

Le damos la
bienvenida a
Molina
Healthcare.



Nevada (Medicaid y el Programa Nevada Check Up)







Aviso de no discriminación – Sección 1557 Molina Healthcare of Nevada - Medicaid

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

Para ayudarle a comunicarse de forma eficaz con nosotros, Molina Healthcare of Nevada le ofrece sus servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

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

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

Si considera que hemos discriminado por motivos de edad, color de piel, discapacidad, nacionalidad de origen, raza o sexo, puede presentar una reclamación ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles. Puede presentar una reclamación por teléfono, por correo postal, por correo electrónico o en línea. Si necesita ayuda para redactar su reclamación, le brindaremos ayuda. Puede obtener nuestro procedimiento de reclamación en nuestro sitio web:

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx>

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

Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: civil.rights@molinahealthcare.com
Sitio web: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

También puede realizar un reclamo sobre derechos civiles (reclamación) ante la U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, en línea a través del Portal de Reclamaciones de la Office for Civil Rights en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono al:

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

Los formularios de queja están disponibles aquí: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

1557 No discriminación

Aviso para miembros
Medicaid - NV

Creado el 07/31/2024



**Aviso de disponibilidad – Sección 1557
Molina Healthcare of Nevada - Medicaid**

English	For free language assistance services, and auxiliary aids and services, call 1-833-685-2102 (TTY: 711).
Spanish Español	Para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística, así como ayudas y servicios auxiliares, llame al 1-833-685-2102 (TTY: 711).
Tagalog	Para sa libreng serbisyo sa tulong sa wika, at mga auxiliary aid at serbisyo, tumawag sa 1-833-685-2102 (TTY: 711).
Chino 中文 (简体)	如需免费的语言协助服务以及辅助工具和服务，请致电1-833-685-2102 (TTY 用户请拨打 711)。
Coreano 한국인	무료 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 원하시면 1-833-685-2102 (TTY: 711)로 연락 주시기 바랍니다.
Vietnamita Tiếng Việt	Để sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cũng như các dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm, hãy gọi 1-833-685-2102 (TTY: 711).
Amharic አማርኛ	ለነጻ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች፣ እና ረዳት እርዳታዎች እና አገልግሎቶች፣ ወደ 1-833-685-2102 (TTY: 711) ይደውሉ።
Tailandés ไทย	สำหรับบริการช่วยเหลือฟรีด้านภาษาและบริการเสริม โปรดโทร 1-833-685-2102 (TTY: 711)
Japonés 日本語	無料の言語サポートや補助器具・サービスをご希望の方は、1-833-685-2102 (TTY: 711) までお電話ください。

Árabe العربية	اتصل على الرقم 1-833-685-2102 (الهاتف النصي (TTY): 711) لتلقي خدمات المساعدة اللغوية المجانية والخدمات والمساعدات الإضافية.
Ruso Русский	Для получения бесплатных услуг языковой помощи, а также вспомогательных средств и услуг, позвоните: 1-833-685-2102 (телетайп: 711).
Francés Français	Pour bénéficier de services d'assistance linguistique gratuits, ainsi que de services et aides complémentaires, appelez le 1-833-685-2102 (ATS : 711).
Persa فارسی	برای دریافت خدمات کمک زبانی رایگان، و کمک‌ها و خدمات اضافی با این شماره تماس بگیرید: 1-833-685-2102 (TTY: 711).
Samoano Samoa	Mo auaunaga fesoasoani i gagana e leai se totogi, ma fesoasoaniga faaopoopo ma auaunaga, valaau mai i le 1-833-685-2102 (TTY: 711).
Alemán Deutsch	Kostenlose Sprachassistenzen, Hilfsmittel und Dienstleistungen erhalten Sie unter 1-833-685-2102 (TTY: 711).
Ilocano	Para kadagiti libre a serbisio iti tulong para iti pagsasao, ken dagiti alikamen ken serbisio para iti panagdenggeg, tawagan ti 1-833-685-2102 (TTY: 711).

¡Gracias por elegir Molina Healthcare!

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

Molina Healthcare trabaja con la División de Servicios Sociales de Nevada (Division of Social Services, DSS) y con la Autoridad de Salud de Nevada (Nevada Health Authority, NVHA). Brindamos servicios de salud para el programa Nevada Check Up y Nevada Medicaid. Junto con su doctor, ayudamos a administrar su atención y su salud. Nuestro trabajo es asegurarnos de que usted reciba la atención y los servicios que necesita. Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta.

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

La versión más nueva del manual está disponible en MolinaHandbook.com/NV

En este manual encontrará la siguiente información útil:

Su membresía (pág. 7)

- Tarjeta de identificación de Molina
- Acceso a la atención médica
- Números de teléfono

Su Proveedor (pág. 13)

- Encontrar a su Proveedor
- Programe su primera cita
- Servicios de intérprete

Sus beneficios (pág. 19)

- Red de Molina
- Servicios de idiomas
- Pautas para las citas
- Citas con el PCP
- Devoluciones de llamadas hechas después de las horas de consulta
- Atención durante el embarazo y al bebé recién nacido
- Servicios cubiertos
- Servicios no cubiertos
- Servicios cubiertos por Nevada Medicaid
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (EPSDT)
- Servicios de EPSDT cubiertos
- Programación y evaluación preventiva periódica
- Segundas opiniones
- Servicios de la vista
- Medicamentos cubiertos

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

Sus Beneficios extras (pág. 35)

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

Su póliza (pág. 51)

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

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



1. Revise su kit de bienvenida

Su kit de bienvenida contiene información sobre los servicios y beneficios que tiene a su disposición. Para más información, comuníquese con nosotros.



2. Revise su tarjeta de identificación de miembro.

Debería haber recibido su tarjeta de identificación de Molina Healthcare por correo postal. Confirme que su información sea la correcta. Hay una para usted y una para cada miembro de su familia inscrito en Molina. Llévela con usted en todo momento. Si aún no ha recibido la tarjeta de identificación, visite

[MiMolina.com](https://www.mimolina.com) o llame al

Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102



3. Regístrese en MiMolina

Registrarse es sencillo. Visite [MiMolina.com](https://www.mimolina.com) para cambiar de proveedor de atención primaria (PCP), ver el historial de servicios, pedir una nueva tarjeta de identificación, registrarse para recibir mensajes de texto, reclamar recompensas, ver y descargar sus cartas de autorización previa. ¡Conéctese desde cualquier dispositivo, cuando quiera!



4. Hable sobre su salud

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



5. Conozca a su PCP

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



6. Conozca sus beneficios

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

 Su membresía

6 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)



Su membresía

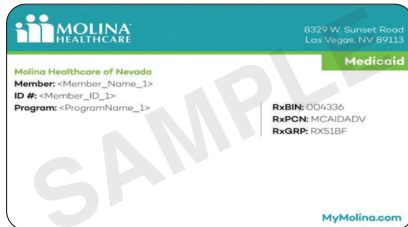
 Su membresía

8 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)



Tarjeta de identificación de Molina

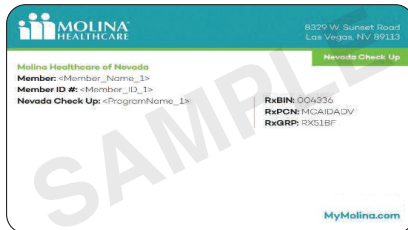
Hay una tarjeta de identificación para cada miembro.



Emergency Services: Call 911 or go to the nearest emergency room or other appropriate setting. If you are not sure whether you need to go to the emergency room, call your Primary Care Provider (PCP). Follow up with your PCP after all emergency room visits.

MEMBERS
Member Service: (833) 685-2102
24-hour Nurse Advice Line: (833) 685-2104
24/7 Suicide & Crisis Lifeline: 988
VSP® vision care: (800) 877-7195
For Transportation: (844) 879-7341
For Deaf and Hard of Hearing: TTY/TDD: 711

PROVIDERS
Medical Claims: PO BOX 22666, Long Beach, CA 90801
 For prior authorization, eligibility, claims or benefits call (833) 685-2103 or visit the Provider Portal at Provider.MolinaHealthcare.com.
MolinaHealthcare.com/NV



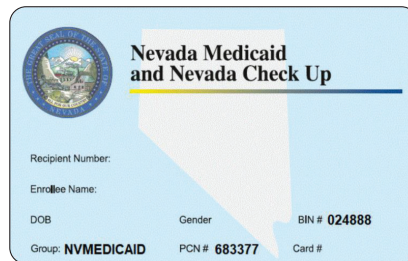
Emergency Services: Call 911 or go to the nearest emergency room or other appropriate setting. If you are not sure whether you need to go to the emergency room, call your Primary Care Provider (PCP). Follow up with your PCP after all emergency room visits.

MEMBERS
Member Service: (833) 685-2102
24-hour Nurse Advice Line: (833) 685-2104
24/7 Suicide & Crisis Lifeline: 988
VSP® vision care: (800) 877-7195
For Deaf and Hard of Hearing: TTY/TDD: 711

PROVIDERS
Medical Claims: PO BOX 22666, Long Beach, CA 90801
 For prior authorization, eligibility, claims or benefits call (833) 685-2103 or visit the Provider Portal at Provider.MolinaHealthcare.com.
MolinaHealthcare.com/NV

Tarjeta de identificación de Nevada Medicaid

El estado le expedirá y enviará por correo su tarjeta de identificación de Medicaid. Llévela a sus citas junto con su tarjeta de identificación de Molina.



01515-0005-C 0304P

This card is for identification only. Providers, for eligibility or other detailed information, contact the following:
 Verify eligibility electronically: <https://Medicaid.nv.gov>, or 800-942-6511
 Medical Prior Authorizations: 800-525-2395

Pharmacy Prior Authorization and Technical Call Center: The toll-free number is 800-695-5526
 For questions about your Medicaid services, call our Medicaid customer service line at 702-668-4200 or 775-687-1900.

Nevada Medicaid/Nevada Check Up is required to act upon a claim for services, such as a Payment Authorization Request, within twenty-one (21) business days after it receives a claim for service. If Nevada Medicaid/Nevada Check Up has not taken action to provide you with a written decision on a claim for services within this period, you may request a hearing by calling the Office of Hearings and Appeals at 775-684-3604 or toll free at 800-992-0900.



Puede pedir una tarjeta de identificación digital en el portal para miembros MiMolina.com.

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



Ver a su proveedor, especialista u otro proveedor



Ir a un hospital



Ir a una sala de emergencias



Obtener suministros médicos o recetas médicas



Recibir atención de urgencia



Hacerse exámenes médicos

Acceso a la atención médica

Necesidad

Emergencia

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

Acción

Llame al 911

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

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

Acceso en línea

- Encontrar o cambiar de proveedor
- Actualizar su información de contacto
- Pedir una tarjeta de identificación
- Recibir recordatorios de atención médica
- Registrar las visitas al consultorio
- Buscar beneficios y servicios

Visite [MiMolina.com](https://www.MiMolina.com) y regístrese.

Encuentre un proveedor en el siguiente enlace:
[MolinaProviderDirectory.com/NV](https://www.MolinaProviderDirectory.com/NV)

Cómo obtener atención

- Atención de urgencia
 - Enfermedades leves
 - Lesiones menores
- Exámenes físicos y chequeos médicos
- Atención médica preventiva
- Vacunas (inyecciones)
- Síntomas de catarro o gripe
- Heridas que pueden requerir suturas
- Esguinces, distensiones musculares o hematomas profundos
- Dolor de garganta
- Dolor de oído
- Gastroenteritis

10 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

Los detalles de su plan

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

Cambios o eventos de la vida

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

Llame a su doctor: Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día

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

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

Centros de cuidado urgente

Busque un proveedor o un centro de cuidado urgente

[MolinaProviderDirectory.com/NV](https://www.molinaproviderdirectory.com/NV)

Member Services

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

De lunes a viernes,
de 8 a. m. a 6 p. m.
Servicios de transporte que no sea de emergencia prestados por MTM:

(844) 879-7341

División de Nevada Medicaid

(877) 638-3472

(Las personas con impedimentos visuales o auditivos deben llamar al **711**).

 Su Proveedor de atención primaria

Su Proveedor de atención primaria

 Su Proveedor de atención primaria

Busque a su Proveedor de atención primaria

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

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

Si desea cambiar su PCP, puede hacerlo en su aplicación móvil Mi Molina o visite [MiMolina.com](https://www.MiMolina.com). También puede hablar con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al (833) 685-2102, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Programe su primera cita

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

Su Proveedor de atención primaria realizará las siguientes acciones:

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

Servicios de intérprete

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

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


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

Debe visitar a un proveedor que sea parte de Molina.

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




Recuerde: puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería cuando quiera. Nuestro personal de enfermería está a su disposición para ayudarle con cualquier pregunta relacionada con la atención médica. Llame al (833) 685-2104 (TTY/TDD: 711).

 Sus beneficios



Beneficios

 Sus beneficios

20 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)



Red de Molina

Contamos con una familia cada vez mayor de proveedores de atención médica y hospitales, dispuestos a atenderle. Visite a proveedores que son parte de Molina. Puede encontrar una lista de estos proveedores en MolinaHealthcare.com/NV (en Miembros-->Materiales y Formularios para Miembros). Llame al Departamento de Servicios para Miembros si necesita una copia impresa de esta lista. Puede visitar MolinaProviderDirectory.com/NV o descargar la aplicación móvil Mi Molina, o acceder al portal web de Mi Molina. Estos recursos también le informarán si su proveedor tiene horarios especiales, accesibilidad para personas con discapacidad o si puede hablar en su idioma.

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

1. Nombre del proveedor, así como de cualquier grupo
2. Dirección(es) postal(es)
3. Número(s) de teléfono
4. Dirección de un sitio web, según corresponda
5. Si el proveedor acepta nuevos miembros
6. Grupo de edad al que atiende cada proveedor
7. Las capacidades lingüísticas y culturales del proveedor, incluidos los idiomas (incluido el Lenguaje de Señas Estadounidense) que ofrece el proveedor o si cuenta con un intérprete especializado en medicina que asista en su consultorio, y si el proveedor ha terminado el entrenamiento de competencia cultural.

Sus beneficios

8. Si el consultorio/centro del proveedor está adaptado para personas con discapacidades físicas, lo que incluye las salas de consulta, salas de examinación y equipos.
9. Identificación del PCP y grupos del PCP, especialistas, hospitales, centros, centros de salud acreditados a nivel federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) y clínicas de salud rural (Rural Health Clinics, RHC) por área del estado.
10. Información sobre el horario de atención, incluida la identificación de aquellos proveedores que no tienen horarios de atención convencionales (antes de las 8 a. m. o después de las 5 p. m., cualquier día festivo o fin de semana).

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

- Nombre, dirección y números telefónicos
- Calificaciones profesionales
- Especialidad
- Escuela de medicina a la que asistió
- Estado de certificación de la junta

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

Servicios de idiomas

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

Servicios de traducción

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

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

Este es un servicio gratuito. Si necesita un traductor, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102, o (TTY/TDD: 711). Si tiene impedimentos auditivos o visuales, Molina puede ayudarle. Puede pedir los materiales para miembros en sistema Braille, letra grande o audio. Todos estos servicios son gratuitos.

Pautas para las citas

El consultorio de su PCP debe brindarle una cita para las consultas enumeradas en este período:

Citas con el PCP

Atención de urgencia	El mismo día
Consulta al PCP esencial para la salud que no sea atención médica rutinaria o de urgencia	2 días
Cuidado de prevención para niños	En un plazo de 14 días
Cuidado de prevención para adultos	En un plazo de 21 días
Especialista	Dentro de los 30 días posteriores a la remisión o, si es urgente, dentro de los 3 días naturales

Consultas de cuidado prenatal*:

Primer trimestre	En un plazo de siete (7) días naturales
Segundo trimestre	En un plazo de siete (7) días naturales
Tercer trimestre	En un período de tres (3) días naturales
Embarazo de alto riesgo	En un plazo de tres (3) días naturales o antes, si es necesario

*Las citas esenciales para la salud están disponibles también para el mismo día.

Sus beneficios

Su consultorio de salud conductual debe darle una cita para las consultas indicadas con los siguientes plazos:

Tipo de cita	Cuándo debe obtener la cita
Proveedores para la atención de trastornos de la salud conductual/ abuso de sustancias (consulta rutinaria)	No debe superar los treinta (30) días naturales
Proveedores para la atención de trastornos de la salud conductual/ abuso de sustancias (consulta urgente)	No debe superar los tres (3) días naturales
Emergencia de salud conductual que pueda ser mortal	De inmediato
Cita de atención médica rutinaria de seguimiento	14 días

Devoluciones de llamadas hechas después de las horas de consulta

Queremos que pueda recibir atención cuando quiera. Cuando el consultorio de su PCP esté cerrado, un servicio de atención de llamadas lo(a) atenderá.

Atención durante el embarazo y al bebé recién nacido

¿Qué ocurre si tengo un bebé?

Molina Healthcare quiere asegurarse de que

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

Si se produce un cambio importante en su vida, como un matrimonio, el fallecimiento de un familiar o un divorcio, llame a la División de Servicios de Servicios Sociales al (702) 486-1646 (Sur) o al (775) 684-7200 (Norte) o visite [AccessNevada.NV.gov](https://www.accessnevada.nv.gov).

24 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

Servicios cubiertos

Proceso de autorización previa

Puede recibir atención de emergencia y usar la mayoría de los servicios sin una autorización previa. Sin embargo, algunos servicios sí requieren de una autorización previa. Para pedir una autorización previa, el proveedor debe hablar con su plan de atención médica para informarle sobre la atención que desea que reciba. Molina revisará la solicitud conforme a la necesidad médica y notificará a su proveedor si la solicitud se aprueba antes de que pueda brindarle el servicio. De este modo, pueden asegurarse de que es la atención indicada para su afección puntual.

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

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

Servicios cubiertos	Limitaciones
Servicios del centro de cirugía ambulatoria	Cirugías esenciales para la salud; se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid

Servicios cubiertos	Limitaciones
Proveedores para la atención de trastornos por abuso de sustancias/ salud conductual (después del alta de un hospital psiquiátrico de cuidado intensivo cuando el contratista esté informado sobre el alta del Miembro que no supere los siete [7] días naturales)	<i>Se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid.</i>

Servicios cubiertos	Limitación y Descripciones
Servicios quiroprácticos	Limitado a personas menores de 21 años, según lo indicado en el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT) y la evaluación de su PCP
Ensayos clínicos	Costos de rutina del paciente asociados con ensayos clínicos que califican
Centros comunitarios de salud conductual certificados (CCBHC)	Brindar atención, remisiones y coordinación de la atención <i>Se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid.</i>

Sus beneficios

Servicios cubiertos	Limitación y descripción
Servicios dentales	Para niños menores de 21 años, servicios prestados por Nevada Medicaid a través del Plan Liberty Dental. Para adultos mayores de 21 años, Medicaid solo cubre exámenes dentales y extracciones de emergencia y, en algunos casos, dientes postizos (dentaduras postizas completas y parciales para reemplazar dientes faltantes). Además, es posible que se cubra una limpieza para adultos (cada año). Comuníquese con el Plan Liberty Dental llamando al: (888) 700-0643
Análisis de laboratorio y estudios de la retina para diabéticos	Anual
Diálisis	Servicios en centros independientes o en hospitales
Equipo médico duradero	<i>Se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid.</i>

Servicios cubiertos	Limitación y descripción
Servicios de ambulancia de emergencia	Se cubren los servicios de ambulancia esenciales para la salud. No incluye: Transporte médico que no sea de emergencia
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (EPSDT)	Limitado a beneficiarios menores de 21 años.
Citas con el ER	Sin límite
Cuidado de la visión: servicios para la vista	Un examen cada 12 meses. Todos los miembros, lentes y monturas cada 12 meses
Servicios de planificación familiar	Sin límite, no se necesita remisión. Los miembros pueden recibir servicios de planificación familiar gratuitos de proveedores del plan o de proveedores fuera del plan
Servicios de reasignación de género	Tratamiento de la disforia e incongruencia de género, basado en la necesidad médica. Se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid.

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

Servicios cubiertos	Limitación y descripción
Servicios de obstetricia/ ginecología y enfermeras parteras	Incluidas las citas prenatales y posparto
Servicios en el consultorio del médico, visitas al consultorio del asistente médico y visitas al consultorio con servicios de enfermería especializada	Sin límite
Servicios de podólogo	Los servicios de podología para adultos están cubiertos con autorización previa y se aplican limitaciones. El cuidado de los pies está cubierto para niños menores de 21 años. Las citas para el cuidado de los pies pueden ser limitadas. Los aparatos ortóticos están cubiertos para algunas afecciones
Cuidado prenatal: servicios de maternidad	Incluida la atención posparto

Sus beneficios

Servicios cubiertos	Limitación y descripción
Atención médica de prevención	Mamografías, cuidado de prevención del niño y del bebé, controles regulares, servicios de EPSDT
Radiología y radiografías	<i>Esencial para la salud y recetado por un médico. Se aplican todas las restricciones de la póliza de Medicaid.</i>
Infusión o inyección de especialidad	Las inyecciones están cubiertas para ciertas afecciones espásticas, incluidos parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, lesiones en la médula espinal y esclerosis múltiple
Procedimientos de esterilización	Requiere formularios de consentimiento
Servicios contra el abuso de sustancias	Atención médica ambulatoria/ para pacientes internados

Servicios cubiertos	Limitación y descripción
Trasplantes	Para los niños menores de 21 años, cualquier trasplante esencial para la salud que no sea experimental estará cubierto En el caso de adultos, se cubrirán los trasplantes de córnea, riñón, hígado y médula ósea si son esenciales para la salud, con limitaciones.
Vacunas	Vacunas de EPSDT, contra la gripe, contra el COVID-19 y contra la neumonía. Vacunas para adultos sugeridas por el ACIP. Para obtener una lista de recomendaciones y pautas sobre vacunación, visite: cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html

In Lieu of Services (ILOS)

Los ILOS son servicios o entornos que los planes de Medicaid pueden ofrecer en lugar de los servicios o entornos cubiertos por el Plan estatal de Nevada Medicaid y que constituyen una alternativa adecuada para la salud y rentable a un servicio cubierto por el Plan estatal. Los ILOS son opcionales para los miembros. Los ILOS están diseñados para sustituir y, de forma potencial, reducir el uso de otros beneficios cubiertos por Medicaid, como la atención hospitalaria, la atención en centros de enfermería

y el uso del Departamento de emergencias (ED), al tiempo que mejoran la calidad de vida.

El programa Nevada Medicaid ha añadido nuevos beneficios, como ILOS, a su programa de atención médica administrada, que son fundamentales para abordar la falta de vivienda, mejorar los resultados y reducir los costos. Molina ofrecerá:

- Administración de casos especializada.
- Apoyos de transición de vivienda.
- Servicios de mantenimiento de la vivienda.

Elegibilidad para ILOS

Para poder optar a la nueva prestación de ayuda para la vivienda, como ILOS, en el programa de atención médica administrada de Nevada Medicaid, el beneficiario de Medicaid debe cumplir con los siguientes requisitos: (1) encontrarse sin hogar; o (2) estar en riesgo de quedarse sin hogar, según se define en el título 24 del CFR 91.5, y cumplir al menos una de las condiciones o circunstancias que se describen a continuación:

1. Tener un diagnóstico de enfermedad mental grave (SMI);
2. Tener un diagnóstico emocional grave;
3. Tener un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias;
4. Estar en riesgo de institucionalización o sobredosis, o necesitar servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno emocional grave u otra afección de salud conductual;

5. Estar en riesgo de sufrir una crisis de salud conductual o de acudir al servicio de urgencias;
6. Estar embarazada o haber dado a luz a un bebé vivo en los últimos 60 días;
7. Haber sido dado(a) de alta de un centro penitenciario o médico en los últimos 90 días;
8. Estar en proceso de transición, o que vaya a estarlo en los próximos treinta (30) días, de un entorno institucional u hospitalario al hogar o la comunidad; o
9. Ser víctima de trata de personas o violencia doméstica.

Molina puede: (1) usar sus equipos de administración de cuidados; u (2) otros proveedores calificados bajo contrato con la Organización de Atención Médica Administrada (MCO) para evaluar y elegir a los miembros a fin de determinar su elegibilidad para los nuevos apoyos de vivienda de ILOS. Cuando se usa el equipo de administración de casos de Molina, es necesario que un(a) administrador(a) de casos con licencia firme una remisión para recibir asistencia para la vivienda de ILOS a un proveedor de asistencia para la vivienda calificado, y que se determine que es esencial para la salud y rentable según lo define la MCO y se apruebe según las pautas de ILOS. Para las remisiones de otros proveedores contratados, se debe enviar una solicitud de autorización previa a la MCO para que sea revisada y aprobada por un(a) administrador(a) de casos autorizado(a) y se determine que es esencial para la salud y rentable según lo define la MCO y las pautas de ILOS.

Sus beneficios

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

Servicios no cubiertos

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

servicios no cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Acupuntura
- Cirugía plástica o cosmética que no sean esenciales para la salud
- Gestación subrogada

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

Servicios cubiertos por Nevada Medicaid

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

- Atención diurna para adultos
- Niños(as) que viven en una colocación fuera del hogar
- Servicios de exención basada en el hogar y la comunidad*
- Centro de cuidados paliativos
- Centros de servicios de salud para indígenas y clínicas tribales

- Centros de atención intermedia para miembros con discapacidades intelectuales*
- Transporte que no sea de emergencia**
- Estadías en centros de enfermería por más de ciento ochenta (180) días naturales
- Evaluaciones o exámenes de prevención para el nivel de atención correspondiente antes de la admisión en un centro de tratamiento residencial para miembros de Medicaid*
- Servicios de salud escolar (Molina cubre los servicios prestados por centros de salud acreditados a nivel federal o clínicas de salud rural)
- Tratamiento para trastornos emocionales graves o enfermedades mentales graves

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

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

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

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

30 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

- Límites de monto
- Límites de tiempo, como límites de horas o días

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

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (EPSDT)

Todos los niños y adolescentes menores de veintiún (21) años que sean miembros de Molina son elegibles para recibir los Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (EPSDT). Estos servicios se prestan sin ningún tipo de limitación y sin coste alguno si se creen esenciales para la salud.

Servicios de EPSDT cubiertos

Los servicios incluyen las evaluaciones preventivas periódicas y las vacunas correspondientes al día de conformidad con el calendario de vacunación sugerido provisto por el Comité asesor de las prácticas de vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los EPSDT también incluyen exámenes dentales, de la visión y la audición, así como todos los servicios esenciales para la salud.

Evaluación preventiva periódica:

- Un examen físico completo y sin ropa.
- Historial médico exhaustivos del beneficiario y su familia.
- Historial del desarrollo

- Medidas, incluidos, entre otros, la altura, el peso, la circunferencia de la cabeza, el índice de masa corporal (IMC) y la presión arterial entre otros
- Exámenes de prevención de la visión y la audición
- Evaluación conductual/del desarrollo
- Pruebas de detección de autismo
- Supervisión del desarrollo
- Evaluación psicosocial/conductual
- Evaluación del consumo de drogas, alcohol y tabaco
- Examen de detección de depresión
- Examen de prevención de depresión materna
- Examen de prevención metabólico/de hemoglobina del recién nacido
- Administración de vacunas, si estuviera indicado
- Examen de prevención de la anemia
- Examen de prevención y análisis de detección de plomo
- Prueba de tuberculosis, si estuviera indicada
- Examen de prevención de la dislipidemia
- Infecciones de transmisión sexual
- Prueba de detección del VIH
- Examen de prevención de la displasia cervical
- Evaluación y asesoramiento dental
- Consejo de prevención
- Evaluación nutricional
- Estado en el Programa de Cupones para Alimentos (Nutrition Assistant Program, SNAP) y en el Programa Especial de Nutrición Suplementario para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC)

Cronograma de periodicidad:

A continuación, se indica la frecuencia:

- Cada tres a cinco días
- Cada mes

Sus beneficios

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

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

A continuación, encontrará los servicios de EPSDT expandidos para miembros elegibles que están en un estudio de EPSDT y que se consideran esenciales para la salud:

- Servicios de conserjería para adolescentes
- Servicios terapéuticos (físicos, ocupacionales, del habla, de la audición y del lenguaje)
- Tratamientos y servicios extras que puedan ser necesarios (tales como recetas médicas y servicios terapéuticos)
- Medicamentos recetados
- Hospital para pacientes internados
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios médicos domiciliarios
- Servicio de enfermería privado
- Prótesis/equipo médico duradero
- Servicios dentales

- Servicios de optometría
- Anteojos/lentes de contacto
- Servicios de audición
- Servicios de salud mental
- Servicios de podología
- Servicios quiroprácticos

Segundas opiniones

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

Pautas de salud preventiva y Pautas de práctica clínica

Los proveedores están sujetos a las pautas de práctica clínica. Las pautas de práctica clínica son documentos destinados a orientar las decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento de determinadas enfermedades. Puede encontrar detalles sobre las pautas de práctica clínica en los boletines informativos para miembros.

Miembro: puede encontrar más información sobre las Pautas de salud preventiva y la Pautas de práctica clínica actuales en los enlaces [Pautas de salud preventiva](#) y [Pautas de práctica clínica](#). Para obtener una copia impresa comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.



Servicios de la vista

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

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

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

Vea su Directorio de Proveedores de atención médica de Molina en MolinaProviderDirectory.com/NV y MiMolina.com, o llame al (844) 344-8675 para encontrar optometristas que puedan brindarle estos servicios.

Medicamentos cubiertos

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

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

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

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



Sus Beneficios extras

 Sus Beneficios extras



MiMolina.com: Administre su plan de salud en línea

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

Aplicación móvil Mi Molina:

Administre su atención médica cuando quiera y en cualquier lugar. Los miembros pueden iniciar sesión en la aplicación con su identificación de usuario y contraseña de MiMolina para acceder a funciones seguras, como las que se indican a continuación:

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

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

Programas de educación para la salud e Incentivos

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

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

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



Healthy Rewards para embarazadas

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

Transporte

El transporte médico que no sea de emergencia está disponible a través de MTM. Este servicio incluye el transporte de ida y vuelta a citas médicas y de salud conductual, así como a la farmacia para recoger sus recetas. Para pedir transporte médico que no sea de emergencia, comuníquese con MTM llamando al (844) 879-7341 (TTY/TDD: 711).

Llame para programar su transporte. Programe su transporte con, al menos, tres días laborales de antelación.





Administración de casos

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

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

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

Los servicios de administración de cuidados le ayudan a mantenerse saludable y a recibir la atención que necesita. Nuestro equipo colabora con usted, sus médicos y su comunidad para garantizar que cuente con apoyo en su hogar, en la escuela y durante las visitas al hospital. Le ayudamos en aspectos como la planificación de su atención, la búsqueda de recursos y la resolución de problemas que afecten a su salud. Además, algunos miembros del equipo se dedican de forma específica a ayudar a los estudiantes, a las comunidades tribales y a las personas que reciben el alta hospitalaria.

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

Recursos comunitarios

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

- **MolinaHelpFinder.com** promovido por Aunt Bertha. Este servicio es un servicio gratuito y confidencial que le ayudará a encontrar recursos locales. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Programa de Nutrición Suplementario para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) (800) 863-8942

Para solicitar beneficios de valor agregado, visite el portal para miembros, **MiMolina.com** o comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros al **(833) 685-2102**.

Las recompensas saludables son incentivos por realizarse determinados chequeos y exámenes médicos. Las recompensas saludables para los miembros ahora están disponibles en una tarjeta recargable. Es decir, una sola tarjeta para todas sus recompensas saludables. Puede usar su tarjeta en tiendas, en línea, en gasolineras y en muchos otros lugares.

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
Alternativas a los opioides	Llamar al Departamento de Servicios para Miembros.	Miembros mayores de 21 años que sufren de dolor crónico	Los miembros adultos pueden recibir hasta \$150 para servicios de masoterapia
Baby shower anual	Asista a un baby shower de Molina. Para obtener más información o reservar su plaza, llame al (833) 685-2102 o envíe un correo electrónico a NV_GCE_Team@MolinaHealthcare.com .	Miembros que actualmente están embarazadas	\$100 en una tarjeta de débito recargable (solo para miembros). Se puede invitar a dos personas

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
<p>Asma: reciba una funda de almohada y un cobertor de colchón hipoalergénicos. En el caso de niños menores de 18 años a quienes se les haya recetado un inhalador, Molina brindará un segundo inhalador sin costo adicional.</p>	<p>Miembros que completan una llamada de educación sobre salud sobre el asma. Llamar al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	<p>Todos los miembros del programa para el Control del Asma. Segundo inhalador: Tener entre 2 y 18 años</p>	<p>Cobertor de colchón: \$60 Segundo inhalador: sin costo para el miembro. Fundas de almohada: \$20</p>
<p>Boys and Girls Club: Membresía gratuita en Boys and Girls Club del programa extraescolar para niños de entre 6 y 18 años</p>	<p>Comuníquese con su organización Boys and Girls Club local</p>	<p>Edades comprendidas entre 5 y 18 años</p>	<p>De \$20 a \$35 por niño (depende de cada club)</p>
<p>Pases de autobús para determinados servicios sociales, incluidos bancos de alimentos, oficinas del programa de Mujeres, Bebés y Niños (WIC), oficinas de Medicaid, DMV, agencias de protección contra la violencia doméstica, la autoridad de vivienda y entrevistas laborales. Puede traer hasta dos miembros de la familia</p>	<p>Llamar al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	<p>Todos los miembros</p>	<p>Brinda transporte a citas no médicas. Solo dos familiares extras. Límite de un viaje de ida y vuelta al mes</p>

Sus Beneficios extras

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
Teléfono celular de TruConnect con llamadas, mensajes de texto y llamadas internacionales a México, Canadá, China, Vietnam y Corea	Visite TruConnect.com/Molina/NV	Una por hogar.	Cada 12 meses
Completar un formulario de Notificación de embarazo	Solicitarlo en MiMolina.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para elegir uno de los tres paquetes: artículos esenciales para el embarazo, kit de confort para después del parto o kit para aliviar los resfriados.	Miembros que actualmente están embarazadas	una por embarazo
Completar una evaluación anual de las necesidades de salud	Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Todos los miembros	\$25 en una tarjeta de débito recargable
GED	Debe aprobar las pruebas GED y recibir el certificado. Llamar al Departamento de Servicios para Miembros.	Mayores de 18 años	Vales para realizar de forma gratuita las pruebas GED en los centros autorizados. Tarjeta de regalo de \$50 después de aprobar las pruebas

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
Programa de pruebas genéticas: cubrimos ciertas pruebas genéticas que son necesarias para determinar el curso de atención más eficaz en el tratamiento oncológico	Pedir una prueba genética a su proveedor.	Miembros que requieren tratamiento oncológico.	Uno por miembro.
Membresía de gimnasio o equipo de acondicionamiento físico para el hogar	Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	18 años o más	\$100 por año para gimnasios en la red
Evaluación de Healthmap: Healthmap ofrece un programa personalizado de administración de la salud renal (KHM) diseñado para mantener y mejorar su salud. Nuestro equipo de navegación de atención médica trabaja con usted y su médico para ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud.	Realice la evaluación de Healthmap. Llame al (800) 819-5175, para comenzar el programa KHM. Obtenga más información en patients.healthmapsolutions.com	Miembros mayores de 21 años en el programa de Administración de la Salud del Riñón	\$15 en una tarjeta de débito recargable

Sus Beneficios extras

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
Recompensas saludables	Completar una cita anual de control infantil. Pedirla en MiMolina.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.	Tener entre 3 y 20 años	\$100 por año en una tarjeta de débito recargable
	Completar una cita anual de detección preventiva para adultos (limitada a una por año). Pedirla en MiMolina.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.	Más de 21 años	\$75 en una tarjeta de débito recargable
	Completar una cita dental preventiva anual.	Miembros a partir de los 21 años	\$25 en una tarjeta de débito recargable (una por año)
Recompensas saludables (continuación)	Completar una cita posparto entre 7 y 84 días después del nacimiento del bebé. Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Madres primerizas	\$75 por cita en una tarjeta de débito recargable
	Asistir a una cita prenatal durante su primer trimestre o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción. Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Mujeres embarazadas	Asiento elevado gratis
	Asistir a un examen ocular de retina para personas diabéticas anual y someterse a una prueba de laboratorio de HbA1c. Solicítelo en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Entre 18 y 75 años, con diagnóstico de diabetes	\$50 en una tarjeta de débito recargable cada una (máximo anual de \$100)

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
	Asistir a un examen de prevención anual de mamografía. Solicítelo en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Entre 40 y 74 años (mujeres)	\$25 en una tarjeta de débito recargable - Límite de una por miembro al año
	Asistir a hasta seis citas preventivas para niños en un período de 15 meses. Solicítelas en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Entre 0 y 15 meses de edad	\$10/cita en una tarjeta de débito recargable (máximo de \$60 de incentivo).
	Asistir a dos citas preventivas para niños cuando el niño tenga entre 15 y 30 meses de edad. Solicítelas en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Entre 15 y 30 meses de edad	\$75 en una tarjeta de débito recargable
	Asistir a una cita al consultorio para realizarse un examen preventivo de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicoláu). Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Entre 21 y 64 años (mujeres)	\$25 en una tarjeta de débito recargable
Recompensas saludables (continuación)	Realizarse un examen anual preventivo de la clamidia. Requiere la certificación del miembro, la certificación del proveedor o un reclamo. Solicítelo en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Entre 16 y 24 años (mujeres)	\$25 en una tarjeta de débito recargable

Sus Beneficios extras

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
	Realizarse un examen de prevención anual y tratamiento para la sífilis antes del parto. Requiere la certificación del miembro, la certificación del proveedor o un reclamo. Solicítelo en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Entre 16 y 24 años (mujeres)	\$25 en una tarjeta de débito recargable
	Asistir a una cita de seguimiento con un proveedor de salud conductual dentro de los siete días posteriores al alta médica de un paciente internado por enfermedad mental. Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Todos los miembros	\$50 en una tarjeta de débito recargable (una por mes con un máximo de \$600)
	Asistir a una cita de seguimiento dentro de los 7 días posteriores a una visita al servicio de emergencias por una crisis o afección de salud conductual. Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Miembros de 6 años o más	\$50 en una tarjeta de débito recargable (una por mes con un máximo anual de \$600)
	Asistir a una cita de seguimiento dentro de los 7 días posteriores a una visita al servicio de emergencias por trastorno por consumo de sustancias o sobredosis accidental. Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Miembros de 13 años o más	\$50 en una tarjeta de débito recargable (una por mes con un máximo anual de \$600)

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
Aplicación Mirza Childcare	Visite HeyMirza.com/Molina	Miembros que tengan hijos menores de 12 años	

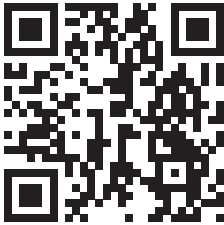
Molina Help Finder, que cuenta con el directorio de servicios comunitarios y el sistema de remisiones de Aunt Bertha: ofrece a los miembros, siempre que lo necesiten, acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, desde nuestro sitio web y aplicación móvil, a miles de recursos comunitarios en todo el estado en las áreas de salud, apoyo económico, educación, recursos de emergencia, apoyo legal, vivienda, oportunidades de empleo, transporte y seguridad alimentaria.

Visite MolinaHelpFinder.com

Todos los miembros

Gratuito: sin costo para los miembros.

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



Sus Beneficios extras

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
Mom's Meals: Los miembros pueden pedir comidas con entrega a domicilio para reforzar sus necesidades nutricionales durante el embarazo o el posparto	Llamar al Departamento de Servicios para Miembros.	Miembros que están embarazadas o durante el primer año posparto.	\$7 por comida 3 veces al día durante una semana (\$147)
Programa para el Control de la Obesidad/ Weight Watchers: los miembros recibirán hasta 13 semanas de servicios digitales del programa Weight Watchers (WW). Kurbo by WW dirigido a niños de entre 8 y 18 años	Visite MiMolina.com para pedir un código o llame al Departamento de Servicios para Miembros para pedir un código. Para más información, visite WeightWatchers.com	Todos los miembros	Valor de \$45 (en formato digital, \$3.30 por semana)
Medicamentos de venta libre, incluidas las pruebas de embarazo	Para más información, visite NationsOTC.com/MolinaNV	Todos los miembros	\$30 por hogar y trimestre, para artículos de venta libre de uso común a través de nuestro programa de pedidos por correo

Programa	Acción del miembro	Poblaciones elegibles	Límite de cantidad/ servicios
Reemplazo de la tarjeta de identificación perdida o el certificado de nacimiento.	Llamar al Departamento de Servicios para Miembros.	Miembros de Medicaid	Varía según el hogar.
Membresía de Sam's Club	Solicítela en MiMolina.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Mayores de 18 años	Una membresía gratuita de Sam's Club por familia
Exploraciones físicas para la escuela o para realizar deporte	Pautar una cita con su proveedor.	Tener entre 6 y 18 años	Una exploración física anual gratuita
Productos para dejar de fumar	Visite NationsOTC.com/MolinaNV	Mayores de 21 años	\$100 por año
Visión: \$100 extras por encima del beneficio estándar por servicios esenciales para la salud y apropiados (como lentes correctivos o de contacto) cada 24 meses	Para más información, visite VSP.com/medicaid y busque un proveedor dentro de la red.	Mayores de 21 años	\$100 cada 2 años

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

Sus Beneficios extras

Usted es importante para Molina, al igual que sus opiniones. ¡Comparta sus opiniones y gane recompensas! También puede recomendar cambios en las políticas y los servicios de Molina.

Conviértase en asesor y gane \$15 en una tarjeta de débito recargable.

Comuníquese con NV_GCE_Team@MolinaHealthcare.com para obtener información sobre cómo participar.

También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 para contarnos sus ideas.

50 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

Su Póliza

Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)

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

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

Además de su PCP, los miembros pueden obtener servicios médicos de prevención para la mujer de un proveedor de salud para la mujer sin autorización previa. No es necesario que obtenga una remisión de su PCP. Los miembros con discapacidades tienen 30 días naturales extras para elegir un PCP.

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

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

Cómo obtener atención especializada y remisiones

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

Para los miembros con necesidades especiales de atención médica identificadas con una evaluación, Molina brinda acceso a especialistas cuando es necesario. Esto puede incluir una remisión permanente para un número aprobado de citas, lo que permite a los miembros acceder de forma directa a especialistas en función de su afección y sus necesidades de atención específicas.

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

52 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

Para los miembros que solicitan atención médica de un especialista que no pertenezca a la red, su PCP o el especialista que esté consultando necesita pedirle a Molina Healthcare la autorización previa de atención o servicios de especialidad. Podrá pedirla a través del portal Availity. Esta solicitud de autorización previa debe presentarse antes de que se realice cualquier tratamiento o estudio. Si Molina Healthcare rechaza una solicitud de atención especializada, le enviaremos una carta a usted y al proveedor solicitante. Usted o su PCP pueden apelar la decisión. Si su PCP o Molina Healthcare lo(a) remite a un proveedor fuera de nuestra red, usted no será responsable de pagar ningún costo. Molina Healthcare pagará por estos servicios.

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

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

¿Qué es una emergencia?

Una emergencia se debe atender con la mayor celeridad. No necesita aprobación en caso de visita a la sala de emergencias. Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Puede ir a una sala de emergencias o a otro centro que no sea parte de la red de Molina. Puede recibir atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si

tiene una afección médica que requiere atención de emergencia, no es responsable del pago de los exámenes y tratamientos necesarios para diagnosticar su afección o estabilizarlo(a). El médico de la sala de emergencias que lo(a) atienda decidirá cuándo puede ser transferido(a) o dado(a) de alta. Si el proveedor de la sala de emergencias indica que no tiene que quedarse, pero aun así decide hacerlo, deberá pagar por el servicio.

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

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

¿Qué es la posestabilización?

Son los servicios que recibe después de la atención en la ER. Estos servicios mantienen estable su afección. No necesita una autorización previa para recibir estos

servicios. Luego de su visita a la ER, debe hablar con su proveedor lo antes posible. Su proveedor le ayudará a recibir el cuidado de seguimiento que necesita. Se requiere autorización previa si los servicios son prestados por un proveedor fuera de la red. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda.

¿Cuándo termina el pago por servicios de poestabilización no autorizados?

Cuándo

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

Medicamentos cubiertos

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

- Hay un medicamento genérico disponible
- Es posible que haya otro medicamento preferido disponible
- El medicamento se puede usar mal o se puede abusar de su uso
- El medicamento está enumerado en el formulario, pero no está en la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL)
- Se deben probar otros medicamentos primero

Algunos medicamentos también pueden tener límites de cantidad y algunos medicamentos no tienen cobertura en ningún caso. Entre los medicamentos que nunca están cubiertos están los siguientes:

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

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

Recuerde surtir sus medicamentos antes de salir del estado.

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

La PDL puede cambiar. Es importante que usted y su proveedor revisen la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) Universal de la División de Nevada Medicaid cuando tenga que surtir o renovar un medicamento. Puede encontrar un enlace a la PDL

Universal de la División de Nevada Medicaid en [MolinaHealthcare.com/NV](https://www.molinahealthcare.com/NV). Puede encontrar una farmacia de Medicaid en nuestro sitio web [MolinaProviderDirectory.com/NV](https://www.molinahealthcare.com/ProviderDirectory/NV) o llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Acceso a la salud conductual

Si lo(a) remiten para realizarse una evaluación de salud mental grave (Serious Mental Health, SMH) o es el padre/tutor de un Miembro menor de edad que remitieron para someterse a una evaluación por un trastorno emocional grave (Serious Emotional Disturbance, SED), su proveedor le informará con detalle el motivo por el que es necesaria la evaluación. Si el miembro es menor de edad, el padre/la madre/el tutor del Miembro debe otorgar la autorización para llevar a cabo las pruebas.

Molina puede ayudarle a recibir los servicios de salud conductual que usted y su familia necesitan. Debe acudir a un proveedor que sea parte de nuestra red de salud conductual, a menos que sea una emergencia. Sus beneficios cubren servicios para pacientes internados, ambulatorios y visitas a proveedores. No necesita una remisión para ver a un proveedor. Puede elegir o cambiar de proveedor de salud conductual o administrador de cuidados cuando quiera.

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

¿Qué hacer si tiene algún problema?

Puede estar sintiendo los siguientes síntomas:

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

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

Servicios de emergencia de salud conductual

Una emergencia de salud conductual es una afección de salud mental que puede causar un daño extremo al cuerpo o provocar la muerte. Algunos ejemplos de estas emergencias son: intento de suicidio, representar un peligro para uno(a) mismo(a) o para los demás, causarse tanto daño funcional que la persona no puede llevar a cabo las tareas de la vida diaria o causarse daño funcional que es probable que provoque la muerte o un daño grave al cuerpo.

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

Si tiene una emergencia de salud conductual y no

Su Póliza

puede acudir a un proveedor aprobado, haga lo que se indica a continuación:

- Acuda al hospital o al centro médico más cercano.
- Llame al número que está en su tarjeta de identificación.
- Llame a su proveedor y realice un seguimiento en un plazo de 24 a 48 horas.

Para recibir atención de emergencia fuera del área, el plan lo(a) transferirá a un proveedor que forme parte de un grupo o red de proveedores de salud conductual aprobados. Haremos esto únicamente cuando se encuentre bien.

Si lo(a) remiten para realizarse una evaluación de salud mental grave (Serious Mental Health, SMH) o es el padre/tutor de un Miembro menor de edad que remitieron para someterse a una evaluación por un trastorno emocional grave (Serious Emotional Disturbance, SED), su proveedor le informará con detalle el motivo por el que es necesaria la evaluación. Si el miembro es menor de edad, el padre/la madre/el tutor del miembro debe otorgar la autorización para llevar a cabo las pruebas.

Servicios de salud mental y/o abuso de sustancias

Si necesita servicios de salud mental o contra el abuso de sustancias, llame a la Línea de Consejos de Enfermería al (833) 685-2104 (TTY/TDD: 711 las personas con discapacidad auditiva) para recibir

información. O puede autoremitirse directamente forma directa a un centro comunitario de salud mental o centro de tratamiento certificado por el estado. También puede consultar el Directorio de Proveedores en línea en [MolinaProviderDirectory.com/NV](https://www.MolinaProviderDirectory.com/NV), visitar el portal para miembros en [MiMolina.com](https://www.MiMolina.com) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para encontrar los nombres y números de teléfono de los centros cercanos.

Cómo acceder a los servicios hospitalarios

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Debe tener una autorización previa para acceder a los servicios hospitalarios, excepto en caso de servicios de atención médica urgente o de emergencia.

Utilice el Directorio de Proveedores para conocer las direcciones de todas las salas de emergencia y los centros de cuidado urgente. Puede hacerlo con la aplicación móvil MiMolina o en su computadora de escritorio. También puede pedir una versión impresa del directorio llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Sin embargo, si usted obtiene servicios en un hospital o si es admitido(a) en el hospital para recibir servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente fuera del área, se cubrirá su hospitalización. Esto ocurre incluso si no tiene una autorización previa.

Servicios médicos/quirúrgicos

Cuando los servicios se prestan de manera general y habitual en hospitales generales de atención aguda o centros de rehabilitación dentro de nuestra área

de servicio, cubrimos los siguientes servicios para pacientes internados en un hospital o centro de rehabilitación de un proveedor participante:

- Habitación y comidas, incluso una habitación privada si es esencial para la salud
- Atención especializada y unidades de atención crítica.
- Atención general y especializada de enfermería.
- Quirófano y habitación de recuperación.
- Servicios de médicos proveedores participantes, que incluyen citas y tratamientos por parte de especialistas.
- Anestesia.
- Los medicamentos recetados, de acuerdo con las pautas de Medicamentos Universales Preferidos (para medicamentos de alta que recibe al salir de un hospital, vea “Medicamentos y Fármacos Recetados”).
- Materiales radiactivos usados con fines terapéuticos.
- Equipo médico duradero y suministros médicos.
- Diagnóstico por imágenes, análisis de laboratorio y procedimientos especiales, incluidos IRM, TC y PET e imágenes de ultrasonido.
- Mastectomías (extracción de la mama) y disecciones de los ganglios linfáticos.
- Hemoderivados, sangre y su almacenamiento y administración (incluidos los servicios y suministros de un banco de sangre).
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (incluido el tratamiento en un programa de rehabilitación organizado y multidisciplinario).
- Terapia respiratoria.
- Servicios sociales médicos y planificación del alta.

¿Cómo paga Molina a los proveedores por su atención?

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

A algunos proveedores se les pueden ofrecer recompensas por brindar una excelente atención médica preventiva y controlar el uso de los servicios hospitalarios. Molina Healthcare no recompensa a proveedores ni empleados por negar servicios o coberturas médicas. Molina Healthcare tampoco brinda beneficios extras a los proveedores para que le brinden menos atención médica. Para más información sobre cómo se les paga a los proveedores, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Pagos y facturación

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

Su Póliza

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

Primas de Nevada Check Up

Una prima es un pago trimestral que usted efectúa por la cobertura para atención médica de su hijo(a). Solo los miembros de Nevada Check Up pagan primas. Los Indígenas Americanos y los Nativos de Alaska no pagan primas.

Recuerde que si tiene una prima trimestral y no la paga, se cancelará la inscripción de su hijo(a). Esta prima se aplicará a su costo compartido familiar. Su costo compartido familiar se calcula en base a su ingreso familiar total. Para más información sobre las primas, llame al programa Nevada Check Up al (775) 684-3777 o al número de teléfono gratuito (800) 992-0900. También puede visitar la División de Servicios Sociales en dss.nv.gov/Medical/NCUMAIN/.

Novedades

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

- Servicios médicos
- Servicios de salud mental

- Medicamentos
- Equipos

Elegibilidad e inscripción

Llame a la División de Servicios Sociales de Nevada para obtener información sobre la elegibilidad. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. El número de teléfono es (800) 992-0900, (TTY: 711).

Período de inscripción

Si usted es un miembro obligatorio que necesita inscribirse en un plan, una vez que se haya inscrito en Molina Healthcare o que el estado lo(a) inscriba en un plan, puede cambiar de plan dentro de los primeros 90 días desde la fecha de inscripción en el plan. Después de esos 90 días, si sigue siendo elegible para Medicaid, puede inscribirse en el plan durante los siguientes nueve meses. Esto se llama “bloqueo”.

Inscripción abierta

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

Si cambia de plan durante el período de inscripción abierta, el cambio entrará en vigor el 1 de enero del año siguiente. Cualquier miembro que haya cambiado de plan durante el período de inscripción abierta tendrá la opción de elegir otro plan en los primeros 90 días si no está conforme.

No tiene que cambiar de plan de salud. Una vez

58 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

que haya realizado su selección definitiva, quedará vinculado(a) a ese plan de salud hasta el siguiente período de inscripción abierta.

Cancelación de inscripción

Los miembros pueden cambiar su selección de plan:

- Por lo menos una vez cada 12 meses a partir de entonces.
- Después de la renovación de inscripción automática de un miembro que canceló la inscripción solo porque él o ella pierde la elegibilidad de Medicaid por un período igual o inferior a dos meses, si la pérdida temporal de la elegibilidad de Medicaid provocó que el miembro perdiera la oportunidad de realizar la cancelación de inscripción anual.
- Cuando el estado impone la sanción intermedia que se solicitó en la Sección 438.702(a)(4), que corresponde a la suspensión de toda nueva inscripción, incluida la inscripción por defecto en un plan tras la violación de cualquier requisito de la ley.
- Dentro de los primeros noventa (90) días de la inscripción y, después, durante los períodos de inscripción abierta: la cancelación voluntaria de la inscripción no prohíbe a los miembros presentar una queja ante Molina Healthcare por incidentes durante el tiempo en que contaban con cobertura de Molina.

Cancelación de inscripción con causa

Puede pedir cancelar su inscripción en el plan si:

- Se muda fuera del área de servicio de la MCO. Para calificar, debe actualizar su dirección.

Puede hacerlo en línea (NevadaMedicaid.nv.gov/UpdateMyaddress/ or AccessNevada.nv.gov), por correo electrónico Welfare@dss.nv.gov o por teléfono al (702) 486-1646 o al (775) 684-7200.

- La MCO no cubre, debido a objeciones morales o religiosas, el servicio que usted busca.
- No puede recibir servicios relacionados de forma simultánea en la red, pero su proveedor indica que podría no ser seguro recibirlos por separado.
- Otras razones pueden incluir una atención de baja calidad, la falta de acceso a los servicios contratados cubiertos o la ausencia de proveedores que comprendan sus necesidades.

Para pedir la cancelación de su inscripción, usted (o su representante) debe presentar una solicitud oral o por escrito a Molina. Si Molina recibe una solicitud de cancelación de inscripción de un miembro, Molina enviará la solicitud a la NVHA usando el Formulario de cancelación de inscripción que está en el Anexo L del contrato: Formulario de cancelación de inscripción.

Cancelación de inscripción involuntaria

Debe cancelar su inscripción en Molina Healthcare si:

- Ya no reside en el estado de Nevada o en los condados de Clark o Washoe.
- Falleció,
- Ya no reúne los requisitos para recibir asistencia médica bajo una de las categorías de elegibilidad de Medicaid en la población elegible.

Su Póliza

- Residió en un hogar de ancianos durante más de 180 días. A fin de determinar los requisitos de elegibilidad para Nevada Medicaid, los centros residenciales para tratamientos psiquiátricos (Psychiatric Residential Treatment Facilities, PRTF) y el centro de atención intermedia para individuos con discapacidad intelectual (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities, ICF/IID) no se considerarán un centro de cuidados a largo plazo.
- Se inscribe en un programa de exención.
- Se convierte en una persona elegible para recibir la cobertura de Medicare.

Si tiene un cambio de vida importante, llame a la División de Servicios Sociales de Nevada al: (800) 992-0900 o visite su sitio web [AccessNevada.NV.gov](https://www.accessnevada.nv.gov).

Molina puede solicitar cancelar la inscripción de un miembro en los siguientes casos:

- Si la continuidad de la inscripción de un miembro perjudica de forma grave la capacidad de la MCO para prestar servicios a ese miembro en particular o a otros miembros;
- El miembro trasladó su residencia fuera del área de servicio de la MCO;

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

Molina puede solicitar cancelar la inscripción en las siguientes situaciones:

- Un cambio adverso en el estado de salud del miembro;
- Una afección médica preexistente;
- La utilización de servicios médicos por parte del miembro;
- Diminución de la capacidad mental;
- Conducta poco cooperativa o perturbadora como resultado de sus necesidades especiales (excepto cuando su permanencia en la MCO perjudique de gravedad la capacidad de la entidad para prestar servicios a este miembro en particular o a otros miembros);
- El intento de un miembro de ejercer sus derechos de queja o apelación; o
- por origen nacional, credo, color de piel, sexo, religión y edad del miembro.

Transición de la atención médica

Molina se compromete a brindar los mejores resultados de salud a nuestros miembros y brindará servicios de transición de la atención médica. Si se ha inscrito hace poco en Molina Healthcare, es posible que pueda conservar sus médicos y servicios durante un período de tiempo a partir de la fecha de inscripción.

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

60 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

Molina Healthcare le ayudará a elegir nuevos médicos y a obtener servicios en nuestra red. Su médico puede llamar a Servicios para proveedores si desea formar parte de nuestra red.

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

Renovación de beneficios

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

Reintegración (Renovación de la membresía de Molina)

Si pierde la elegibilidad para Medicaid, pero la recupera en un plazo de sesenta (60) días, Molina seguirá siendo su plan de salud. Molina le asignará su PCP anterior, siempre y cuando este aún siga perteneciendo a la red de Molina. Si desea un nuevo PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102, (TTY/TDD: 711).

Si desea cambiar su plan de salud, debe hablar con la oficina del distrito de Medicaid en el Sur de Nevada llamando al (702) 668-4200, en el Norte de Nevada al (775) 687-1900, línea gratuita al (800) 992-0900, o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102. Puede llamarlos al (800) 992-0900 (TTY: 711). Queremos que se sienta conforme con su plan de salud. Cuéntenos por qué no está satisfecho(a) con nosotros. Eso nos ayudará a mejorar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711), e indíqueles la razón.

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

Molina Healthcare protege su derecho a la continuidad de la atención (Continuity of Care, COC) y el acceso a la atención de todos sus miembros. Molina Healthcare garantiza que muchos proveedores y servicios de tratamiento actuales, así como el acceso a la atención de los miembros,

se mantendrán con los proveedores existentes para los miembros que, en la actualidad, reciban tratamientos y servicios autorizados previamente aprobados en el momento de la inscripción y que se encuentren dentro de las directrices de continuidad de la atención. Es su responsabilidad informar sobre cualquier atención continua que corresponda a su plan de atención en el momento de la inscripción. Tiene derecho a seguir el tratamiento durante una transición.

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

Otros seguros

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

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

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

No discriminación

Molina Healthcare no discriminará por raza,

color, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, nacionalidad de origen, condición de veterano, ascendencia, estado de salud o necesidad de servicios médicos en el momento que deba recibirlos. Si cree que fue tratado(a) de forma injusta, llame al Coordinador de Derechos Civiles.

Quejas y apelaciones

Presentar una queja o una apelación

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

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

Para obtener instrucciones sobre cómo presentar una queja, vea la página 63.

Puede presentar documentos sobre su caso, en persona o por escrito. Si necesita llevar sus evidencias en persona, el servicio de transporte que no es de emergencia está disponible a través del proveedor de transporte del Estado, MTM. Puede hablar con MTM llamando al 1-844-879-7341.

A fin de que el proceso sea justo, los casos no los analizará la misma persona que tomó la primera decisión. Nuestro personal médico analiza todos los casos relacionados con los servicios médicos. Conservamos expedientes de todos sus casos y hay copias disponibles sin costo. Su expediente puede incluir lo siguiente:

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

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

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros
- Visite [MolinaHealthcare.com/NV](https://www.MolinaHealthcare.com/NV)
- Escriba una carta contándonos por qué no está contento(a) con nuestro servicio. Asegúrese de incluir en la carta su nombre y apellido, el número ubicado al frente de su tarjeta de identificación de beneficiario de Molina Healthcare, su dirección

Para obtener instrucciones sobre cómo presentar una queja, vea la página 64.

y su número telefónico para que podamos hablar con usted. También puede enviar toda información que ayude a explicar su problema. Envíe su carta por correo a la siguiente dirección: Molina Healthcare of Nevada, Inc. Attention: Grievance & Appeals PO Box 182273 Chattanooga, TN 37422 Número de fax: (833) 412-3145

Correo electrónico:

Quejas de los miembros: NV_Member_Grievance@MolinaHealthcare.com

Apelaciones de los miembros: **NV_Member_Appeals@MolinaHealthCare.com**

Si necesita una copia del Formulario de quejas/apelaciones de Molina, puede hablar con el Departamento de Servicios para Miembros o visitar nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/NV/MaterialsandForms](https://www.MolinaHealthcare.com/NV/MaterialsandForms) en la sección Formularios y materiales para miembros.

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

- Su nombre y apellido.
- Su firma.
- La fecha.
- Su número de identificación del miembro, que podrá encontrar al frente de su tarjeta de identificación de miembro de Molina.
- Su dirección y número de teléfono.

Su Póliza

- El nombre y número de teléfono de su PCP.
- Una descripción del problema.
- Cualquier registro relacionado con su solicitud.

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

Quejas

Usted o un proveedor que actúe en su nombre, o bien un representante autorizado, pueden presentar una queja por teléfono o por escrito cuando quiera. En el caso de que un proveedor presente una queja en su nombre, el proveedor primero debe obtener su permiso por escrito. Una queja es una expresión de insatisfacción, sin importar de si se denomina “queja” recibida por Molina de forma verbal o por escrito sobre cualquier asunto o aspecto de Molina o su operación, que no sea una determinación adversa de beneficios.

Los siguientes son algunos ejemplos de quejas y reclamos:

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

64 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

- Molina extendió el plazo para resolver una queja o reclamo.

Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su queja dentro de los cinco (5) días naturales de haberla recibido. Podemos hablar con su proveedor o recibir ayuda de otros departamentos de Molina para investigar su queja. Recibirá una carta con el resultado de su queja tan pronto como su afección de salud lo requiera, pero no después de los 45 días naturales de haber recibido su queja.

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

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

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

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

Apelaciones

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

- Para un residente de una zona rural con un solo proveedor, la denegación de la solicitud de un miembro para ejercer su derecho a obtener servicios fuera de la red (el área geográfica de servicio de este programa no incluye las zonas rurales).
- Limitación o negación de prestar servicios.
- Reducción de servicios.
- Suspensión de servicios.
- Terminación de servicios.
- Rechazo de pagos de servicios.
- No ofrecer servicios de manera oportuna.
- No resolver apelaciones y quejas dentro de los plazos dispuestos.
- Denegación de una solicitud para disputar una responsabilidad financiera, incluidos costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coseguros y otras responsabilidades financieras del miembro.

- Si corresponde, decisiones que toman los centros de cuidado experto y centros de enfermería de transferir o dar de alta a residentes y las determinaciones adversas tomadas por el estado en relación con la evaluación previa a la internación y los requisitos anuales de revisión del residente.

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

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

Puede pedir hasta catorce (14) días naturales extras para resolver su apelación. Además, Molina puede tomarse hasta catorce (14) días naturales extras si necesitamos más información sobre su apelación. Usted recibirá una llamada y una carta dentro de los dos (2) días naturales de haber extendido la fecha. La carta incluirá el motivo de la extensión del plazo y en qué lo favorece a usted. Tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo.

Su Póliza

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

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

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

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

El Plan incluirá, como partes de la apelación, a usted y a su representante o al representante legal de la sucesión de un miembro fallecido.

Apelaciones aceleradas

Usted, su proveedor o su representante autorizado

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

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

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

66 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

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

Tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la decisión de extender el plazo.

Usted podrá pedir cuando quiera una copia de su expediente, su historia clínica o cualquier material sin costo alguno.

El Plan incluirá, como partes de la apelación, a usted y a su representante o al representante legal de la sucesión de un miembro fallecido.

Continuación de sus beneficios durante el proceso de apelación

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

- Su solicitud para seguir con los beneficios se envía al plan de salud en la fecha a continuación, o el día anterior, cualquiera sea posterior:
 - En un plazo de diez (10) días naturales desde que el plan de salud envía por correo el Aviso de determinación adversa de beneficios.
 - Determinación; o la fecha de vigencia prevista de la determinación adversa de beneficios propuesta por el plan de salud.

- Usted presenta la solicitud de apelación dentro de los sesenta (60) días naturales posteriores a la fecha del aviso de determinación adversa de beneficios.
- La apelación implica la finalización, suspensión o reducción de un curso de tratamiento previamente autorizado.
- Un proveedor autorizado solicitó los servicios.
- Los períodos originales cubiertos por la autorización original no han caducado.
- Usted solicita una extensión de los beneficios. Es posible que tenga que pagar por esos servicios si se mantiene la denegación.

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

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

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

Su Póliza

- Usted retira la apelación;
- Han transcurrido diez (10) días naturales de la fecha del aviso de la resolución de apelación y usted no ha solicitado una Audiencia imparcial estatal de Medicaid;
- La División de Medicaid toma una decisión adversa para usted en una Audiencia imparcial estatal, o
- Caduca el período o los límites de servicio de servicios previamente autorizados.

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

Molina Healthcare of Nevada, Inc.
Attention: Grievance & Appeals
Molina Healthcare Inc.
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422
Número de fax: (833) 412-3145

Correo electrónico de quejas de los miembros:
NV_Member_Grievance@MolinaHealthcare.com

Apelaciones de los miembros:
NV_Member_Appeals@MolinaHealthcare.com

Si la decisión final de la apelación no le es favorable, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

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

68 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

Audiencia imparcial estatal

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

Debe completar su apelación de nivel de plan antes de solicitar una Audiencia imparcial estatal ante la División de Audiencias de Nevada Medicaid. Puede solicitar una Audiencia imparcial estatal enviando su solicitud por escrito a:

Nevada Medicaid Central Office

Preguntas sobre la política estatal y solicitudes de Audiencia imparcial

Dirección postal:

9850 Double R Blvd., Suite 200

Reno, NV 89521.

Teléfono: (775) 684-3604

Fax: (775) 684-3610

Correo electrónico: MedicaidHearings@nvha.nv.gov

También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Molina y pedir ayuda con una solicitud de Audiencia imparcial estatal. La Unidad de Audiencias de Nevada Medicaid le informará por escrito cuando haya recibido su solicitud de Audiencia imparcial estatal. También le informarán por escrito sobre la decisión de la Audiencia imparcial estatal.

Cuando su apelación se refiera a servicios que estaba recibiendo, pero que han terminado o se han reducido, podrá seguir recibiendo los servicios durante la Audiencia imparcial estatal. Si sigue recibiendo los servicios, no habrá ningún cambio en la prestación de servicios hasta que se tome una decisión definitiva en la Audiencia imparcial estatal. Asegúrese de informarnos si desea que sigamos brindándole nuestros servicios.

Si continúa recibiendo los servicios y estos siguen siendo denegados después de una Audiencia imparcial estatal, es posible que le pidamos que pague el costo de dichos servicios. No le retiraremos sus beneficios de Medicaid. No podemos pedirle a su familia ni a su representante legal que paguen los servicios.

Molina cumplirá con los términos de la decisión de la Audiencia imparcial estatal emitida por la Unidad de Audiencias de Nevada Medicaid. La decisión de la Unidad de Audiencias de Nevada Medicaid en estos asuntos será definitiva. Si la decisión de la Audiencia imparcial estatal revoca una Determinación adversa de beneficios emitida por Molina, Molina pagará todos los costos asociados con la audiencia.

El Plan incluirá, como partes de la apelación, a usted y a su representante o al representante legal de la sucesión de un miembro fallecido.

Derechos y responsabilidades del miembro

¿Sabía usted que, como miembro de Molina Healthcare, tiene ciertos derechos y responsabilidades? Conocer sus derechos y

responsabilidades le ayudará a usted, a su familia, a su proveedor y a Molina Healthcare a garantizar que reciba los servicios y la atención cubiertos que necesita. Estos derechos y responsabilidades están publicados en los consultorios de los proveedores. También están publicados en [MolinaHealthcare.com/NV](https://www.molinahealthcare.com/NV). Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado(a) con respeto y reconocimiento de su dignidad y su necesidad de privacidad;
- Recibir información sobre el Contratista, sus servicios, los profesionales que prestan atención y los derechos y responsabilidades de los miembros, de conformidad con el Título 42, Sección 438.10 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR);
- Poder elegir a los proveedores médicos de atención primaria, incluidos especialistas como su PCP si el miembro padece una afección crónica, dentro de los límites de la red, incluido el derecho a rechazar la atención de proveedores médicos específicos;
- Participar en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar tratamiento;
- Buscar la resolución de quejas y apelaciones sobre el contratista o la atención prestada;
- Formular directivas anticipadas;
- Tener acceso a sus registros médicos de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables y pedir que se modifiquen o corrijan según se especifica en la Parte 164 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR);

Su Póliza

- Garantizar el derecho del miembro a no ser sometido(a) a ninguna forma de restricción o aislamiento usados como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia;
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de manera adecuada a la condición y capacidad de comprensión del miembro; y
- Garantizar que el miembro sea libre de ejercer sus derechos sin que el contratista o el proveedor de la red le traten de manera desfavorable.

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

Se le enviará por correo en un plazo de 5 días laborables.

Sus responsabilidades

- Brindar al proveedor de servicios médicos, según su leal saber y entender, información precisa y completa sobre sus dolencias actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Pagar el costo de los servicios no autorizados obtenidos de proveedores no participantes.
- Informar al proveedor de atención médica sobre cualquier cambio inesperado en su estado de salud.

- Informar al proveedor de atención médica si comprende el curso de acción previsto y lo que se espera de usted.
- Seguir el plan de atención que ha acordado con su proveedor.
- Llegar a tiempo a las citas.
- Acudir a las citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, notificarlo al proveedor de atención médica o al centro de salud.
- Asegurarse de que las obligaciones financieras de su atención médica, si las hubiera, se cumplan lo antes posible.
- Seguir las normas y reglamentos del centro de salud que afectan a la atención y la conducta de los pacientes.
- Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados en la medida de lo posible.
- Dar información veraz y precisa al solicitar Medicaid (será responsable de reembolsar los pagos de la prima de capitación si su inscripción se cancela por no brindar información veraz o precisa).
- Formular instrucciones anticipadas y esperar que dichas instrucciones se lleven a cabo.
- Denunciar el fraude y el abuso cuando esté al tanto.

Directivas anticipadas o testamento vital

Los menores emancipados y los miembros mayores

70 | (833) 685-2102 (TTY/TDD: 711)

de 18 años tienen derecho a tomar decisiones sobre su salud. Usted tiene derecho a recibir o no recibir atención médica. Puede hacerlo cuando quiera. Este formulario se denomina directiva anticipada o testamento vital. Este formulario permite a su familia y a su proveedor saber qué tipo de atención desea o no desea recibir. También indica cuándo se debe suspender la atención que prolongaría su vida en caso de una enfermedad grave.

Una directiva anticipada es una declaración escrita por usted en la que indica cómo desea que se tomen las decisiones médicas si no es capaz de decidir por sí mismo(a). Existen varios tipos de directivas anticipadas:

Testamento vital o declaración: un testamento vital le informa a sus proveedores de atención médica y a su familia sobre el tipo de acciones que usted desea y no desea para mantener su vida en caso de que sufra una enfermedad terminal o una afección irreversible. Un testamento vital solo se aplica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo(a); hasta entonces, podrá decidir qué tratamientos desea recibir y cuáles no.

Poder notarial duradero para atención médica: un poder notarial duradero para atención médica le permitirá elegir a una persona para que tome decisiones por usted cuando no pueda tomarlas usted mismo(a). También puede incluir información sobre cualquier tratamiento que desee o no desee recibir. Pregunte a su PCP o a su especialista sobre estos formularios.

Puede tener un testamento vital o un poder notarial duradero para atención médica, o puede tener ambos documentos. Un testamento vital es su declaración personal sobre los tipos de tratamiento para mantener la vida que desea recibir si no puede comunicar sus deseos. Un poder notarial duradero para atención médica cubre más que un testamento vital. Aborda cualquier decisión médica, no solo las relacionadas con tratamientos para prolongar la vida.

- Pida a su PCP un formulario de testamento vital o llame al Departamento de Servicios para Miembros para recibir uno.
- Complete el formulario.
- Lleve o envíe por correo el formulario completado a su PCP o especialista; así, su PCP o especialista sabrá qué tipo de atención desea recibir.

Puede cambiar de opinión cuando quiera después de haber firmado un testamento vital:

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

Su PCP le pedirá que firme el Reconocimiento de la información del paciente sobre directivas anticipadas. Su formulario firmado, junto con su directiva anticipada, se conservará en su historia clínica.

Derechos de los miembros con una directiva anticipada

Usted tiene:

- El derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico y a formular directivas anticipadas; y
- El derecho a ejecutar una directiva anticipada, incluido el requisito de que el proveedor de la red presente una declaración de cualquier limitación en caso de que el proveedor de la red no pueda aplicar una directiva anticipada por motivos de conciencia. (Como mínimo, la declaración de limitación del proveedor de la red, si la hay, debe aclarar cualquier diferencia entre las objeciones de toda la institución y las que puedan plantear los proveedores de la red de la persona; identificar la autoridad legal del estado de conformidad con la Sección 449.628 de las Leyes Revisadas de Nevada (NRS) que permite cada objetivo; y describir la gama de afecciones médicas o procedimientos afectados por la objeción de conciencia).

Debe informar a su proveedor de red que documente en su expediente médico si ha firmado una directiva anticipada. El proveedor no debe basar su atención ni discriminarlo(a) por el hecho de haber firmado o no una directiva anticipada.

Si tiene alguna queja sobre los requisitos de las directivas anticipadas, puede presentarla ante la agencia estatal correspondiente que regula a Molina. Molina Healthcare indicará los cambios

en la legislación estatal en esta información lo antes posible, pero a más tardar noventa (90) días naturales después de la fecha de entrada en vigencia del cambio. En el sitio web del Estado se pueden consultar ejemplos de políticas, procedimientos y formularios de directivas anticipadas, así como información para los pacientes sobre la legislación de Nevada: dhcfp.nv.gov/Resources/PI/AdvanceDirectives/. Molina Healthcare le notificará una vez al año que esta información está disponible en el manual del miembro.

Derecho a objetar

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

Objeción individual e institucional

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

Una objeción institucional se produce cuando toda una institución, como un hospital o un sistema de salud, no cumple con su directiva anticipada por motivos de conciencia (creencias). La variedad de afecciones médicas que pueden ser objetadas por los proveedores particulares e institucionales podría diferir de un proveedor a otro. Asegúrese de

preguntar a su PCP y a otros proveedores si tienen objeciones a las solicitudes que ha incluido en su directiva anticipada.

Si su PCP u otro proveedor se oponen a la solicitud de atención que usted hace en sus directivas anticipadas, tiene derecho a elegir otro PCP o proveedor que respete su solicitud. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 685-2102 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. para obtener ayuda.

Fraude y abuso

El Plan de fraude y abuso de Molina Healthcare beneficia a Molina, sus empleados, miembros, proveedores, pagadores y reguladores mediante el aumento de la eficacia, la reducción del despilfarro y la mejora de la calidad de los servicios. Molina Healthcare toma en serio la prevención, la detección y la investigación del fraude y el abuso, y cumple con las leyes estatales y federales. Molina Healthcare investiga todos los casos de sospecha de fraude y abuso, y los informa con la mayor brevedad a los organismos gubernamentales, de ser apropiado. Molina Healthcare toma las medidas disciplinarias apropiadas, como el cese del empleo, el cese de la condición de proveedor o la finalización de la membresía, entre otras.

Puede informar un fraude, un despilfarro o un abuso potencial sin indicarnos su nombre.

Para informar una sospecha de fraude a Medicaid, comuníquese con Molina Healthcare AlertLine: Número de teléfono gratuito (866) 606-3889

O bien,

Complete el formulario de notificación en línea en: MolinaHealthcare.alertline.com

Envíe por correo postal a:

Molina Healthcare, Inc.

Attention: Special Investigations Unit

P.O. Box 22625, Beach, CA 90802

Definiciones:

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

“Fraude” es el engaño o la tergiversación intencional que realiza una persona a sabiendas de que el engaño podría generar un beneficio no autorizado para esa o alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituya un fraude según la legislación federal o estatal. (Sección 455.2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]).

A continuación, encontrará algunos medios para detener un fraude:

- No le entregue su tarjeta de identificación de

Su Póliza

Molina Healthcare, su tarjeta de identificación médica ni el número de identificación a ninguna persona que no sea un proveedor de atención médica, una clínica u hospital, y solo cuando recibe atención médica.

- Nunca le preste a nadie su tarjeta de identificación de Molina Healthcare.
- Jamás firme un formulario de seguro en blanco.
- Tenga cuidado al entregar su número del seguro social.

Privacidad de los miembros

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

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

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

Lo que precede es solo un resumen. Nuestra Notificación de las Normas de Privacidad contiene más información acerca de cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Podrá encontrar nuestra

Notificación de las Normas de Privacidad en nuestro sitio web: MolinaHealthcare.com/NV.

Terminología estándar y definiciones importantes para miembros

Apelación: una manera de cuestionar nuestra acción, si usted cree que cometimos un error. Usted puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura.

Copago: pago que usted efectúa para recibir atención médica.

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

Afección médica de emergencia: es una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) de manera que una persona común prudente que tiene un conocimiento promedio de la medicina y la salud, podría esperar de forma razonable que la ausencia de atención médica inmediata resulte en lo siguiente:

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

incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

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

Cuidado ambulatorio en hospital: cuidado o tratamiento que no requiere una estadía nocturna en un hospital.

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

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

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

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

Plan: plan se refiere a una organización de atención médica administrada que ofrece servicios médicos a sus miembros.

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

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

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

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

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

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

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

Proveedor de atención primaria (PCP)

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

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

Servicios y dispositivos de rehabilitación:

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

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

- Realizar pruebas a fin de determinar la base para actuar o la necesidad de acción.
- Monitorear el equilibrio de líquidos y electrolitos.
- Aspirar las vías respiratorias.
- Cuidado del catéter venoso central.
- Ventilación mecánica.
- Cuidados de traqueotomía.

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

Cuidado urgente: cuidado que se brinda cuando necesita ver a un doctor y su doctor no puede atenderlo(a) o el consultorio está cerrado. Se necesita atención por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que requiere tratamiento inmediato.

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

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

Servicios de emergencia: servicios ambulatorios y de hospitalización cubiertos que son los que se mencionan a continuación:

- Brindados por un proveedor calificado para prestar estos servicios según el Título 42.
- Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

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

Queja: un reclamo que usted presenta acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de su atención médica.

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

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

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

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



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

Mayo de 2026

34723HBMDNVEN
260525