- un ataque al corazón o dolor intenso en el pecho
- hemorragia que no se detiene o una quemadura grave
- fracturas
- dificultad respiratoria, convulsiones o desmayo
- sensación de que puede herirse o que puede herir a terceros
- si está embarazada, síntomas como dolor, sangrado, fiebre o vómitos
- sobredosis de drogas o medicamentos.

Entre los ejemplos de casos que **no son emergencias**, se incluyen resfríos, dolor de garganta, malestar estomacal, cortes y moretones leves o esguinces.

Los problemas familiares, las separaciones o el deseo de consumir alcohol u otras drogas tampoco son emergencias. Pueden sentirse como si lo fueran, pero no son una razón para concurrir a la sala de emergencias.

Ante una emergencia, debe hacer lo siguiente:

Si cree estar en una **emergencia**, llame al 911 o diríjase a una sala de emergencias. No necesita la aprobación del plan ni de su PCP antes de recibir atención de emergencia, y no es necesario que vaya a nuestros hospitales ni que vea a nuestros médicos.

- **Si no está seguro, llame a su PCP o a Molina Healthcare.**
Dígale a la persona con la que habla lo que está sucediendo. Su PCP o el representante del Departamento de Servicios para Miembros hará lo siguiente:

Lo primero que debe saber

- le dirá lo que debe hacer en su casa;
 - le dirá que vaya al consultorio del PCP; o bien,
 - le dirá que vaya a la sala de emergencias más cercana.
- Si tiene una emergencia y está **fuera del área**:
 - acuda a la sala de emergencias más cercana.

Recuerde:

No se necesita autorización previa para los servicios de emergencia. Use la sala de emergencias **únicamente** si tiene una **emergencia**.

La sala de emergencias NO debe utilizarse para tratar problemas como gripe, dolores de garganta o infecciones de oído.

Si tiene preguntas, llame a su PCP o a Molina Healthcare al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

Cuidado urgente

Es posible que tenga una lesión o una enfermedad que no sea una emergencia, pero que, no obstante, requiera atención inmediata.

- Puede ser, por ejemplo, el caso de un niño con dolor de oído que se despierta a mitad de la noche y no deja de llorar.
- Puede ser una gripe o un corte que necesita puntos.
- Puede ser un esguince de tobillo o una astilla que no puede quitar.



Puede obtener una cita para atención médica urgente en el mismo día o al día siguiente. Llame a su PCP en cualquier momento del día o de la noche, esté en su casa o esté en otro lugar. Si no puede comunicarse con su PCP, llámenos al 1-800-223-7242 (TTY: 711). Dígale a la persona que le responda lo que está sucediendo, y ella le dirá lo que debe hacer.

Atención fuera de los Estados Unidos

Si viaja fuera de los Estados Unidos, puede recibir atención de urgencia y emergencia solamente en el distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Estadounidense. Si necesita atención médica mientras está en cualquier otro país (incluso en Canadá y México), tendrá que pagarla.

QUEREMOS QUE SE MANTENGA SANO

Además de los chequeos habituales y de las vacunas que usted y su familia necesitan, estos son algunos otros servicios que le permitirán mantener una buena salud:

- Clases para usted y su familia
- Clases para dejar de fumar
- Atención y nutrición prenatales
- Apoyo por pérdidas y durante el duelo
- Asesoramiento sobre lactancia y cuidado del bebé
- Control del estrés
- Control de peso
- Control del colesterol
- Asesoramiento sobre diabetes y capacitación para el autocontrol
- Asesoramiento sobre asma y capacitación para el autocontrol
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para protegerse de las ITS
- Servicios para casos de violencia doméstica.

Se adjunta una lista de servicios en su área, para que tenga acceso a ellos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711) para obtener más información y una lista de las próximas clases.

Lo primero que debe saber

Programas de promoción de la salud:

St. Joseph's Hospital
7246 Janus Park Drive, Liverpool, NY 13088
1-315-458-3600

- Respirar mejor
- Autocontrol de la diabetes
- Lunes saludable en Siracusa
- Servicios para dejar de fumar
- Reemplazo completo de articulación
- Bienestar en el trabajo
- Rehabilitación cardíaca
- Intervención temprana
- Rehabilitación pulmonar
- Estar en forma, SJH
- Un lugar de bienestar

Programas para dejar de fumar:

St. Joseph's Hospital
7246 Janus Park Drive
Liverpool, NY 13088
1-315-458-3600

Tobacco Free CNY-Cortland County (CNY-condado de Cortland sin humo)
Departamento de Salud del Condado de Cortland
1-607-758-5501

Tobacco Free CNY-Tompkins County (CNY-condado de Tompkins sin humo)
Departamento de Salud del Condado de Tompkins
1-607-274-6712

Clases de preparación para el parto y la nueva familia:

St. Joseph's Hospital
7246 Janus Park Drive
Liverpool, NY 13088
1-315-458-3600

- Clase de lactancia
- Clase para un embarazo saludable y en forma
- Fin de semana con el método Lamaze
- Clase de cuidados para el recién nacido
- Clase de preparación para el trabajo de parto
- Clase para hermanos
- Estar en contacto

Crouse Hospital
736 Irving Ave
Syracuse, NY 13210

- Preparación para el parto
- Fin de semana de preparación para el parto
- Repaso para el parto
- Programa de orientación familiar para el nacimiento
- Clase para los hermanos en el nacimiento
- Clase para el hermano mayor/la hermana mayor
- Preparación para la lactancia
- Clase de cuidados para el bebé
- Preparación para el parto gemelar, de trillizos y otros partos múltiples
- RCP y primeros auxilios pediátricos

Parte 2:
**Sus beneficios y
los procedimientos
del plan**

El resto del manual es para que busque información cuando la necesite. Incluye los servicios cubiertos y no cubiertos. Si tiene una queja, en el manual se indica lo que debe hacer; además, incluye otra información que puede resultarle útil. Tenga el manual a mano para usarlo cuando lo necesite.

BENEFICIOS

La Atención Médica Administrada de Medicaid brinda una cantidad de servicios que son adicionales a los que recibe con el plan regular de Medicaid. Molina Healthcare le proporcionará o coordinará la mayoría de los servicios que necesite. Sin embargo, puede recibir algunos servicios sin tener que ir al PCP. Estos incluyen atención de emergencia, asesoramiento sobre planificación familiar, asesoramiento y pruebas del VIH, y servicios específicos de autorremisión, incluidos aquellos que puede recibir de forma interna a Molina Healthcare y algunos que puede recibir de cualquiera de los proveedores que escoja de Medicaid que brinden el servicio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquiera de los siguientes servicios.

SERVICIOS CUBIERTOS POR Molina Healthcare

Debe recibir estos servicios de los proveedores que están en Molina Healthcare. Todos los servicios deben ser médica o clínicamente necesarios, y su PCP debe proporcionarlos o remitirlo para que usted los reciba. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquiera de los siguientes servicios.

Atención médica habitual

- Consultas en el consultorio del PCP
- Remisiones a especialistas
- Exámenes de los ojos/auditivos

Atención médica preventiva

- Cuidados preventivos para bebés
- Cuidados preventivos para niños
- Chequeos habituales
- Vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 13 años

Sus beneficios y los procedimientos del plan

- Acceso a los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés) para las personas inscritas desde el nacimiento hasta los 21 años
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Acceso a agujas y jeringas de forma gratuita
- Educación sobre el VIH y reducción del riesgo

Atención de maternidad

- Atención durante el embarazo
- Servicios de médicos/parteras y hospitalarios
- Atención médica en la sala de recién nacidos
- Examen de detección de depresión durante el embarazo y hasta un máximo de un año después del parto

Atención médica domiciliaria

- Debe ser médicamente necesaria y estar coordinada por Molina Healthcare
- Una visita de atención médica domiciliaria posparto que sea médicamente necesaria; visitas adicionales según sean médicamente necesarias para las mujeres con alto riesgo
- Al menos 2 visitas a los bebés (recién nacidos) con alto riesgo
- Otras visitas de atención médica domiciliaria según sean necesarias y si las indica su PCP/especialista

Atención personal/Asistente a domicilio/Servicios de ayudante personal administrados por el consumidor (CDPAS, por sus siglas en inglés)

- Deben ser médicamente necesarios y estar coordinados por Molina Healthcare.
- Atención personal/Asistente a domicilio: ayuda para bañarse, cambiarse y alimentarse, y para preparar la comida y limpiar la casa.
- CDPAS: ayuda para bañarse, cambiarse y alimentarse, y para preparar la comida y limpiar la casa, además de servicios de enfermería y auxiliar de atención médica domiciliaria. Estos servicios los brinda un auxiliar que usted elige y a quien le indica lo que necesita.
- Si desea obtener más información, llame a Molina Healthcare al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

Sistema personal de auxilio para emergencias (PERS)

- Este es un dispositivo que se usa para el caso de una emergencia.
- Para reunir los requisitos y obtener este dispositivo, debe estar recibiendo servicios de atención personal/asistente a domicilio o CDPAS.

Servicios de atención diurna para adultos

- Debe recomendarlos su PCP.
- Los servicios incluyen educación para la salud, nutrición, servicios sociales y de enfermería, ayuda en la vida cotidiana, terapia de rehabilitación y servicios de farmacia, además de remisiones para atención dental y otros especialistas.

Servicios de atención diurna para adultos con SIDA

- Debe recomendarlos su PCP.
- Los servicios incluyen atención de enfermería y médica general, apoyo por consumo de sustancias, apoyo de salud mental y servicios de nutricionistas, además de actividades de socialización, recreativas y de promoción de la salud/Del bienestar.

Tratamiento de la tuberculosis

- Incluye ayuda para tomar los medicamentos para la TB y atención de seguimiento.

Cuidados paliativos

- Los cuidados paliativos ayudan a los pacientes y a las familias con las necesidades especiales que surgen durante las etapas finales de una enfermedad y después de la muerte.
- Deben ser médicamente necesarios y estar coordinados por Molina Healthcare.
- Brindan servicios de apoyo y algunos servicios médicos a los pacientes que están enfermos y que tienen un pronóstico de un año de vida o menos.
- Puede recibir estos servicios en su hogar o en un hospital o una residencia para ancianos.

Los niños menores de veintiún (21) años que reciben

cuidados paliativos también pueden recibir los servicios curativos médicamente necesarios.

Si tiene alguna pregunta acerca de este beneficio, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

Atención dental

Molina Healthcare cree que brindarle una buena atención dental es importante para su atención médica general. Ofrecemos atención dental a través de un contrato con Healthplex, un proveedor experto en servicios dentales de alta calidad. Entre los servicios cubiertos, se incluyen servicios dentales habituales y de rutina, como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías y empastes, y otros servicios para detectar cualquier cambio o anomalía que requiera tratamiento o atención de seguimiento. *No necesita una remisión de su PCP para ver a un dentista.*

Cómo recibir servicios dentales:

Como parte de su beneficio dental, tendrá un dentista de atención primaria (o PCD, por sus siglas en inglés) en la red de dentistas de Healthplex. Consultará a su PCD para todas sus necesidades generales de atención dental. Su PCD lo remitirá a un especialista en servicios dentales cuando sea necesario.

- Si necesita ayuda para encontrar un dentista o cambiar de dentista, llame a Healthplex al 1-800-468-9868 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Allí encontrará representantes de Servicio al Cliente que lo ayudarán. Muchos de ellos hablan en su idioma o tienen un contrato con Language Line Services (servicios de interpretación).
- Muestre su tarjeta de identificación del miembro para tener acceso a los beneficios dentales. No recibirá una tarjeta de identificación dental diferente. Cuando vaya al dentista, debe mostrar su tarjeta de identificación del plan.
- También puede ir, sin remisión, a una clínica dental administrada por un centro dental académico. Si necesita ayuda para encontrar un dentista o una clínica dental administrada por un centro dental académico, llame a la

línea directa del estado de Nueva York, al 1-800-541-2831.

Ortodoncia

Molina Healthcare cubrirá los frenillos para niños de hasta 21 años que tengan problemas graves en los dientes, por ejemplo, imposibilidad de masticar por tener los dientes muy torcidos, paladar hendido o labio leporino.

Cuidado de la vista

- Servicios de un oftalmólogo, un óptico y un optometrista, y cobertura de lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales o reemplazo de anteojos rotos o perdidos, incluidas las reparaciones, cuando es médicamente necesario. Los ojos artificiales tienen cobertura según lo indicado por el proveedor del plan.
- Exámenes de los ojos, en general cada dos años, o con más frecuencia si es médicamente necesario.
- Anteojos (un nuevo par de monturas aprobadas por Medicaid cada dos años, o con más frecuencia si son médicamente necesarias).
- Examen por visión reducida y dispositivos de ayuda para la vista indicados por su médico.
- Remisiones a especialistas por defectos o enfermedades de los ojos.

Farmacia

- Medicamentos recetados
- Medicamentos de venta libre
- Insulina y suministros para diabéticos
- Artículos para dejar de fumar, que incluyen productos de venta libre
- Baterías para audífonos
- Fórmulas enterales
- Anticonceptivos de emergencia (6 por año calendario)
- Suministros médicos y quirúrgicos

Puede exigirse un copago de farmacia a algunas personas para algunos medicamentos y artículos de farmacia. No hay copagos en el caso de los siguientes miembros y servicios:

Sus beneficios y los procedimientos del plan

- Miembros menores de 21 años.
- Mujeres afiliadas que estén embarazadas. Las mujeres embarazadas están exentas del copago durante el embarazo y durante los dos meses posteriores al mes en el que finaliza el embarazo.
- Miembros que estén en un programa de Exención para Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) de la Oficina de Salud Mental (OMH, por sus siglas en inglés) o de la Oficina para las Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD, por sus siglas en inglés).
- Miembros que estén en un programa de Exención para HCBS del Departamento de Salud (DOH, por sus siglas en inglés) para las personas con lesiones cerebrales traumáticas (TBI, por sus siglas en inglés).
- Medicamentos y suministros de planificación familiar, como píldoras anticonceptivas y preservativos femeninos o masculinos.
- Copagos por genéricos (si el plan no aplica el copago).
- Medicamentos para tratar enfermedades mentales (psicotrópicos) y la tuberculosis.

Artículo recetado	Importe del copago	Detalles del copago
Medicamentos de marca recetados	\$3.00/\$1.00	1 cargo de copago por cada nueva receta y cada renovación
Medicamentos genéricos recetados	\$1.00	
Medicamentos de venta libre, por ejemplo, para dejar de fumar y para la diabetes	\$0.50	

- Hay un copago por cada nueva receta y cada renovación.
- Si debe pagar un copago, es responsable de un máximo de \$200 por año calendario.
- Si se pasa a otro plan durante el año calendario, conserve los recibos como prueba

Sus beneficios y los procedimientos del plan

de los copagos; también puede solicitar pruebas de los copagos que haya pagado en la farmacia. Deberá darle una copia a su nuevo plan.

- Determinados medicamentos pueden requerir que el médico nos pida una autorización previa antes de escribir la receta. Su médico puede trabajar con CVS Caremark para asegurarse de que reciba los medicamentos que necesita. Los formularios de solicitud específicos de medicamentos de Molina Healthcare ayudan a simplificar el proceso cuando se pide una autorización previa para un medicamento. Su proveedor puede solicitar una autorización previa en línea en www.MolinaHealthcare.com y enviar el formulario completo por fax a CVS Caremark, al 1-844-823-5479.
- Tiene la opción de elegir el lugar donde surtir las recetas. Puede ir a cualquiera de las farmacias que participan en nuestro plan. Para obtener más información sobre sus opciones, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

Atención hospitalaria

- Atención durante la hospitalización
- Atención médica ambulatoria
- Análisis de laboratorio, radiografías y otras pruebas

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son los procedimientos, tratamientos o servicios que se necesitan para evaluar o estabilizar una situación de emergencia.
- Después de haber recibido atención de emergencia, es posible que necesite otro tipo de atención para asegurarse de que siga estando estable. Según lo que necesite, puede recibir tratamiento en la sala de emergencias, en una habitación del hospital o en otro entorno. Esto se llama **servicios posteriores a la estabilización**.
- Para conocer más sobre los servicios de emergencia, consulte la página 13.

Cuidado especializado

Incluye los servicios de otros profesionales, entre ellos, los siguientes:

- Fisioterapeutas: limitado a 40 consultas por año natural
- Terapeutas ocupacionales y del habla: limitado a 20 consultas cada año por año natural
- Audiólogos
- Parteras
- Rehabilitación cardíaca
- Podólogos

Las limitaciones de fisioterapeutas y de terapeutas ocupacionales y del habla no se aplican si tiene menos de 21 años, tiene diagnóstico de discapacidad del desarrollo según la Oficina para las Personas con Discapacidades del Desarrollo o si tiene una lesión cerebral traumática.

Servicios en un centro de atención médica residencial (residencia para ancianos)

Los servicios cubiertos en una residencia para ancianos incluyen lo siguiente:

- supervisión médica;
- atención de enfermería las 24 horas;
- asistencia en las actividades cotidianas;
- fisioterapia;
- terapia ocupacional;
- servicios por patologías del habla y el lenguaje, y otros servicios.

Para recibir estos servicios en una residencia para ancianos:

- los servicios deben estar indicados por su médico; y
- Molina Healthcare debe autorizarlos.

Rehabilitación

Molina Healthcare cubre internaciones a corto plazo, o de rehabilitación, en un centro de enfermería especializada.

Estadía a largo plazo:

Molina Healthcare cubre la estadía a largo plazo en un centro para convalecientes para miembros de 21 años de edad en adelante.

La estadía a largo plazo significa que vivirá en una residencia para ancianos.

Si es elegible para la estadía a largo plazo, puede seleccionar una de las residencias para ancianos incluidas en la red de Molina Healthcare que cumpla con sus necesidades.

Si desea vivir en una residencia para ancianos que no forma parte de la red de Molina Healthcare, primero debe pasarse a otro plan que incluya la residencia para ancianos en su red.

Los veteranos elegibles, los cónyuges de los veteranos elegibles y los padres Gold Star de los veteranos elegibles pueden optar por vivir en una residencia para veteranos.

Molina Healthcare no tiene una residencia para veteranos en su red. Si usted es un veterano elegible, el cónyuge de un veterano elegible o uno de los padres Gold Star de un veterano elegible y desea vivir en una residencia para veteranos, lo ayudaremos a coordinar el ingreso. Debe pasarse a otro plan de Atención Médica Administrada de Medicaid que incluya la residencia para veteranos en su red.

Determinación de su elegibilidad para Medicaid respecto de los servicios a largo plazo en una residencia para ancianos

Debe enviar una solicitud al Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS, por sus siglas en inglés) para que Medicaid o Molina Healthcare paguen los servicios a largo plazo en una residencia para ancianos. El LDSS revisará sus ingresos y sus bienes a fin de determinar su elegibilidad para los servicios a largo plazo en una residencia para ancianos. El LDSS le avisará si hay algún costo que deba pagar asociado con la atención a largo plazo en una residencia para ancianos.

Preguntas

Si tiene alguna pregunta acerca de estos beneficios, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

Recursos adicionales

Si tiene inquietudes sobre la atención a largo plazo en una residencia para ancianos, sobre cómo elegir

Sus beneficios y los procedimientos del plan

una residencia para ancianos o sobre el efecto en sus finanzas, hay recursos adicionales para ayudarlo.

- La Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés) brinda asistencia gratuita y confidencial. Llame al 1-844-614-8800 o visite www.icannys.org.
- Oficina para las Personas de Edad Avanzada del Estado de Nueva York
 - Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP, por sus siglas en inglés) proporciona asesoramiento para las preguntas sobre los seguros médicos y defensa del consumidor en forma gratuita. Llame al 1-800-701-0501.
 - NY CONNECTS lo vincula con los recursos de apoyo y servicios a largo plazo. Llame al 1-800-342-9871 o visite www.nyconnects.ny.gov.
- En la declaración de derechos correspondientes a las residencias para ancianos (NHBOR, por sus siglas en inglés), se describen sus derechos y responsabilidades como residente en uno de estos establecimientos. Para obtener más información sobre la NHBOR, visite www.health.ny.gov/facilities/nursing/rights/.

ATENCIÓN DE LA SALUD CONDUCTUAL

La atención de la salud conductual incluye servicios de salud mental y de rehabilitación y tratamiento por abuso de sustancias (alcohol y drogas). Todos nuestros miembros tienen acceso a servicios de ayuda para la salud emocional o para los problemas de abuso de alcohol u otras sustancias. Estos servicios incluyen:

Atención de la salud mental

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento de día
- Continuación del tratamiento de día en la clínica
- Tratamiento de salud mental con internación o de forma ambulatoria
- Atención parcial en el hospital
- Servicios de rehabilitación si está en un

Sus beneficios y los procedimientos del plan

tratamiento en un hogar comunitario o basado en la familia

- Continuación del tratamiento de día
- Servicios personalizados orientados a la recuperación
- Servicios de tratamiento comunitario asertivo
- Asesoramiento individual y grupal
- Servicios de intervención en caso de crisis

Servicios por trastornos de abuso de sustancias

- Tratamiento ambulatorio o para pacientes internados por trastorno de abuso de sustancias (alcohol y drogas)
- Servicios de desintoxicación para pacientes internados
- Tratamiento con opiáceos, incluido el mantenimiento con metadona
- Tratamiento residencial por trastorno de abuso de sustancias
- Tratamiento ambulatorio por abuso de alcohol y drogas, servicios de desintoxicación

Servicios de Apoyo y Tratamiento para Menores y Familiares

Es posible que usted ya obtenga servicios similares con su tarjeta estatal de Medicaid. A partir de las fechas indicadas a continuación, use su tarjeta de beneficios de Molina Healthcare para obtener el servicio.

1 de enero de 2019

El 1 de enero de 2019, use su tarjeta de beneficios de Molina Healthcare para obtener los Servicios de Apoyo y Tratamiento para Menores y Familiares. Estos servicios incluyen:

- Otro proveedor médico autorizado (OLP, por sus siglas en inglés). Este beneficio le permitirá acceder a terapia personalizada, en grupo o familiar en el lugar que le sea más cómodo.
- Rehabilitación psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés). Este beneficio le ayuda a volver a desarrollar habilidades para una mejor relación en su comunidad. Este servicio se denominó “Desarrollo de Habilidades”.
- Apoyo y tratamiento psiquiátrico en la comunidad (CPST, por sus siglas en

inglés). Este beneficio le ayuda a mejorar las relaciones en el hogar y a comunicarse mejor con familiares, amigos y otras personas. Este servicio se denominó “Servicios Intensivos Domiciliarios”, “Capacitación y Manejo sobre las Crisis de Negación” o “Servicios y Apoyos Intensivos Domiciliarios”.

- Si tiene menos de 21 años y tiene estado de discapacidad con un Seguro por Incapacidad del Seguro Social federal o se determinó como relacionado con el seguro del Seguro Social según el estado de Nueva York, use su tarjeta estatal de Medicaid para estos Servicios de Apoyo y Tratamiento para Menores y Familiares.

Otros servicios cubiertos

- Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés)/Audífonos/Prótesis/Dispositivos ortésicos
- Servicios ordenados por el tribunal
- Administración de Casos
- Ayuda para recibir servicios de apoyo social
- Centros de salud acreditados a nivel federal (FQHC, por sus siglas en inglés)
- Servicios de planificación familiar
- Podólogo

Beneficios que puede recibir de Molina Healthcare *O* con su tarjeta de Medicaid

En el caso de algunos servicios, puede elegir dónde obtenerlos. Puede recibir estos servicios si usa su tarjeta de membresía de Molina Healthcare. También puede ir a proveedores que acepten su tarjeta de beneficios de Medicaid. No necesita una remisión de su PCP para recibir estos servicios. Si tiene preguntas, llámenos al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

Planificación familiar

Puede asistir a cualquier clínica o médico que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. También puede consultar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar. De una forma u otra, no necesitará una remisión de su PCP.

Puede recibir píldoras anticonceptivas y dispositivos anticonceptivos (DIU y diafragmas) que se obtienen

con una receta, además de anticonceptivos de emergencia, servicios de esterilización, pruebas de embarazo y atención prenatal, así como realizarse un aborto. También puede ver a un proveedor de planificación familiar para realizarse una prueba de detección del VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS), y para que le brinde tratamiento y asesoramiento en relación con los resultados de la prueba.

En las consultas de planificación familiar, también se incluyen exámenes de detección del cáncer y otras afecciones vinculadas.

Examen de detección de VIH e ITS

Puede recibir este servicio en cualquier momento por parte de su PCP o de los médicos de Molina Healthcare. Si recibe este servicio como parte de una consulta de planificación familiar, puede asistir a cualquier clínica o médico que acepte Medicaid y ofrezca servicios de planificación familiar. No necesita una remisión para recibir este servicio como parte de una consulta de planificación familiar.

Todas las personas deben consultar a su médico sobre las pruebas del VIH. Para tener acceso a una prueba del VIH gratuita o anónima, llame al 1-800-541-AIDS (inglés) o al 1-800-233-SIDA (español).

Diagnóstico y tratamiento de la TB

Para el diagnóstico o el tratamiento, puede optar por ir a su PCP o a la agencia de salud pública del condado. No necesita una remisión para ir a la agencia de salud pública del condado.

Beneficios disponibles solo con la TARJETA DE MEDICAID

Hay algunos servicios que Molina Healthcare no brinda. Puede recibirlos de un proveedor que acepte Medicaid si usa su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Transporte

El transporte médico de emergencia o no de emergencia tiene cobertura en el plan regular de Medicaid. Para recibir transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar al Servicio de Respuesta Médica (MAS, por sus siglas en inglés), al siguiente número:

- Sus beneficios y los procedimientos del plan
- Servicio de Respuesta Médica
1-855-852-3287 para los miembros que viven en el condado de Onondaga.
- Servicio de Respuesta Médica
1-855-733-9397 para los miembros que viven en el condado de Cortland.
- Servicio de Respuesta Médica
1-866-753-4543 para los miembros que viven en el condado de Tompkins.

Si es posible, usted o su proveedor deben llamar al Servicio de Respuesta Médica (MAS) al menos 3 días antes de la cita médica y proporcionar su número de identificación de Medicaid (p. ej., AB12345C), la fecha y la hora de la cita, la dirección a la que se dirigirá y el médico al que verá. El transporte médico que no es de emergencia incluye vehículo personal, autobús, taxi, unidad de traslado y transporte público.

Si tiene una emergencia y necesita una ambulancia, debe llamar al 911.

Discapacidades del desarrollo

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento de día
- Servicios de alojamiento
- Programa de Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC, por sus siglas en inglés)
- Servicios recibidos conforme al programa de Exención para Servicios en el Hogar y la Comunidad
- Servicios de exención para el modelo de hogar médico (atención en el hogar)

Servicios NO cubiertos:

*Estos servicios **no están disponibles** a través de Molina Healthcare **ni de Medicaid**. Si recibe cualquiera de ellos, es posible que deba pagar la cuenta.*

- Cirugía estética que no sea médicamente necesaria
- Artículos para la comodidad personal
- Tratamientos de la infertilidad
- Servicios de un proveedor que no sea parte de Molina Healthcare, excepto si es un proveedor al que usted está autorizado a consultar, como se describe en otra sección de este

Sus beneficios y los procedimientos del plan

manual, o si Molina Healthcare o su PCP lo enviaron a ese proveedor

- Servicios para los cuales necesita una remisión (aprobación) por anticipado que usted no obtuvo

Tal vez deba pagar cualquier servicio que su PCP no apruebe. Además, si antes de recibir un servicio usted acepta ser un paciente que paga de forma privada o por su cuenta, deberá pagar ese servicio. Esto incluye lo siguiente:

- servicios no cubiertos (mencionados anteriormente),
- servicios no autorizados,
- servicios brindados por proveedores que no son parte de Molina Healthcare.

Si recibe una factura

Si recibe una factura por un tratamiento o un servicio que cree que no le corresponde pagar, no la ignore. Llame de inmediato a Molina Healthcare al 1-800-223-7242 (TTY: 711). Molina Healthcare puede ayudarlo a entender por qué recibió una factura. Si usted no es responsable del pago, Molina Healthcare se comunicará con el proveedor y ayudará a resolver el problema en su nombre.

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si cree que le piden que pague algo que Medicaid o Molina Healthcare deberían cubrir. Consulte la sección Audiencias imparciales, más adelante en este manual.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

Autorización de servicios

Autorización previa:

En el caso de algunos tratamientos y servicios, necesita obtener una aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Esto se conoce como **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza pueden solicitarla. Los siguientes tratamientos y servicios deben aprobarse antes de que usted pueda recibirlos:

(El PCP o el especialista deben llamar a la Línea de Ayuda para Proveedores, al 1-877-872-4716).

- Todas las internaciones de los pacientes en hospitales y establecimientos (esto incluye centros de maternidad, UCIN, enfermería especializada, cuidados paliativos, centros obstétricos y centros de rehabilitación; servicios de salud mental o por farmacodependencia para pacientes internados)
- Atención domiciliaria, incluidos los servicios de fisioterapia e infusión en el hogar
- Enfermería de guardia privada
- Servicios de apoyo a largo plazo, que incluyen servicios de atención personal, asistencia personal dirigida por el consumidor y atención diurna para adultos
- Servicios de proveedores que no participan en el plan
- Estudios del sueño
- Pruebas genéticas
- Unidades de CPAP/BIPAP/Oxígeno/TENS
- Equipo médico duradero que cueste más de \$500
- Cirugía que no se realice en el consultorio del médico
- Procedimientos radiológicos específicos (IRM, TC seleccionadas y estudios de medicina nuclear)

La solicitud de aprobación de un tratamiento o un servicio se llama **solicitud de autorización de servicios**. Para obtener la aprobación de estos tratamientos o servicios, usted o su médico pueden llamar al número telefónico gratuito de nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711) o enviar su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of New York, Inc.
5232 Witz Drive
North Syracuse, NY 13212

También necesitará obtener una autorización previa si está recibiendo uno de estos servicios en la actualidad y necesita seguir recibéndolo o recibir un mayor nivel de atención. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicios:

El plan de salud tiene un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios que le prometemos. Se verifica que el servicio que usted solicita esté cubierto por su plan de salud. El equipo de revisión está integrado por médicos y personal de enfermería. Su función es asegurarse de que el tratamiento o el servicio que solicitó sean médicamente necesarios y adecuados para usted. Para ello, el equipo compara su plan de tratamiento con las normas médicas aceptables.

Podemos decidir negar una solicitud de autorización de servicios o aprobarla por un importe menor al solicitado. Estas decisiones las tomará un profesional de atención médica que esté calificado. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión la tomará un revisor clínico externo, que puede ser un médico o un profesional de atención médica que habitualmente brinda la atención solicitada. Puede pedir las normas médicas específicas que usamos para tomar decisiones sobre la necesidad médica, llamadas **criterios de revisión clínica**.

Después de recibir su solicitud, la revisaremos mediante un proceso **estándar** o por **vía rápida**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión por vía rápida si se considera que una demora será muy perjudicial para su salud. Si su solicitud de revisión por vía rápida es denegada, se lo diremos, y su caso se tratará conforme al proceso de revisión estándar.

La revisión se realizará por vía rápida en cualquiera de estas situaciones:

- Una demora implicará un riesgo grave para su salud, su vida o su capacidad para funcionar;
- Su proveedor dice que la revisión debe ser más rápida;
- Está solicitando un nivel mayor de un servicio que ya se encuentra recibiendo en la actualidad.

En todos estos casos, revisaremos su solicitud con la rapidez que su afección exija y antes de los plazos que se mencionan más abajo.

Les diremos a usted y a su proveedor, tanto por

teléfono como por escrito, si su solicitud se aprobó o se denegó. También les diremos el motivo de la decisión. Les explicaremos las opciones que tendrá de apelación o audiencia imparcial si no está de acuerdo con nuestra decisión. (Consulte también las secciones Apelaciones del plan y Audiencias imparciales, más adelante en este manual).

Plazos para las solicitudes de autorización previa:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión acerca de su solicitud en el transcurso de 3 días hábiles desde el momento en el que tengamos toda la información necesaria, pero nos comunicaremos con usted antes de que pasen 14 días de haber recibido su solicitud. Si necesitamos más información, se lo diremos antes del día 14.
- **Revisión por vía rápida:** Tomaremos una decisión y nos comunicaremos con usted en el transcurso de 72 horas. Si necesitamos más información, se lo diremos dentro de las 72 horas.

Plazos para las solicitudes de revisión concurrente:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión en el transcurso de 1 día hábil desde el momento en el que tengamos toda la información necesaria, pero nos comunicaremos con usted antes de que pasen 14 días de haber recibido su solicitud. Si necesitamos más información, se lo diremos antes del día 14.
- **Revisión por vía rápida:** Tomaremos una decisión en el transcurso de 1 día hábil desde el momento en el que tengamos toda la información necesaria. Nos comunicaremos con usted antes de que pasen 72 horas de haber recibido su solicitud. Si necesitamos más información, se lo diremos en el transcurso de 1 día hábil.

Plazos especiales para otras solicitudes:

- Si está internado o acaba de recibir el alta y solicita atención médica domiciliaria, tomaremos una decisión en el transcurso de 72 horas de haber recibido su solicitud.
- Si está internado y está recibiendo un tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias, y solicita recibir más servicios al menos 24 horas antes del alta, tomaremos una decisión en el transcurso de 24 horas de haber recibido su solicitud.
- Si solicita servicios de salud mental o por un trastorno de abuso de sustancias que pudieran estar relacionados con una comparecencia ante el tribunal, tomaremos una decisión en el transcurso de 72 horas de haber recibido su solicitud.
- Si solicita un medicamento recetado para pacientes ambulatorios, tomaremos una decisión en el transcurso de 24 horas de haber recibido su solicitud.
- Un protocolo de tratamiento escalonado significa que primero debe probar otro medicamento antes de que aprobemos el medicamento que está pidiendo. Si solicita una aprobación para anular el protocolo de tratamiento escalonado, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas en el caso de que se trate de un medicamento recetado para pacientes ambulatorios. Para otros medicamentos, tomaremos una decisión en el transcurso de 14 días de haber recibido su solicitud.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o por vía rápida sobre su solicitud de un servicio, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos y le indicaremos la información necesaria. Si su solicitud se revisará por vía rápida, lo llamaremos de inmediato y luego le enviaremos un aviso por escrito.
- Le explicaremos el motivo por el cual la demora es lo más conveniente para usted.
- Tomaremos una decisión en un plazo inferior a 14 días a partir del día en el que le pedimos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden pedirnos que esperemos más tiempo para tomar una decisión, porque usted tiene más

información para brindarle al plan, que ayudará a tomar una decisión sobre su caso. Para ello, puede llamar al 1-800-223-7242 (TTY: 711) o escribir a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of New York, Inc.
5232 Witz Drive
North Syracuse, NY 13212

Usted o su representante pueden presentar una queja ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja sobre la duración de la revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Le notificaremos nuestra decisión antes de la fecha de caducidad del tiempo correspondiente a la revisión. No obstante, si por algún motivo no nos comunicamos con usted antes de esa fecha, esto equivale a la denegación de su solicitud de autorización de servicios. Si no respondemos a tiempo a la solicitud de anular un protocolo de tratamiento escalonado, la solicitud se aprobará.

Si cree que nuestra decisión de denegar su solicitud de autorización de servicios es errónea, tiene derecho a presentar una apelación del plan. Consulte la sección Apelaciones del plan, más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su atención:

En ocasiones, haremos una revisión concurrente de la atención que está recibiendo para ver si aún la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya ha recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le informaremos si tomamos estas decisiones.

Plazos para las otras decisiones sobre su atención:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o interrumpir un servicio que ya hemos aprobado y que usted está recibiendo en la actualidad, debemos avisarle al menos 10 días antes de modificar el servicio.
- Debemos informarle con una anticipación

mínima de 10 días si tomamos una decisión acerca de los servicios y recursos de apoyo a largo plazo, como atención domiciliaria, atención personal, CDPAS, atención diurna para adultos y atención permanente en una residencia para ancianos.

- Si estamos verificando algún tipo de atención brindada en el pasado, tomaremos una decisión acerca del pago dentro de los 30 días de haber recibido toda la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día de la denegación del pago. Estos avisos no son facturas.

Usted no deberá pagar ningún servicio que haya recibido con la cobertura del plan o de Medicaid, aunque después deneguemos el pago al proveedor.

Cómo se les paga a los proveedores

Usted tiene derecho a preguntar si tenemos algún arreglo financiero especial con nuestros médicos que pueda influir en su uso de los servicios de atención de la salud. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711) si tiene alguna inquietud específica. También queremos que sepa que la mayoría de nuestros proveedores reciben su pago de una o más de las siguientes maneras.

- Si nuestros PCP trabajan en una clínica o un centro de salud, probablemente reciben un **salario**, que no se modifica en función de la cantidad de pacientes que vean.
- Los PCP que trabajan en su propio consultorio pueden recibir una tarifa fija cada mes por cada uno de los pacientes que atienden como PCP. La tarifa se mantiene igual, más allá de si el paciente realiza una consulta, muchas o, incluso, ninguna. Esto se denomina **capitación**.
- A veces, los proveedores reciben una tarifa fija por cada una de las personas de su lista de pacientes, pero puede retenerse algo de dinero (quizás el 10 %) para un fondo de **incentivo**. A fin de año, este fondo se utiliza para recompensar a los PCP que

Sus beneficios y los procedimientos del plan

han cumplido con las normas para el pago adicional establecidas por el Plan.

- Los proveedores también pueden recibir un **pago por servicio**. Esto significa que reciben una tarifa acordada por el plan por cada servicio que proporcionan.

Usted puede ayudar con las políticas del plan

Valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a desarrollar las mejores políticas para nuestros miembros.

Si tiene ideas para aportar, cuéntenos. Tal vez desee trabajar con uno de nuestros comités o juntas consultivas de miembros. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711) para averiguar cómo puede colaborar.

Información del Departamento de Servicios para Miembros

Esta es la información que puede obtener si llama al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

- Una lista de los nombres, las direcciones y los cargos de los integrantes del consejo directivo, los dirigentes, las autoridades, los propietarios y los socios de Molina Healthcare.
- Una copia de las hojas de balance/estado financiero y resúmenes de ingresos y gastos.
- Una copia del contrato de suscripción de pago directo individual más reciente.
- Información del Departamento de Servicios Financieros acerca de las quejas de los miembros sobre Molina Healthcare.
- La forma en la que conservamos la privacidad de las historias clínicas y la información de los miembros.
- Por escrito, le diremos lo que hace Molina Healthcare para verificar la calidad de la atención brindada a los miembros.
- Le diremos cuáles son los hospitales en los que trabajan nuestros proveedores de atención médica.
- Si nos lo pide por escrito, le daremos a conocer las pautas que usamos para revisar las afecciones o las enfermedades que tienen la cobertura de Molina Healthcare.

Sus beneficios y los procedimientos del plan

- Si nos lo pide por escrito, le daremos a conocer las calificaciones que deben tener los proveedores de atención médica y lo que les solicitamos para que sean parte de Molina Healthcare.
- Si nos pregunta, le informaremos sobre lo siguiente: 1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen planes de incentivo para médicos que influyen en el uso de los servicios de derivación; y, de ser así, 2) le diremos el tipo de acuerdo de incentivos utilizados, y 3) si se proporciona una protección de stop-loss (punto máximo de pérdida) a los médicos y los grupos de médicos.
- Información sobre la organización y el funcionamiento de nuestra empresa.
- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del estado de Nueva York, y esto es perjudicial para los miembros.
- Se muda fuera del área de servicios.
- Usted, el plan y el LDSS están de acuerdo en que la cancelación de la inscripción es lo mejor para usted.
- Queda exento o se lo excluye de la atención médica administrada.
- No ofrecemos un servicio de atención médica administrada de Medicaid que puede obtener de otro plan de salud de su área.
- Necesita un servicio que está relacionado con un beneficio que optamos por no cubrir, y la prestación de ese servicio por separado pondría en riesgo su salud.
- No hemos podido brindarle servicios según lo exigido en nuestro contrato con el Estado.

Manténganos informados

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711) siempre que haya alguno de estos cambios en su vida:

- Cambia de nombre, domicilio o número de teléfono.
- Cambia su elegibilidad para Medicaid.
- Está embarazada.
- Tiene un hijo.
- Hay algún cambio en su seguro o en el de sus hijos.

Si ya no recibe Medicaid, consulte al Departamento Local de Servicios Sociales. *Es posible* que pueda inscribirse en otro programa.

CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN Y TRANSFERENCIAS

1. Si USTED desea renunciar al plan

Puede probar nuestro plan durante 90 días. Podrá renunciar a Molina Healthcare y unirse a otro plan de salud en cualquier momento durante ese período. Sin embargo, si no renuncia al plan en los primeros 90 días, debe permanecer en Molina Healthcare durante nueve meses más, *excepto* si tiene un motivo válido para irse (razón justificada).

Entre los ejemplos de razones justificadas, se incluyen los siguientes:

Para cambiar de planes:

- Llame al personal de atención médica administrada del Departamento Local de Servicios Sociales.
- Si vive en el condado de Tompkins, llame al personal de atención médica administrada al 1-607-274-5667. Si vive en los condados de Cortland y Onondaga, llame a Medicaid Choice de Nueva York al 1-800-505-5678. Los asesores de Medicaid Choice de Nueva York pueden ayudarlo a cambiar de plan de salud.

Es posible que pueda pasarse a otro plan por teléfono. Si debe estar en un plan de atención médica administrada, deberá elegir otro plan de salud.

El proceso puede llevar de dos a seis semanas, según la fecha en la que se reciba su solicitud. Recibirá un aviso que le indicará que el cambio tendrá lugar antes de determinada fecha. Molina Healthcare le proporcionará la atención que necesite hasta ese momento.

Puede solicitar que se tomen medidas más rápido si considera que el tiempo del proceso habitual empeorará su salud. También puede solicitar que se tomen medidas más rápido si ha presentado una queja porque no estaba de acuerdo con la inscripción.

Solo debe llamar al Departamento Local de Servicios Sociales de Medicaid Choice de Nueva York.

2. Podría dejar de reunir los requisitos para el Plan de Atención Médica Administrada de Medicaid

- Es posible que usted o su hijo deban renunciar a Molina Healthcare si alguna de estas situaciones es válida para cualquiera de los dos:
 - mudanza fuera del área de servicio o fuera del condado
 - cambio a otro plan de atención médica administrada
 - participación en una HMO u otro plan de seguro a través del trabajo
 - encarcelamiento
 - pérdida de la elegibilidad por cualquier otra causa.
- Es posible que su hijo deba renunciar a Molina Healthcare o *cambiar de plan en cualquiera de estos casos:
 - se une a un programa para niños con una discapacidad física
 - se envía a una agencia de cuidado suplente que tiene un contrato de servicio para el Departamento Local de Servicios Sociales
 - * el Departamento Local de Servicios Sociales lo envía a un sitio de cuidado suplente en un área que no está cubierta por el plan actual del niño.
- **Si debe renunciar a Molina Healthcare o deja de reunir los requisitos para Medicaid, todos sus servicios pueden interrumpirse de forma imprevista, incluida cualquier clase de atención que reciba en su hogar.** Si esto sucede, llame de inmediato a Medicaid Choice de Nueva York al 1-800-505-5678.

3. Podemos solicitarle que renuncie a Molina Healthcare

También puede perder la membresía en Molina Healthcare si suele suceder lo siguiente:

- se niega a cooperar con su PCP en relación con su atención médica;
- no cumple con las citas;
- acude a la sala de emergencias para recibir atención que no es de emergencia;
- no respeta las reglas de Molina Healthcare;

Sus beneficios y los procedimientos del plan

- no rellena los formularios con honestidad o no brinda información verdadera (es decir, comete fraude);
- lesiona a otros miembros del plan, a proveedores o al personal, o abusa de ellos;
- actúa de una manera que nos dificulta desempeñarnos del mejor modo posible para usted y otros miembros, incluso después de que hayamos intentando resolver los problemas.

Apelaciones del plan

En el caso de algunos tratamientos y servicios, necesita obtener una aprobación antes de recibirlos o para poder seguir recibéndolos. Esto se conoce como **autorización previa**. La solicitud de aprobación de un tratamiento o un servicio se llama **solicitud de autorización de servicios**. Este proceso se describe antes en este manual. El aviso de nuestra decisión de negar una solicitud de autorización de servicios o de aprobarla por un importe menor al solicitado se llama **determinación adversa inicial**.

Si no está satisfecho con lo que decidimos sobre su atención, hay algunos pasos que puede seguir.

Su proveedor puede solicitar una reconsideración:

Si decidimos que su solicitud de autorización de servicios no era médicamente necesaria o era experimental o con fines de investigación, pero no hablamos con su médico al respecto, su médico puede pedir hablar con el director médico del plan. El director médico hablará con su médico en el transcurso de un día hábil.

Puede presentar una apelación del plan:

Si cree que nuestra decisión sobre su solicitud de autorización de servicios es errónea, puede pedirnos que examinemos su caso de nuevo. Esto recibe el nombre de **Apelación del plan**.

- Tiene **60 días naturales** desde la fecha de la determinación adversa inicial para solicitar una apelación del plan.
- Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711) si necesita ayuda para solicitar una apelación del plan o para seguir los pasos del proceso de apelación. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad

Sus beneficios y los procedimientos del plan

especial, como una deficiencia auditiva o visual, o si necesita servicios de traducción.

- Usted mismo puede solicitar una apelación del plan, o hacer que otra persona lo haga por usted, como un familiar, un amigo, un médico o un abogado. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que indique que usted desea que esa persona lo represente.
- No recibirá un trato diferente ni actuaremos mal con usted por haber solicitado una apelación del plan.

Ayuda para seguir recibiendo servicios mientras apela contra una decisión sobre su atención:

Si decidimos reducir, suspender o interrumpir servicios que está recibiendo en la actualidad, es posible que pueda continuar con los servicios mientras espera la decisión sobre su apelación del plan. **Debe solicitar la apelación del plan en uno de estos momentos:**

- en el transcurso de **diez días** desde que le avisaron que habrá un cambio en su atención; o
- antes de la fecha en la que está programado el cambio en los servicios, lo que sea posterior.

Si su apelación del plan da como resultado otra denegación, quizás deba pagar el costo de los beneficios que siguió recibiendo.

Puede llamarnos, escribirnos o visitarnos para solicitar una apelación del plan. Cuando solicite una apelación del plan, o a la brevedad después de presentar la apelación, deberá proporcionarnos los siguientes datos:

- Su nombre y dirección.
- Número de afiliado.
- Servicio que haya solicitado y motivo(s) de la apelación.
- Cualquier información que quiera que revisemos, como historia clínica, cartas de médicos u otra información que explique por qué necesita el servicio.
- Cualquier información específica que hayamos mencionado como necesaria en el aviso de la determinación adversa inicial.
- Para ayudarlo a preparar su apelación del plan, puede solicitar ver las pautas, el historial médico

y demás documentos que hayamos utilizado para tomar la determinación adversa inicial. Si su Apelación del plan se tramita por la vía rápida, es posible que tenga poco tiempo para proporcionarnos la información que desea que revisemos. Puede solicitar ver estos documentos o pedir una copia gratuita con solo llamar al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

Puede brindarnos la información y los materiales por teléfono, fax, correo postal, en línea o personalmente:
Teléfono 1-800-223-7242 (TTY: 711).
Fax 1-844-879-4471

Correo postal:

Molina Healthcare of New York, Inc.
5232 Witz Drive
North Syracuse, NY 13212

En línea:

<https://member.molinahealthcare.com/Member/Login>

Personalmente:

Molina Healthcare of New York, Inc.
5232 Witz Drive
North Syracuse, NY 13212

Si solicita una apelación del plan por teléfono, también deberá enviarnosla por escrito, salvo que la tramite por vía rápida. Después de su llamada, le enviaremos un formulario, que es un resumen de la apelación del plan que solicitó por teléfono. Si está de acuerdo con el resumen, debe firmarlo y nos lo debe enviar de regreso. Puede realizar cualquier cambio necesario en el formulario antes de enviarlo de regreso.

Si solicita un servicio o un proveedor fuera de la red:

- Si le dijimos que el servicio solicitado no es muy diferente a un servicio ofrecido por un proveedor participante, puede pedirnos que examinemos si este servicio es médicamente necesario para usted. Deberá pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación del plan:

1. Una declaración por escrito del médico que diga que el servicio fuera de la red es muy diferente al servicio que el plan puede ofrecer a través de un proveedor participante. El médico debe ser un especialista que haya completado los años exigidos de formación especializada o debe tener el certificado de especialidad de la Junta Médica para el servicio que usted solicita.
 2. Dos documentos médicos o científicos que prueben que el servicio que solicita es más útil para usted y no será más perjudicial que el servicio que el plan puede ofrecer a través de un proveedor participante.
- Si cree que el proveedor que participa en nuestro plan no tiene la experiencia o la capacitación correctas para brindarle un servicio, puede pedirnos que verifiquemos si es médicamente necesario que lo remitamos a un proveedor fuera de la red. Deberá pedirle a su médico que envíe esta información con su apelación:
 1. una declaración por escrito que diga que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer sus necesidades, y
 2. que recomiende un proveedor fuera de la red con la capacitación y la experiencia correctas, que sea capaz de brindar el servicio.

El médico debe ser un especialista que haya completado los años exigidos de formación especializada o debe tener el certificado de especialidad de la Junta Médica para el servicio que usted solicita. Aunque su médico no envíe esta información, revisaremos su apelación del plan. Sin embargo, no será elegible para una apelación externa. Consulte la sección Apelaciones externas, más adelante en este manual.

Qué sucede después de que recibimos su apelación del plan:

- En el transcurso de 15 días, le enviaremos una carta para hacerle saber que estamos trabajando en su apelación del plan.
- Le enviaremos una copia gratuita de la historia clínica y cualquier otra información que utilicemos para tomar la decisión sobre la apelación. Si su Apelación del plan se tramita

por la vía rápida, es posible que haya poco tiempo para revisar esta información.

- También puede brindar información, personalmente o por escrito, para que se utilice al tomar la decisión. Llame a Molina Healthcare al 1-800-223-7242 si no está seguro de qué información darnos.
- Las decisiones en las apelaciones del plan por cuestiones clínicas serán responsabilidad de profesionales de atención médica capacitados, que no tomaron la primera decisión. Al menos uno de estos profesionales será un revisor clínico externo.
- Por cuestiones no clínicas, tomarán la decisión algunas personas que están en un nivel de trabajo superior al de aquellas que tomaron la primera decisión.
- Se le explicarán las razones de nuestra decisión y la justificación clínica, si corresponde. El aviso de la decisión acerca de la apelación del plan de negar una solicitud o de aprobarla por un importe menor al solicitado se llama determinación adversa definitiva.
- Si considera que la determinación adversa definitiva es incorrecta:
 - Puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección Audiencias imparciales de este manual.
 - En el caso de algunas decisiones, puede solicitar una apelación externa. Consulte la sección Apelaciones externas de este manual.
 - Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Plazos para las apelaciones del plan:

- **Apelaciones del plan por vía estándar:** Si tenemos toda la información necesaria, le informaremos nuestra decisión dentro de los 30 días naturales desde la fecha en la que solicitó una apelación del plan.
- **Apelaciones del plan por vía rápida:** Si tenemos toda la información necesaria, las decisiones para las apelaciones del plan por vía rápida se tomarán en el transcurso de

Sus beneficios y los procedimientos del plan

2 días hábiles desde la fecha de su apelación del plan, pero antes de que pasen 72 horas de su solicitud de apelación del plan.

- Si necesitamos más información, se lo diremos dentro de las 72 horas.
- Si usted solicitó tratamiento adicional en el hospital para el trastorno de abuso de sustancias al menos 24 horas antes de la fecha del alta y su solicitud fue denegada, tomaremos una decisión sobre su apelación en el transcurso de 24 horas.
- Le comunicaremos nuestra decisión por teléfono y, luego, le enviaremos un aviso por escrito.

Su apelación del plan se revisará por la vía rápida en los siguientes casos:

- Si usted o su médico solicitan que la apelación del plan se revise por la vía rápida. Su médico debería explicar la causa por la que una demora será perjudicial para su salud. En el caso de que su solicitud de revisión por vía rápida sea denegada, se lo diremos, y su apelación del plan se revisará conforme al proceso estándar.
- Si su solicitud fue denegada cuando usted pidió seguir recibiendo algún tipo de atención que recibe actualmente o extender un servicio que ya se ha proporcionado.
- Si su solicitud fue denegada cuando usted pidió recibir atención médica domiciliaria después de estar hospitalizado.
- Si su solicitud fue denegada cuando pidió tratamiento adicional en el hospital para el trastorno de abuso de sustancias al menos 24 horas antes de la fecha del alta.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o por vía rápida sobre su apelación del plan, haremos lo siguiente:

- Le escribiremos y le indicaremos la información necesaria. Si su solicitud se revisará por vía rápida, lo llamaremos de inmediato y luego le enviaremos un aviso por escrito.
- Le explicaremos el motivo por el cual la demora es lo más conveniente para usted.

- Tomaremos una decisión en un plazo inferior a 14 días a partir del día en el que le pedimos más información.

Usted o su representante también pueden pedirnos que esperemos más tiempo para tomar una decisión, porque usted tiene más información para brindarle al plan, que ayudará a tomar una decisión sobre su caso. Para ello, puede llamar al 1-800-223-7242 (TTY: 711) o por escrito.

Usted o su representante pueden presentar una queja ante el plan si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación del plan. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja sobre la duración de la revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Si no recibe una respuesta sobre la apelación del plan o no tomamos una decisión dentro del plazo establecido, con las extensiones incluidas, podrá solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección Audiencias imparciales de este manual.

Si no tomamos una decisión sobre su apelación del plan dentro del plazo establecido y le dijimos que el servicio que solicita tiene alguna de estas características:

- 1) no es médicamente necesario;
- 2) es experimental o tiene fines de investigación;
- 3) no es diferente de la atención que puede recibir en la red del plan; o
- 4) está disponible de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer sus necesidades, entonces la denegación original se revertirá. Esto significa que su solicitud de autorización de servicios se aprobará.

Si le dijimos que la denegación original obedecía a una de estas causas:

- el servicio no era médicamente necesario;
- el servicio era experimental o tenía fines de investigación;
- el servicio fuera de la red no era diferente a un servicio disponible en nuestra red; o
- el servicio fuera de la red estaba disponible de un proveedor participante que tiene la

capacitación y la experiencia para satisfacer sus necesidades; y

- no le informamos nuestra decisión sobre su apelación del plan a tiempo, la denegación original en su contra se revertirá. Esto significa que su solicitud de autorización de servicios se aprobará.

Ayuda para seguir recibiendo servicios mientras apela contra una decisión sobre su atención:

En algunos casos, es posible que pueda continuar con los servicios mientras espera la decisión sobre su apelación del plan. **Es posible que pueda seguir recibiendo los servicios cuya interrupción o reducción está programada si solicita una audiencia imparcial en uno de estos momentos:**

- en el transcurso de **diez días** desde que le avisaron que su solicitud se denegó o que habrá un cambio en su atención; o
- antes de la fecha en la que está programado el cambio en los servicios.

Si su audiencia imparcial da como resultado otra denegación, quizás deba pagar el costo de los beneficios que siguió recibiendo. La decisión que reciba del funcionario de la audiencia imparcial será la definitiva.

Apelaciones externas

Usted tiene otros derechos de apelación si le dijimos que el servicio que solicita tiene alguna de estas características:

- no es médicamente necesario;
- es experimental o tiene fines de investigación;
- no es diferente de la atención que puede recibir en la red del plan; o
- está disponible de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

Puede solicitar una apelación externa independiente al estado de Nueva York. Esto se llama **apelación externa** porque la decisión proviene de revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Estos revisores son personas calificadas que el estado de Nueva York ha aprobado. El servicio debe estar incluido en el paquete de beneficios del plan o debe ser un

Sus beneficios y los procedimientos del plan
tratamiento experimental, un ensayo clínico o un tratamiento para una enfermedad poco frecuente.

No tiene que pagar por una apelación externa. Puede solicitar una Apelación externa en cualquiera de estas situaciones:

- Presenta una apelación del plan y recibe una determinación adversa definitiva del plan; **o**
- Si no recibe el servicio y solicita una apelación del plan por vía rápida, puede solicitar una apelación externa acelerada de forma simultánea. Su médico deberá decir que es necesario solicitar una apelación externa acelerada; **o**
- Usted y su plan pueden acordar saltar el proceso de apelación del plan e ir directamente a la apelación externa; **o**
- Usted puede demostrar que el plan no siguió las reglas correctamente al procesar su apelación del plan.

Después de recibir la determinación adversa definitiva del plan, tiene **4 meses** para solicitar una apelación externa. Si usted y su plan acordaron saltar el proceso de apelación del plan, debe solicitar la apelación externa en el transcurso de los 4 meses posteriores al acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, llene la solicitud correspondiente y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos deberán brindar información sobre su problema médico. En la solicitud de la apelación externa, se indica la información necesaria.

Estas son algunas maneras de conseguir una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov.
- Comuníquese con el plan de salud al 1-800-223-7242 (TTY: 711).

La decisión sobre la apelación externa se tomará en 30 días. Puede necesitarse más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. Usted y el plan sabrán cuál es la

Sus beneficios y los procedimientos del plan

decisión final dentro de los dos días después de que se haya tomado dicha decisión.

Puede tomarse una decisión de forma más rápida en cualquiera de estos casos:

- su médico dice que una demora será muy perjudicial para su salud; o
- usted está en el hospital después de una consulta en la sala de emergencias y el plan no acepta la atención del hospital.

Esto se llama **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa tomará la decisión acerca de la apelación acelerada dentro de las 72 horas o menos.

Si usted solicitó tratamiento adicional en el hospital para el trastorno de abuso de sustancias al menos 24 horas antes de la fecha del alta, el plan continuará pagando la estadía en el hospital si:

- usted solicita una apelación interna por vía rápida en el transcurso de 24 horas; Y
- usted solicita una apelación externa por vía rápida de forma simultánea.

Seguiremos pagando su estadía en el hospital hasta que se haya tomado una decisión en cuanto a las apelaciones. Su plan tomará una decisión acerca de su apelación del plan por vía rápida a las 24 horas. La decisión sobre la apelación externa por vía rápida se tomará en 72 horas.

El revisor de la apelación externa les comunicará la decisión a usted y al plan de inmediato, por teléfono o por fax. Luego, se enviará una carta que informe sobre la decisión.

Si solicita una apelación del plan y recibe una determinación adversa definitiva que niega, reduce, suspende o interrumpe el servicio, puede pedir una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial o una apelación externa, o ambas. Si solicita tanto una audiencia imparcial como una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será la que cuente.

Audiencias imparciales

Puede solicitar una audiencia imparcial al estado de

Nueva York en cualquiera de los siguientes casos:

- No está conforme con una decisión tomada por el Departamento Local de Servicios Sociales o el Departamento de Salud del Estado acerca de su permanencia en Molina Healthcare o su renuncia al plan.
- No está conforme con nuestra decisión de restringir sus servicios, porque cree que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Tiene 60 días naturales desde la fecha del aviso de intención de restringir sus servicios para solicitar una audiencia imparcial. Si solicita una audiencia imparcial en el transcurso de 10 días del aviso de intención de restringir sus servicios o antes de la fecha de entrada en vigencia de la restricción, lo que sea posterior, puede seguir recibiendo los servicios hasta que se tome la decisión de la audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde la audiencia imparcial, es posible que deba pagar por los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.
- No está conforme con la decisión de su médico de no solicitar servicios que usted deseaba, porque cree que la decisión del médico limita o interrumpe sus beneficios de Medicaid. Debe presentar una queja ante Molina Healthcare. Si Molina Healthcare está de acuerdo con su médico, puede solicitar una apelación del plan. Si recibe una determinación adversa definitiva, tendrá 120 días naturales a partir de la fecha de dicha determinación para solicitar una audiencia imparcial estatal.
- No está conforme con una decisión que tomamos sobre su atención, porque cree que la decisión limita sus beneficios de Medicaid.
- No está conforme con que hayamos decidido lo siguiente:
 - reducir, suspender o interrumpir la atención que estaba recibiendo; o
 - denegar la atención que deseaba;
 - denegar el pago de la atención que recibió; o bien,
 - no permitirle cuestionar el importe de un copago, otro importe que adeuda o el pago que realizó por su atención médica.

Primero, debe solicitar una apelación del plan y recibir una determinación adversa definitiva. Tendrá 120 días naturales a partir de la fecha de la determinación adversa definitiva para solicitar una audiencia imparcial.

Si solicitó una apelación del plan y recibe una determinación adversa definitiva que reduce, suspende o interrumpe la atención que está recibiendo actualmente, puede seguir recibiendo los servicios que su médico indicó mientras espera la decisión respecto de la audiencia imparcial. Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de 10 días a partir de la fecha de la determinación adversa definitiva o antes de la fecha en la que la determinación entre en vigencia, lo que sea posterior. Sin embargo, si solicita que los servicios continúen y pierde la audiencia imparcial, es posible que deba pagar por los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

- Solicitó una apelación del plan, y el plazo que teníamos para tomar una decisión sobre su apelación ha caducado, incluida cualquier extensión. Si no recibe una respuesta sobre la apelación del plan o no tomamos una decisión dentro del plazo establecido, podrá solicitar una audiencia imparcial.

La decisión que reciba del funcionario de la audiencia imparcial será la definitiva.

Puede solicitar una audiencia imparcial a través de cualquiera de estos medios:

1. Por teléfono – llame al número telefónico gratuito 1-800-342-3334
2. Por fax – 1-518-473-6735
3. Por Internet – www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
4. Por correo postal –

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Si solicita una audiencia imparcial a causa de una decisión que Molina Healthcare ha tomado, debemos enviarle una copia del **paquete de evidencias**. Esta es la información que utilizamos para tomar la decisión acerca de su atención. El plan le dará esta información al funcionario de audiencias para explicar su medida. Si no hay tiempo suficiente para enviarlo por correo, le llevaremos una copia del paquete de evidencias a la audiencia. Si no recibe su paquete de evidencias en la semana anterior a su audiencia, puede llamar al 1-800-223-7242 (TTY: 711) y solicitarlo.

Recuerde que, en cualquier momento, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

Proceso de presentación de quejas

Quejas:

Esperamos que nuestro plan de salud le brinde servicios de forma correcta. Si tiene algún problema, hable con su PCP, o llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros. La mayoría de los problemas se pueden resolver de inmediato. Si tiene un problema o una disputa por la atención o los servicios, puede presentar una queja ante el plan. Los problemas que no se resuelvan de inmediato por teléfono y cualquier queja que nos llegue por correo postal se abordarán de acuerdo con nuestro procedimiento para las quejas, descrito a continuación.

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una queja o para seguir los pasos del proceso de quejas. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad especial, como una deficiencia auditiva o visual, o si necesita servicios de traducción.

No le dificultaremos las cosas ni tomaremos ninguna medida en su contra por haber presentado una queja.

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para presentar su queja; para ello, debe llamar al 1-800-206-8125 o escribir a esta dirección:

Sus beneficios y los procedimientos del plan

Complaint Unit, Bureau of Consumer Services
OHIP DHPCO 1CP-1609
New York State Department of Health
Albany, New York 12237

También puede presentar su queja ante el Departamento Local de Servicios Sociales, en cualquier momento. Puede llamar al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York (al 1-800-342-3736) si su queja está relacionada con un problema de facturación.

Cómo presentar una queja ante nuestro plan:

Usted mismo puede presentar una queja, o hacer que otra persona lo haga por usted, como un familiar, un amigo, un médico o un abogado. Usted y esa persona deberán firmar y fechar una declaración que indique que usted desea que esa persona lo represente. Para presentar la queja por teléfono, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-223-7242 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Si nos llama después del horario de atención, deje su mensaje. Nos comunicaremos con usted el día hábil siguiente. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo diremos.

Puede escribirnos para explicar su queja o llamar al número del Departamento de Servicios para Miembros y solicitar un formulario de queja. El correo debe enviarse a esta dirección:

Molina Healthcare of New York, Inc.
5232 Witz Drive
North Syracuse, NY 13212

Cuál es el siguiente paso:

Si no resolvemos el problema de inmediato por teléfono o después de recibir su queja por escrito, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. La carta le informará lo siguiente:

- quién está trabajando para resolver la queja
- cómo comunicarse con esta persona
- si necesitamos más información

También puede brindar información, personalmente o por escrito, para que se utilice al revisar su queja. Llame de inmediato a Molina Healthcare al

1-800-223-7242 (TTY: 711) si no está seguro de qué información darnos.

Una o más personas calificadas revisarán su queja. Si su queja se relaciona con cuestiones clínicas, uno o más profesionales de atención médica calificados revisarán su caso.

Después de revisar su queja:

- Le avisaremos nuestra decisión 45 días después de que tengamos toda la información necesaria para responder a su queja, pero nos comunicaremos con usted antes de que pasen 60 días de haber recibido su queja. Le escribiremos y le diremos los motivos de nuestra decisión.
- En el caso de que una demora ponga en riesgo su salud, le avisaremos nuestra decisión 48 horas después de que tengamos toda la información necesaria para responder a su queja, pero nos comunicaremos con usted antes de que pasen 7 días de haber recibido su queja. Lo llamaremos o intentaremos comunicarnos con usted para informarle nuestra decisión. Recibirá una carta como seguimiento de nuestra comunicación en 3 días hábiles.
- Le diremos la forma de apelar contra nuestra decisión si no está satisfecho con ella e incluiremos los formularios que puede necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su queja por no tener información suficiente, le enviaremos una carta para avisarle.

Apelaciones relacionadas con las quejas:

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su queja, usted o alguien de su confianza pueden presentar una **apelación de la queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de la queja:

- Si no está satisfecho con nuestra decisión, tiene al menos 60 días hábiles después de que se la hayamos transmitido para presentar una apelación de la queja.
- Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de confianza que presente la apelación

de la queja en su nombre.

- Debe presentar la apelación de la queja por escrito. Si presenta la apelación de la queja por teléfono, luego debe enviarla por escrito. Después de su llamada, le enviaremos un formulario, que es un resumen de la apelación que solicitó por teléfono. Si está de acuerdo con el resumen, debe firmarlo y nos lo debe enviar de regreso. Puede realizar cualquier cambio necesario en el formulario antes de enviarlo de regreso.

Qué sucede después de que recibimos su apelación de la queja:

Después de recibir su apelación de la queja, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. La carta le informará lo siguiente:

- quién está trabajando para resolver la apelación de la queja
- cómo comunicarse con esta persona
- si necesitamos más información

Una o más personas calificadas, que están en un nivel de trabajo superior al de aquellas que tomaron la primera decisión sobre su queja, revisarán la apelación de la queja. Si la apelación de la queja se relaciona con cuestiones clínicas, revisarán su caso uno o más profesionales de atención médica calificados, con al menos un revisor clínico externo, que no participaron en la primera decisión sobre su queja.

Si tenemos toda la información necesaria, le informaremos nuestra decisión a los 30 días hábiles. En el caso de que una demora ponga en riesgo su salud, le avisaremos nuestra decisión 2 días hábiles después del momento en el que tengamos toda la información necesaria para la apelación. Se le explicarán las razones de nuestra decisión y la justificación clínica, si corresponde. Si todavía no está satisfecho, usted o alguien en su nombre pueden presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Sus derechos

Como miembro de Molina Healthcare, usted tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir atención respetuosa, más allá de su estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual.
- Que le digan dónde, cuándo y cómo recibir los servicios que necesita de Molina Healthcare.
- Que su PCP le diga lo que está mal con su salud, lo que puede hacer y cuál será el resultado probable en un idioma que usted pueda comprender.
- Recibir una segunda opinión sobre su atención.
- Aceptar cualquiera de los tratamientos o planes para su atención después de que se lo hayan explicado en su totalidad.
- Rechazar la atención y que le expliquen los posibles riesgos si lo hace.
- Recibir una copia de su historial médico, hablar sobre dicho historial con su PCP y, si es necesario, solicitar que se modifique o corrija.
- Estar seguro de que se mantendrá la privacidad de su historial médico y de que no se compartirá con nadie, excepto según lo exija la ley o un contrato, o con su aprobación.
- Usar el sistema de quejas de Molina Healthcare para presentar cualquier queja. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o el Departamento Local de Servicios Sociales en cualquier momento que sienta que no recibió un trato justo.
- Usar el sistema de audiencias imparciales del Estado.
- Designar a una persona (pariente, amigo, abogado, etc.) para que lo represente si usted no puede hablar en su nombre acerca de la atención y del tratamiento.

Sus beneficios y los procedimientos del plan

- Recibir una atención considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro, sin restricciones innecesarias.

Sus responsabilidades

Como miembro de Molina Healthcare, usted acepta lo siguiente:

- Colaborar con su PCP para cuidar de su salud y mejorarla.
- Averiguar cómo funciona el sistema de atención médica.
- Escuchar el asesoramiento de su PCP y hacerle preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar a su PCP o regresar a la consulta si no mejora, o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de atención médica con el mismo respeto que espera para usted.
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de atención médica (llame al Departamento de Servicios para Miembros).
- Cumplir con sus citas. Si debe cancelar una, llámenos lo antes que pueda.
- Usar la sala de emergencias únicamente para emergencias reales.
- Llamar a su PCP cuando necesite atención médica, aunque sea después del horario de atención.

Directivas anticipadas

Es posible que llegue un momento en el que usted no pueda tomar decisiones en cuanto a su atención médica. Si lo planifica por adelantado, puede definir sus deseos ahora para que se cumplan en el futuro. Primero, hágales saber a su familia, sus amigos y su médico las clases de tratamientos que desea o no desea. Segundo, puede nombrar a un adulto de su confianza para que tome decisiones por usted. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia u otras personas cercanas para que sepan lo que usted desea. Tercero, es más conveniente que exponga por escrito sus deseos. Los documentos que se mencionan a continuación pueden ser de ayuda. No es necesario que participe un abogado, pero es recomendable que hable con uno al respecto. Puede cambiar de opinión y modificar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a comprender o a obtener estos

documentos. Estos no cambian su derecho a recibir beneficios de atención médica de calidad. Su único objetivo es explicarles a los demás lo que usted desea en el caso de que no pueda hablar.

Poder de representación para la atención médica

Con este documento, usted designa a otro adulto de su confianza (habitualmente, un amigo o un familiar) para que decida sobre su atención médica si usted no puede hacerlo por sí mismo. En este caso, debe hablar con la persona para que sepa lo que usted desea.

RCP y DNR

Tiene derecho a decidir si desea algún tratamiento especial o de emergencia para reanimarle el corazón o los pulmones si deja de respirar o se detiene su circulación sanguínea. Si no desea un tratamiento especial, incluida la reanimación cardiopulmonar (RCP), debe aclarar su deseo por escrito. Su PCP proporcionará una orden de no resucitación (DNR, por sus siglas en inglés) para su historial médico. También puede obtener un formulario de DNR para llevar consigo o usar un brazalete para que cualquier proveedor médico de emergencia pueda estar al tanto de sus deseos.

Tarjeta de donante de órganos

En esta tarjeta del tamaño de una billetera, se declara que usted desea donar partes de su cuerpo cuando muera, para ayudar a otras personas. También puede marcar la parte de atrás de su licencia de conducir para que los demás sepan si desea donar sus órganos y la forma en la que los donaría.

Números telefónicos importantes

Su PCP _____

Su plan de salud: Molina Healthcare of New York, Inc. (Molina Healthcare)

Departamento de Servicios para Miembros
1-800-223-7242

TTY del Departamento de Servicios para Miembros:
711

La sala de emergencias más cercana _____

Departamento de Salud del Estado de Nueva York
(quejas) 1-800-206-8125

Servicio de Respuesta Médica (MAS) de Onondaga
1-855-852-3287

Servicio de Respuesta Médica (MAS) de Cortland
1-855-733-9397

Servicio de Respuesta Médica (MAS) de Tompkins
1-866-753-4543

Departamento de Salud del Estado de Nueva York
(quejas) 1-800-206-8125

Departamento de Servicios Sociales del condado
de Onondaga 1-315-435-2928

Departamento de Servicios Sociales del condado
de Tompkins
1-607-274-5667

Departamento de Servicios Sociales del condado
de Cortland
1-607-753-5324

Medicaid Choice de Nueva York
1-800-505-5678

Sitio web www.molinahealthcare.com

CVS Caremark
1-800-223-7242

Departamento de Servicios para Miembros: 1-800-223-7242, TTY: 711
Línea de ayuda para crisis: 1-800-223-7242, TTY: 711

Esta página se dejó en blanco intencionalmente



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

