



Su Manual para miembros

MANCOMUNIDAD DE VIRGINIA

Medicaid

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



¡Bienvenido! Gracias por ser miembro de Molina Healthcare.

En Molina Healthcare of Virginia, creemos que cada miembro merece atención médica de buena calidad. Estamos a su disposición. Y hoy, como siempre, lo tratamos como un miembro de la familia.

Para acceder a las herramientas y los recursos que le ayudarán a aprovechar sus beneficios, regístrese en el [Portal para miembros MyMolina](#) y descargue la [aplicación móvil](#) para acceder a estos beneficios vaya a donde vaya. Escanee los códigos QR a continuación para comenzar.

Portal para miembros



Aplicación móvil



¿Necesita una copia impresa de este manual o una copia de su tarjeta de identificación de miembro? Las herramientas de autogestión le ayudarán a acceder a la información que necesita más rápido. Los planes Medicaid y Acceso Familiar a la Seguridad de la Cobertura Médica (FAMIS) son programas de seguro de salud financiados por el gobierno estatal y federal. Están administrados por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia (DMAS o “el Departamento”). Para obtener más información, visite Dmas.virginia.gov y Dmas.virginia.gov/for-members/cardinal-care. Los límites de ingresos mensuales para la elegibilidad varían según el programa. Para obtener más información sobre elegibilidad, visite Coverva.org.

Este manual para miembros explica los beneficios y cómo acceder a los servicios de Cardinal Care, el programa Medicaid/FAMIS de Virginia.

Acceda a nuestras opciones de autogestión fáciles de usar en cualquier momento y lugar.

También hay muchas opciones de autogestión para obtener su información más rápido. El portal para miembros y la aplicación móvil MyMolina le permiten actualizar su información de contacto, solicitar una nueva tarjeta de identificación, recibir recordatorios de salud, ver sus antecedentes de salud y mucho más. También puede obtener más información sobre sus beneficios de Molina Healthcare en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com.

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas después de acceder a las opciones de autogestión, llame a Servicios para Miembros al **(800) 424-4518** (TTY/TDD: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. También puede visitar nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com o llamar a su administrador de atención.



Índice

Su membresía

5

- Otros idiomas y formatos
- Aviso de no discriminación
- Información de contacto importante
- Cómo mantenerse conectado

Descripción general de Cardinal Care

9

- Inscripción en el plan de salud
- Paquete de bienvenida
- Otro seguro

Su PCP

13

- Red de proveedores de Molina Healthcare
- Médicos de atención primaria (PCP)
- Especialistas
- Proveedores de fuera del estado
- Cuando un proveedor deja la red
- Recibir atención fuera de la red de Molina Healthcare
- Opciones para los miembros de centros de enfermería
- Programar citas con los proveedores
- Telesalud
- Recibir atención desde el lugar correcto cuando la necesita rápidamente
- Recibir atención fuera del horario de atención
- Transporte para recibir atención

Administración de la atención

19

- Administración de la atención
- ¿Qué es la administración de la atención?
- Cómo obtener un administrador de atención
- Evaluación de riesgos para la salud
- Su plan de atención
- Su equipo de atención
- Transición de la atención
- Coordinación con Medicare u otros planes de salud
- Servicios adicionales de administración de la atención

Sus beneficios

23

- Descripción general de los beneficios cubiertos
- Beneficios para todos los miembros
- Beneficios para los inscritos en la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)
- Beneficios para niños/jóvenes menores de 21 años
- Beneficios para planificación familiar y mujeres embarazadas/en etapa de posparto
- Cobertura de recién nacidos
- Beneficios adicionales para miembros de Cardinal Care

Sus medicamentos recetados 35

- Comprender su cobertura de medicamentos recetados
- Obtener sus medicamentos de una red de farmacias
- Recibir sus medicamentos por correo en su hogar
- Programa de seguridad y gestión de utilización del paciente

Obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos 39

- Segundas opiniones
- Autorizaciones de servicio
- Determinaciones adversas de beneficios

Apelaciones y reclamos 43

- Apelaciones
- Reclamos

Costos compartidos 48

- Copagos
- Pago que corresponde al paciente
- Primas

Sus derechos 50

- Derechos generales
- Directivas anticipadas
- Comité Asesor de Miembros

Sus responsabilidades 52

- Responsabilidades generales
- Denunciar fraude, despilfarro y abuso

Definiciones 56

Cómo comenzar

¿Es nuevo en Molina Healthcare? Si es así, siga estos pasos para comenzar y aprovechar su plan al máximo:



1. Revise su paquete de bienvenida

Su kit de bienvenida contiene información importante sobre su nuevo plan de salud. Incluye una guía de inicio rápido que enumera los primeros pasos importantes para obtener y utilizar sus beneficios y administrar su plan.

Seguramente habrá recibido su tarjeta de identificación de miembro de Molina con su paquete de bienvenida. Esta tarjeta reemplaza la tarjeta de Medicaid. Hay una tarjeta para cada miembro de su familia que esté inscrito en nuestro plan. Llévela siempre con usted.

Si no recibió su tarjeta de identificación de miembro, siga las instrucciones a continuación para registrarse en el portal para miembros y acceder a las opciones de autogestión en [MyMolina.com](https://www.myl Molina.com).



2. Regístrese en el Portal para miembros (My Molina)

My Molina es su portal personalizado para miembros. Inicie sesión con su número de identificación de miembro. Una vez que ingrese, puede cambiar de médico de atención primaria (PCP), ver sus antecedentes de servicios, solicitar una nueva tarjeta de identificación y mucho más. Puede conectarse desde cualquier dispositivo.

Para obtener ayuda en cualquier lugar, descargue la [aplicación móvil MyMolina](#).



3. Hable sobre su salud

Comprender su salud nos ayuda a identificar cómo brindarle la mejor atención posible. Lo llamaremos para hacerle una breve encuesta sobre sus antecedentes de salud. Avísenos si su información de contacto cambia.



4. Conozca a su PCP

PCP significa médico de atención primaria por sus siglas en inglés. Su PCP es su médico de cabecera.

Programe su primera visita al PCP dentro de los primeros [60] días. El propósito de esta visita es iniciar una relación con el PCP. Su PCP conocerá sus antecedentes de salud y sabrá cuál es la mejor manera de brindarle tratamiento. Piense en el PCP como su hogar médico, el lugar que mejor lo conoce.

Para elegir o cambiar el PCP, vaya a [MyMolina.com](https://www.myl Molina.com) o a la [aplicación móvil My Molina](#).



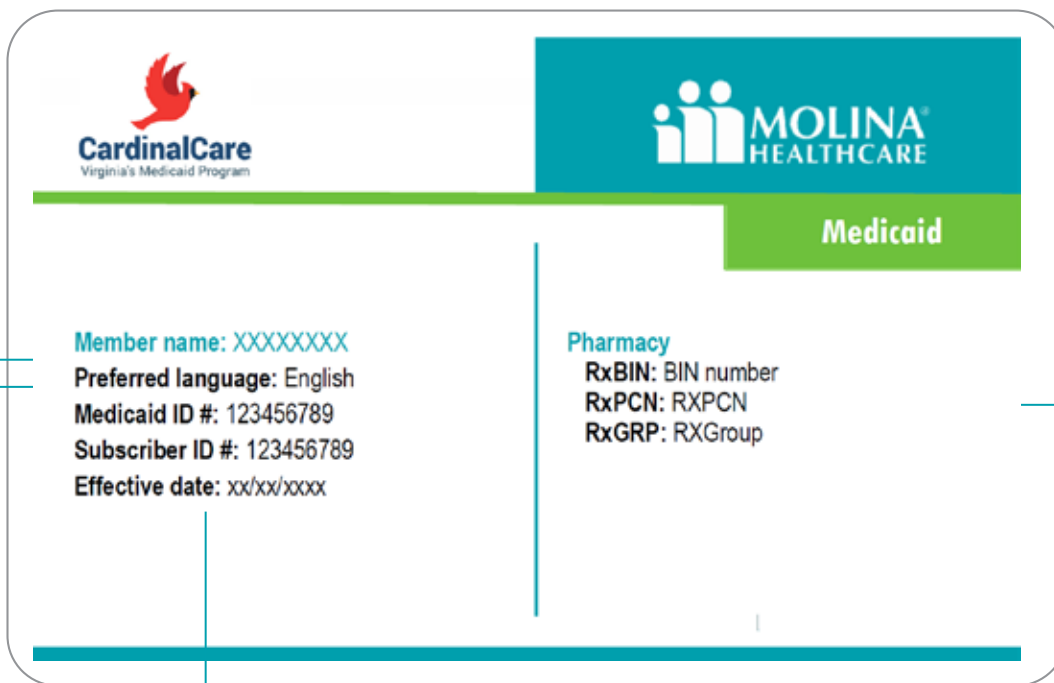
5. Conozca sus beneficios

Con Molina, obtiene todos sus beneficios de Medicaid MÁS beneficios adicionales sin costo alguno para usted. Ofrecemos recompensas de tarjetas de regalo, transporte, educación sobre la salud y mucho más. Y estamos comprometidos con su atención.

Su membresía

Su tarjeta de identificación de miembro

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



Su nombre
Idioma preferido

Su información de farmacia

Su fecha de entrada en vigencia

Necesita su tarjeta de identificación para lo siguiente:



Visitas al médico, especialistas y otros proveedores



Hospitalizaciones



La sala de emergencias



Medicamentos recetados y suministros médicos



Centros de atención de urgencia



Pruebas médicas



[Acceso a servicios de exención o comenzar con un nuevo proveedor de exención]

Información de contacto importante

A continuación, hay una lista de números de teléfono importantes que puede necesitar. Si no está seguro de a quién llamar, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda. Esta llamada es gratuita. Hay servicios de interpretación gratuitos disponibles en todos los idiomas para las personas que no hablan inglés.

Nombre de la entidad	Información de contacto
Servicios para Miembros de Cardinal Care	<p>(800) 424-4518 (TTY/TDD: 711) MolinaHealthcare.com</p> <p>De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días a la semana Línea de ayuda de atención administrada de Medicaid de Virginia: (800) 643-2273 (TTY/TDD: 800-817-6608)</p>
Línea de asesoramiento médico de Cardinal Care	<p>(833) 514-1809 TTY/TDD: 711</p> <p>Las 24 horas del día, los siete días de la semana</p>
Línea para crisis de salud del comportamiento de Cardinal Care	<p>(833) 514-1809 (TTY/TDD: 711)</p> <p>Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o hable en 988Lifeline.org Las 24 horas del día, los siete días de la semana</p>
Departamento de Salud del Comportamiento y Servicios de Desarrollo (DBHDS) para servicios de exención de discapacidades del desarrollo (DD)	<p>Línea de ayuda Mi vida, mi comunidad (844) 603-9248 TTY/TDD: (804) 371-8977 De lunes a viernes, 9:00 a. m. a 4:30 p. m. https://www.mylifemycommunityvirginia.org/</p>
Administrador de beneficios dentales de Cardinal Care	<p>(888) 912-3456 TTY/TDD: (800) 466-7566 https://dentaquest.com/state-plans/regions/virgin-ia/</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.</p>
Servicios de transporte general de Cardinal Care	<p>(833) 273-7416 TTY/TDD: 711</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidos feriados</p>

Nombre de la entidad	Información de contacto
Contratista de servicios de exención de transporte para personas con discapacidades del desarrollo de Cardinal Care	<p>(866) 386-8331 TTY/TDD: (866) 288-3133 Marque 711 para comunicarse con un operador del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS) Las 24 horas del día, los siete días de la semana</p>
Línea de ayuda para la inscripción en Cardinal Care	<p>(800) 643-2273 TTY/TDD: (800) 817-6608 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 6:00 p. m.</p>
Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos	<p>(800) 368-1019 TTY/TDD: (800) 537-7697 hhs.gov/ocr</p>
Oficina de Defensoría de Atención a Largo Plazo del estado	<p>(800) 552-5019 TTY/TDD: (800)-464-9950 elderrightsva.org</p>

Cómo mantenerse conectado

¿Se mudó, cambió de número de teléfono o recibió una nueva dirección de correo electrónico? Es importante informarnos para que siga recibiendo un seguro de salud de alta calidad. El Departamento de Servicios Sociales (DSS) y Cardinal Care necesitan su dirección postal, número de teléfono y dirección de correo electrónico actuales para que no se pierda ninguna actualización importante y reciba información sobre cambios en su seguro de salud.

Puede actualizar su información de contacto hoy mismo con las siguientes opciones:

- Llame a Cover Virginia al **(833) 5-CALLVA**.
- Visite [Commonhelp.virginia.gov](https://www.commonhelp.virginia.gov).
- Llame a Servicios para Miembros al **(800) 424-4518** TTY/TDD: 711
- Llame al Departamento de Servicios Sociales (DSS) local.

Actualice su información de contacto hoy mismo.

Asegúrese de recibir las últimas novedades sobre su seguro de salud de Medicaid.



Descripción general de Cardinal Care

Inscripción en el plan de salud

Su inscripción en Cardinal Care fue exitosa. Cardinal Care es un plan de atención administrada de Medicaid/FAMIS que cubre su atención médica y ofrece administración de la atención. Un plan de salud es una organización que contrata médicos, hospitales y otros proveedores para trabajar juntos y brindarle la atención médica que usted (el miembro) necesita.

Si se muda fuera del estado, ya no será elegible para Cardinal Care en Virginia, pero puede ser elegible para el programa Medicaid de su estado. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Cardinal Care, comuníquese con el **DSS local** o llame a **Cover Virginia** al **(833) 5-CALLVA** (TTY/TDD: 1-888-221-1590). Esta llamada es gratuita.

El Departamento de Servicios para miembros está disponible para ayudarlo si tiene preguntas o preocupaciones. Llame al **(800) 424-4518** (TTY/TDD: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m, los siete días de la semana o visite **MolinaHealthcare.com**.

Puede cambiar su plan de salud según lo siguiente:

- Cualquier motivo durante los primeros 90 días calendario de la inscripción.
- Cualquier motivo, una vez al año durante el período de inscripción abierta.
- Motivos de “causa válida” que determina el departamento. Algunos ejemplos incluyen calidad deficiente de la atención y falta de acceso a proveedores, servicios y apoyos adecuados, incluida la atención especializada. Esto incluye la obstetricia. Si está embarazada y su proveedor de obstetricia no participa en Cardinal Care pero sí participa en la tarifa por servicio (FFS) de Medicaid, puede solicitar obtener cobertura a través del beneficio de FFS de Medicaid hasta después del parto.

Llame a la línea de ayuda para la inscripción en la atención administrada de Cardinal Care al **(800) 643-2273 (TTY/TDD: (800) 817-6608)**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 6:00 p. m. para obtener información sobre el período de inscripción abierta o las “causas válidas”, o ayuda para elegir o cambiar el plan de salud. También puede visitar **VirginiaManagedCare.com**. Este servicio es gratuito. Los miembros de FAMIS pueden llamar a Cover Virginia al **(833) 5-CALLVA** para cambiar de plan de salud.

Su tarjeta de identificación de miembro de Cardinal Care

Medicaid de Virginia pasó a llamarse Cardinal Care. Cuando acuda a su proveedor o farmacia, debe mostrar la tarjeta de identificación de miembro para obtener los servicios o medicamentos recetados cubiertos por Cardinal Care. Si no recibió su tarjeta, o si se daña, se pierde o se la roban, acceda a las herramientas de autogestión en el portal para miembros MyMolina o en la aplicación móvil de inmediato para obtener una nueva. Es posible que tenga más de una tarjeta de seguro de salud. Además de la tarjeta de identificación de miembro de Cardinal Care, también debe tener la tarjeta de identificación de Medicaid/FAMIS de la Mancomunidad de Virginia. Conserve esta tarjeta para acceder a los servicios que cubre el Departamento conforme a Medicaid. Si tiene Medicare y Medicaid, muestre la tarjeta de Medicare y la tarjeta de identificación de miembro de Cardinal Care Medicaid cuando reciba servicios. Si tiene cobertura de una compañía de seguros privada (que no sea Medicaid), muestre la tarjeta de identificación de seguro personal y la tarjeta de identificación de miembro de Cardinal Care cuando reciba servicios.



Directorio de proveedores

El directorio de proveedores enumera los proveedores y las farmacias que participan en la red de proveedores contratados de Cardinal Care. También incluye información sobre las adaptaciones de cada proveedor para miembros con discapacidades o que no hablan inglés.

Debería haber recibido información sobre los directorios de proveedores y farmacias de Cardinal Care. Estos directorios enumeran los proveedores y las farmacias que participan en la red. Mientras sea miembro de nuestro plan, y en la mayoría de los casos, debe utilizar uno de nuestros proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.

Puede solicitar una copia impresa del directorio de proveedores y farmacias llamando a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. También puede ver o descargar el directorio de proveedores y farmacias en [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com). El directorio de proveedores enumera los médicos, hospitales, farmacias y otros servicios y apoyos de nuestra red. En este directorio, puede encontrar nombres, direcciones, números de teléfono y otra información importante sobre los proveedores de nuestra red.

Lista de medicamentos preferidos

Esta lista le indica qué medicamentos recetados cubren Cardinal Care y el DSS. También le informa si existen reglas o restricciones en cuanto a los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener (consulte la sección [Sus medicamentos recetados](#)). Llame a Servicios para Miembros para averiguar si sus medicamentos están en la lista o consulte en línea en [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com). Molina también puede enviarle una copia impresa por correo si la solicita.

Otro seguro

Es posible que tenga más de un plan de seguro de salud. Medicaid paga los servicios después de que sus otros planes de seguro le hayan pagado a su proveedor. Esto significa que si tiene otro seguro, sufre un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el otro seguro o la indemnización laboral debe pagar primero sus servicios. Informe a Servicios para Miembros si tiene otro seguro para que Cardinal Care pueda coordinar sus beneficios. El Programa de Asistencia y Asesoramiento sobre Seguros de Virginia (VICAP) también puede ayudar. Llame al **(800) 552-3402** (TTY/TDD: 711) para obtener asesoramiento sobre seguros de salud disponible para los beneficiarios de Medicare. Esta llamada es gratuita.



Su PCP

Red de proveedores de Cardinal Care

Es importante que los proveedores que elija acepten a miembros de Cardinal Care y participen en la red. La red de proveedores incluye acceso a la atención las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Cardinal Care le ofrece una selección de proveedores cerca de usted. Si vive en una zona urbana, no debería tener que viajar más de 30 millas o 45 minutos para recibir servicios. Si vive en una zona rural, no debería tener que viajar más de 60 millas o 75 minutos para recibir servicios. Para buscar proveedores, como médicos de atención primaria (PCP), especialistas y hospitales, puede hacer lo siguiente:

- Buscar proveedores en el directorio de proveedores (consulte la sección [Descripción general de Cardinal Care](#)).
- Llamar a Servicios para Miembros al **(800) 424-4518 (TTY/TDD: 711)** o visitar MolinaHealthcare.com.

Encuentre proveedores y centros en SapphireThreeSixtyFive.com. Obtenga una copia del directorio impresa o legible por máquina.

Cómo recibir atención de otros proveedores de la red

Nuestra red de proveedores incluye acceso a la atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Incluye hospitales, médicos, especialistas, centros de atención de urgencia, centros de enfermería, proveedores de servicios basados en el hogar y la comunidad, proveedores de intervención temprana, proveedores de terapia de rehabilitación, proveedores de servicios de tratamiento para adicciones y recuperación, proveedores de cuidados paliativos y atención en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos y otros tipos de proveedores. Molina le ofrece una variedad de proveedores y están ubicados de tal manera que no tenga que viajar muy lejos para verlos. Puede haber circunstancias excepcionales que requieran viajar una mayor distancia; sin embargo, eso debería suceder solo en raras ocasiones.

No necesita una remisión o autorización de servicio para obtener lo siguiente:

- Atención de su médico de atención primaria (PCP).
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Servicios de atención médica de rutina para las mujeres como exámenes de las mamas, mamografías de detección, pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia o de urgencia.
- Servicios dentales de rutina.
- Servicios de proveedores de atención médica para indígenas si es elegible.

Consulte a continuación para obtener más información sobre cuándo un proveedor deja la red y los momentos en los que puede recibir atención de proveedores fuera de la red.

Médicos de atención primaria (PCP)

Su PCP es un médico o profesional en enfermería que le ayuda a estar y mantenerse saludable. El PCP proporcionará y coordinará sus servicios de atención médica. Debería consultar a su PCP en los siguientes casos:

- Para hacerse exámenes físicos y seguimientos de rutina.
- Para recibir servicios de atención preventiva.
- Cuando tenga preguntas o preocupaciones sobre su salud.
- Cuando no se sienta bien y necesite asistencia médica.

Para ayudar a que su PCP lo conozca y conozca sus antecedentes médicos, debe enviar sus historias clínicas anteriores al consultorio del PCP. Comuníquese con Servicios para Miembros o con su administrador de atención para obtener ayuda.

Cómo elegir su PCP

Tiene derecho a elegir un PCP de la red de Cardinal Care. Revise su directorio de proveedores para encontrar un PCP en su comunidad que pueda satisfacer mejor sus necesidades de atención médica. También puede llamar a Servicios para Miembros o a su administrador de atención para obtener ayuda. Si no elige un PCP antes del día 25 del mes anterior al inicio de su cobertura médica, Cardinal Care le asignará uno. El plan le notificará por escrito cuál es su PCP asignado.

Si ya tiene un PCP que no está en la red, puede seguir consultándolo hasta 30 días después de inscribirse en Cardinal Care. Las personas que están embarazadas o tienen necesidades sociales o de salud importantes pueden seguir consultando a su PCP hasta 60 días después de la inscripción. Si no elige un PCP de nuestra red después del período de 30 o 60 días, Cardinal Care le asignará uno. Si tiene un PCP asignado por Medicare, no es necesario que elija uno de nuestra red. Llame a Servicios para Miembros o al administrador de atención para obtener ayuda para seleccionar un PCP y coordinar su atención.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Si no ha elegido un PCP antes del día 18 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura, Molina le asignará uno. Puede llamar a Servicios para Miembros en cualquier momento para cambiar su PCP o elegir otro PCP de la red de Molina.

Especialistas

Si necesita atención que su PCP no puede brindarle, Cardinal Care puede remitirlo a un especialista. Un especialista es un proveedor con capacitación adicional sobre servicios en un área específica de la medicina, como un cirujano. La atención que recibe de un especialista se llama atención especializada. Si necesita atención especializada continua, es posible que su PCP pueda remitirlo para una cantidad o un período específico de visitas (una "remisión permanente").

Proveedores de fuera del estado

La atención que puede recibir de proveedores fuera del estado se limita a lo siguiente:

- Servicios necesarios de emergencia, crisis o posteriores a la estabilización.
- Casos especiales en los que sea práctica común que quienes viven en su localidad utilicen recursos médicos en otro estado.
- Servicios médicamente necesarios y requeridos que no están disponibles dentro de la red y dentro del estado de Virginia.
- Períodos de transición (hasta que pueda obtener servicios oportunos de un proveedor de la red en el estado).
- Ambulancias fuera del estado para traslados de un centro a otro.

Es posible que Cardinal Care deba darle autorización para consultar a un proveedor que se encuentre fuera del estado. El plan no cubre ningún servicio de atención médica fuera de los EE. UU.

Cuando un proveedor deja la red

Si su PCP abandona la red de Molina, el plan se lo informará y le ayudará a encontrar un nuevo PCP. Si uno de sus otros proveedores también abandona la red, comuníquese con Servicios para Miembros o con su administrador de atención para obtener ayuda para encontrar un nuevo proveedor que administre su atención. Tiene los siguientes derechos:

- Solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario y que Cardinal Care trabaje con usted para garantizar la continuación.
- Obtener ayuda para elegir un nuevo proveedor calificado.
- Presentar un reclamo (consulte la sección [Apelaciones y reclamos](#)) o solicitar un nuevo proveedor si cree que Cardinal Care no reemplazó a su proveedor anterior con un proveedor calificado, o que su atención no está siendo administrada adecuadamente.

Recibir atención fuera de la red de Cardinal Care

Puede obtener la atención que necesita de un proveedor fuera de la red de Cardinal Care en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Si Molina no tiene un proveedor de la red que le brinde la atención que necesita.
- Si el especialista que necesita no se encuentra lo suficientemente cerca de usted (dentro de 30 millas en zonas urbanas o 60 millas en zonas rurales).
- Si un proveedor no brinda la atención que necesita debido a objeciones morales o religiosas.
- Si Molina aprueba a un proveedor fuera de la red.
- Si se encuentra en un centro de enfermería cuando se inscribe en Cardinal Care y el centro de enfermería está fuera de la red.
- Si recibe atención de emergencia o servicios de planificación familiar de un proveedor o centro que está fuera de la red. Puede recibir tratamiento de emergencia y servicios de planificación familiar de cualquier proveedor, incluso si el proveedor no está en la red de Cardinal Care. Esta atención es gratuita.

Si anteriormente estuvo inscrito en el programa Medicaid de Virginia pero es nuevo en Cardinal Care, tiene derecho a consultar a sus proveedores anteriores y acceder a los medicamentos recetados u otros suministros médicos necesarios por hasta 60 días. Este plazo también puede extenderse a 60 días si está embarazada o tiene necesidades sociales o de salud importantes.

Después de los 60 días, según el plan, deberá visitar a proveedores que formen parte de la red de Cardinal Care. Sin embargo, si el plan extiende el plazo para usted, podrá continuar consultando a sus proveedores actuales. Si tiene alguna dificultad para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicios para Miembros o a su administrador de atención para obtener ayuda. Para obtener información adicional sobre su administrador de atención, consulte la sección Coordinación de la atención y administración de la atención.

Opciones para los miembros de centros de enfermería

Si se encuentra en un centro de enfermería en el momento en que se inscribe en Cardinal Care, puede decidir lo siguiente:

- Permanecer en el centro mientras siga siendo elegible para recibir atención en un centro de enfermería.
- Mudarse a un centro de enfermería diferente.
- Recibir los servicios en su hogar u otros entornos comunitarios.

Programar citas con los proveedores

Para programar una cita con su proveedor de atención médica, llame directamente a su consultorio. Si necesita ayuda para programar las citas, puede llamar a Servicios para Miembros al **(800) 424-4518** (TTY/TDD: 711). Si necesita transporte para su cita y cumple con ciertos criterios, Molina ofrece servicios de transporte que no sea de emergencia. Para solicitar transporte, llame a la línea de reservas al **(833) 273-7416**. Tenga en cuenta que Cardinal Care requiere un período de aviso con 72 horas de anticipación para las solicitudes de transporte.

En caso de una emergencia que ponga en peligro la vida, llame al 911. ***Nota: Los beneficios de transporte no aplican a los miembros de FAMIS.**

Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje para explicar cómo podemos comunicarnos con usted. Su PCP u otro proveedor le devolverá la llamada lo antes posible. Si tiene dificultades para conseguir una cita con un proveedor, comuníquese con Servicios para Miembros. Recuerde indicar cuándo planea estar fuera de la ciudad para que el plan pueda ayudarle a coordinar sus servicios.

Telesalud

El servicio de telesalud le permite recibir atención de su proveedor sin una visita al consultorio en persona. Por lo general, las visitas de telesalud se realizan en línea en su computadora, tableta o teléfono inteligente con acceso a Internet. A veces, se pueden hacer por teléfono. Si bien el servicio de telesalud no es apropiado para todas las afecciones o situaciones, generalmente, puede usarlo para lo siguiente:

- Hablar con su proveedor por teléfono o videoconferencia.
- Enviar y recibir mensajes electrónicos con el proveedor.
- Participar en la supervisión remota para que su proveedor pueda realizar un seguimiento de cómo le va en su hogar.
- Obtener atención médica y de salud del comportamiento médicamente necesaria.

Para programar una cita de telesalud, comuníquese con su proveedor para ver qué servicios brinda a través de este servicio.

Recibir atención desde el lugar correcto cuando la necesita rápidamente

Es fundamental elegir el lugar adecuado para recibir atención según sus necesidades de salud, especialmente cuando necesita atención de forma rápida o inesperada. A continuación, encontrará una guía que le ayudará a decidir si su equipo de atención habitual, como su PCP, puede ayudarle o si debe acudir a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias. Si no está seguro de qué atención necesita, llame a su PCP o a la línea de asesoramiento médico al (833) 514-1809, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Tipo de atención	Cómo recibir atención	Ejemplos de cuándo recibir este tipo de atención	¿Necesita una remisión?
El médico de atención primaria (PCP) puede brindarle atención cuando se enferma o lesiona y atención preventiva que lo mantiene saludable.	Comuníquese con su consultorio o con Cardinal Care para programar una cita.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad/lesión menor • Gripe/fiebre • Vómitos/diarrea • Dolor de garganta, dolor de oído o infección en los ojos • Esguinces/distensiones • Posibles fracturas 	No.
La atención de urgencia es la atención que recibe por una enfermedad o lesión que necesita atención médica rápidamente y podría convertirse en una emergencia.	Consulte el directorío de proveedores en MolinaHealthcare.com para encontrar una clínica de atención de urgencia.	La atención de urgencia puede tratar situaciones similares a las de su PCP, pero está disponible cuando otros consultorios no están disponibles.	No, pero asegúrese de ir a una clínica de atención de urgencia que esté dentro de la red, si es posible.

Tipo de atención	Cómo recibir atención	Ejemplos de cuándo recibir este tipo de atención	¿Necesita una remisión?
<p>La atención de emergencia (o atención para una afección médica de emergencia) es la atención que recibe cuando una enfermedad o lesión es tan grave que su salud, sus funciones corporales, sus órganos o partes del cuerpo (o, según corresponda, de su hijo no nacido) pueden estar en peligro si no recibe atención médica de inmediato.</p>	<p>Llame al 911 y vaya al hospital más cercano. Tiene derecho a recibir atención de emergencia las 24 horas del día, los siete días de la semana en cualquier hospital u otro lugar, incluso si se encuentra en otra ciudad o estado. Brindaremos atención de seguimiento después de la emergencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inconsciencia • Dificultad para respirar • Lesiones graves en la cabeza, el cuello o la espalda • Dolor/presión en el pecho • Sangrado intenso • Quemaduras graves • Convulsiones/ataques • Fracturas • Miedo a lastimarse a sí mismo o a otra persona (“emergencia de salud del comportamiento”) • Agresión sexual 	<p>No. Puede recibir atención de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. No necesita una remisión o autorización de servicio.</p>

Recibir atención fuera del horario de atención

Si necesita atención que no sea de emergencia después del horario de atención habitual, llame a la línea de asesoramiento médico de Cardinal Care. Un miembro del personal de enfermería o un profesional de la salud del comportamiento puede hacer lo siguiente:

- Responder preguntas médicas y darle asesoramiento gratis.
- Ayudarlo a decidir si debe consultar a un proveedor de inmediato.
- Brindar ayuda con afecciones médicas, incluidos casos de dolor intenso, trastornos psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias en los que la ausencia de atención médica inmediata pondría en peligro la salud del miembro o correría el riesgo de sufrir un deterioro o una disfunción corporal grave.

Transporte para recibir atención

Transporte médico de que no sea de emergencia

Llame a la línea de reservas de transporte si necesita transporte hasta las visitas al proveedor o a la farmacia donde obtiene sus medicamentos recetados y desde estas. Cardinal Care cubre vehículos que no sean de emergencia para servicios cubiertos. Si tiene problemas para conseguir una cita, llame al Departamento de Transporte de Cardinal Care, a Servicios para Miembros de Where's My Ride/Ride Assist o a su administrador de atención. Los niños de FAMIS no son elegibles para el transporte médico que no sea de emergencia.

Transporte médico de emergencia

Si experimenta una afección médica de emergencia y necesita transporte al hospital, llame al 911 para pedir una ambulancia. Cardinal Care cubrirá una ambulancia si la necesita.

Administración de la atención

Administración de la atención

Todos los miembros pueden obtener ayuda para encontrar la atención médica o los recursos comunitarios adecuados llamando a Servicios para Miembros de Cardinal Care.

¿Qué es la administración de la atención?

Si tiene necesidades de atención médica importantes, recibirá administración de la atención. La administración de la atención ayuda a mejorar la coordinación entre sus diferentes proveedores y los servicios que recibe. Molina le asignará un administrador de atención si califica para la administración de la atención. Su administrador de atención tiene experiencia particular en atención médica y trabaja en estrecha colaboración con usted, su PCP, los proveedores tratantes, sus familiares y otras personas para comprender y respaldar sus necesidades y metas.

Cómo obtener un administrador de atención

Durante los primeros tres meses después de su inscripción, Molina se comunicará con usted o con alguien de su confianza (su “representante autorizado”) para realizar un examen de salud. Durante este examen, se le pedirá que responda preguntas sobre sus necesidades de salud (como atención médica) y necesidades sociales (como vivienda, alimentación y transporte). El examen de salud incluye preguntas sobre sus afecciones de salud, su capacidad para hacer las tareas cotidianas y sus condiciones de vida. Sus respuestas nos ayudarán a comprender sus necesidades y a decidir si lo asignaremos a un administrador de atención. Si no se le asigna un administrador de atención, puede pedir a Cardinal Care que considere asignarle uno si necesita ayuda para recibir atención ahora o en el futuro.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con el examen de salud, comuníquese con Servicios para Miembros al **(800) 424-4518** (TTY/TDD: 711). Esta llamada es gratuita.

Cómo puede ayudarle su administrador de atención

Su administrador de atención es alguien de Cardinal Care con experiencia especial en atención médica que puede ayudarle a administrar sus necesidades sociales y de salud. Su administrador de atención puede hacer lo siguiente:

- Evaluar sus necesidades sociales y de salud.
- Responder preguntas sobre sus beneficios, como servicios de salud física, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) (consulte la sección **Sus beneficios**).
- Ayudarle a conectarse con recursos comunitarios (por ejemplo, programas que puedan satisfacer sus necesidades de vivienda y alimentación).
- Apoyarlo para tomar decisiones informadas sobre su atención y lo que prefiere.

- Ayudarle a programar citas cuando sea necesario, encontrar proveedores disponibles en la red de Cardinal Care y hacer remisiones a otros proveedores, según sea necesario.
- Ayudarle a obtener transporte para sus citas (consulte la sección **Su PCP**).
- Asegurarse de que obtenga sus medicamentos recetados y ayuda si siente efectos secundarios.
- Compartir los resultados de sus pruebas y otra información de atención médica con sus proveedores para que su equipo de atención conozca su estado de salud.
- Ayuda para trasladarse entre entornos de atención médica (como de un hospital o centro de enfermería a su hogar u otro centro).
- Asegurarse de que se satisfagan sus necesidades una vez que salga de un hospital o centro de enfermería y de manera continua.

Cómo comunicarse con su administrador de atención

Su administrador de atención es un profesional de atención médica que puede responder preguntas sobre su atención médica, ayudarle a programar citas, a encontrar proveedores o servicios necesarios y a comprender sus beneficios. Si se le asigna un administrador de atención, este se comunicará con usted para completar una evaluación de riesgos para la salud y desarrollar un plan para ayudarle a obtener la atención que necesita para mantenerse saludable. Si necesita solicitar un cambio de coordinador de atención, puede comunicarse con Servicios para Miembros.

Hay servicios de interpretación gratuitos disponibles en todos los idiomas para las personas que no hablan inglés.

Método de contacto	Información de contacto
Teléfono	(800) 424-4518 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
Correo postal	3829 Gaskins Road, Richmond VA 23233
Correo electrónico	MCCVA@molinahealthcare.com
Sitio web	MolinaHealthcare.com

Su administrador de atención se pondrá en contacto con usted de forma periódica y podrá ayudarle con cualquier pregunta o preocupación. Tiene derecho a pedirle a su administrador de atención que se comuniquen con usted con mayor o menor frecuencia en cualquier momento. Usted decide cómo quiere que su administrador de atención lo contacte (por teléfono, videoconferencia o visita en persona). Si se reúne con su administrador de atención en persona, puede sugerir la hora y el lugar. Le recomendamos que trabaje con su administrador de atención y se comuniquen abiertamente con él.

Evaluación de riesgos para la salud

Después de completar su examen de salud, su administrador de atención se comunicará con usted para una evaluación de riesgos para la salud más detallada. Durante la evaluación de riesgos para la salud, el administrador de atención u otro profesional le hará más preguntas sobre su salud física, salud del comportamiento, necesidades sociales y metas y preferencias.

La evaluación de riesgos para la salud ayuda al administrador de atención a comprender sus necesidades y brindarle la atención adecuada. Puede realizar la evaluación de riesgos para la salud de forma presencial, por teléfono o videoconferencia. Con el tiempo, el administrador de atención se comunicará para repetir las preguntas de la evaluación de riesgos para la salud para determinar si sus necesidades están cambiando.

Su plan de atención

Su plan de atención incluirá la atención médica, los servicios sociales y otros apoyos que recibirá y le explicará cómo los obtendrá, con qué frecuencia y de qué proveedor. Su administrador de atención actualizará el plan de atención una vez al año. Si sus necesidades cambian, el administrador de atención puede realizar cambios más de una vez al año. Es importante mantener actualizado el plan de atención.

Su equipo de atención

Su equipo de atención incluye a sus proveedores, enfermeros, asesores u otros profesionales de salud. Usted y sus familiares o cuidadores son miembros importantes del equipo de atención. El administrador de atención puede organizar una reunión con su equipo de atención según sus necesidades, o usted puede solicitar reunirse con el equipo de atención. Usted tiene la opción de participar en las reuniones del equipo de atención. La comunicación entre los miembros del equipo de atención ayuda a garantizar que se satisfagan sus necesidades.

Coordinación con Medicare u otros planes de salud

Si tiene Medicaid y Medicare, Cardinal Care es responsable de coordinar sus beneficios con su plan de salud de Medicare y cualquier otro plan de salud que tenga. Llame a Servicios para Miembros o a su administrador de atención si tiene preguntas sobre cómo funcionan juntos los diferentes planes de salud y asegúrese de que los servicios se paguen correctamente.

Servicios adicionales de administración de la atención

Es posible que pueda obtener servicios adicionales de administración de la atención si reúne los siguientes requisitos:

- Está o estuvo en cuidado temporal.
- Está embarazada y corre mayor riesgo de sufrir complicaciones durante y después del embarazo.
- Recibe servicios en su hogar o en la comunidad, como atención médica en el hogar, cuidado personal o servicios de relevo.
- Tiene un trastorno por consumo de sustancias.
- Usa un respirador.
- No tiene hogar.

Si necesita un administrador de atención, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda al **(800) 424-4518 TTY/TDD: 711**.



Sus beneficios

Descripción general de los beneficios cubiertos

Los beneficios cubiertos son servicios brindados por Molina, el DSS o su contratista. Para obtener beneficios cubiertos, el servicio debe ser médicamente necesario. Un servicio médicamente necesario es un servicio que se necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas.

También puede acceder a la lista completa de beneficios cubiertos en: [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com).

Llame a Servicios para Miembros al (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711) o a su administrador de atención, si tiene uno, para obtener más información sobre sus servicios y cómo obtenerlos.

Por lo general, debe obtener servicios de un proveedor que participe en la red de Cardinal Care. En algunos casos, es posible que necesite obtener aprobación (una “autorización de servicio”) de Molina Healthcare o de su PCP antes de recibir un servicio. Los servicios marcados con un asterisco (*) en esta sección requieren autorización de servicio. Consulte la sección **Su PCP**, para obtener más información sobre qué debe hacer si necesita servicios de un proveedor fuera de la red. Consulte la sección **Obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos** para obtener más información si un servicio que necesita requiere aprobación.

Beneficios para todos los miembros

Servicios de salud física

Cardinal Care cubre los servicios de salud física (incluidos servicios dentales) para los miembros.

Salud diurna para adultos (únicamente miembros elegibles para la exención)	Servicios de audición (<i>niños menores de 21 años</i>)
Servicios y exámenes de detección de cáncer (exámenes de detección de cáncer colorrectal, mamografías, pruebas de Papanicolaou, antígeno prostático específico y exámenes rectales digitales, cirugía reconstructiva de mama)	Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (consulte más información sobre esto a continuación)
Servicios de administración de la atención y coordinación de la atención (consulte la sección <i>Coordinación de la atención y administración de la atención</i>)	Atención médica en el hogar
Servicios clínicos	Cuidados paliativos
Ensayos clínicos (costos de rutina de los pacientes relacionados con la participación en un ensayo que califique)	Atención hospitalaria (pacientes internados y ambulatorios)
Servicios ordenados por un tribunal, órdenes de custodia de emergencia (ECO) y órdenes de detención temporal (TDO)	Servicios para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (pruebas y asesoramiento sobre tratamiento)
Servicios dentales (consulte más información sobre esto a continuación)	Vacunación (adultos y niños)
Equipo médico duradero (DME) (equipos y suministros respiratorios, de oxígeno y ventilación; sillas de ruedas y accesorios; camas de hospital; equipos y suministros para diabéticos; productos para la incontinencia; tecnología de asistencia; dispositivos de comunicación; equipos y dispositivos de rehabilitación)	Servicios de laboratorio, radiología y anestesia
Examen de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT)* (consulte más información sobre esto a continuación)	Investigaciones de uso de plomo
Servicios de intervención temprana (EI) (consulte más información sobre esto a continuación)	Servicios bucales (hospitalizaciones, cirugías, servicios facturados por un proveedor médico)
Servicios de emergencia y posteriores a la estabilización	Trasplantes de órganos (para todos los niños y para adultos que se encuentren en rehabilitación intensiva)
Servicios de tratamiento de disforia de género	Órtesis (niños menores de 21 años)
Tiras reactivas de glucosa	Asesoramiento nutricional para enfermedades crónicas

* No está disponible para miembros de FAMIS.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) Brindados en el hogar o la comunidad a través de una exención basada en el hogar y la comunidad (HCBS)	Servicios de salud escolar (consulte más información sobre esto a continuación)
Servicios de podología (cuidado de los pies)	Servicios de cirugía
Servicios prenatales y para la maternidad (atención de embarazo/posparto) (consulte más información sobre esto a continuación)	Servicios de telesalud (consulte más información sobre esto a continuación)
Medicamentos recetados (consulte la sección Sus medicamentos recetados)	Servicios para dejar de fumar
Atención preventiva (seguimientos regulares, exámenes de detección y visitas de control de bebé/niño sano)	Servicios de transporte* (consulte la sección Su PCP)
Prótesis (brazos/piernas y accesorios de soporte, prótesis de mamas y ojos)	Servicios de tipo proveedor clínico tribal
Atención médica regular (visitas al consultorio del PCP, remisiones a especialistas, exámenes)	Servicios de vista (exámenes/tratamiento de la vista/anteojos para reemplazar los perdidos, dañados o robados para niños menores de 21 años (según EPSDT)
Servicios de radiología	Visitas de bienestar
Servicios de rehabilitación (pacientes internados y ambulatorios, incluidos servicios de fisioterapia/terapia ocupacional y patología del habla/audiología)	
Servicios renales (diálisis, servicios para la enfermedad renal en etapa terminal)	

* No está disponible para miembros de FAMIS.



Recuerde, los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir autorización de servicio.

El DSS tiene contrato con un administrador de beneficios dentales, DentaQuest, para brindar servicios dentales a todos los miembros de Medicaid/FAMIS. Consulte la siguiente tabla para conocer los servicios dentales disponibles para usted. Usted no es responsable del costo de los servicios dentales recibidos de un proveedor dental participante.

Algunos servicios dentales requerirán aprobación previa. Molina trabajará con el administrador dental del DSS para autorizar algunos servicios, incluida la anestesia cuando sea médicamente necesario. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales o para encontrar un dentista participante cerca de usted, llame a Servicios para Miembros de DentaQuest al **(888) 912-3456 (TTY/TDD: (800) 466-7566)** o visite Dmas.virginia.gov/dental.

Servicio dental	Niños/jóvenes menores de 21 años	Mujeres embarazadas/ en período de posparto	Adultos de 21 años y más
Ortodoncia	Con cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Limpiezas	Con cobertura (incluido el flúor)	Con cobertura	Con cobertura
Coronas	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura limitada
Dentaduras postizas	Con cobertura (incluido el flúor)	Con cobertura (incluidas dentaduras postizas parciales)	Con cobertura
Exámenes	Con cobertura (incluidos seguimientos regulares)	Con cobertura	Con cobertura
Extracciones y cirugías bucales	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Empastes	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Tratamiento para encías	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura
Tratamientos de conductos	Con cobertura (incluido el flúor)	Con cobertura	Con cobertura
Selladores	Con cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Espaciadores dentales	Con cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Radiografías	Con cobertura	Con cobertura	Con cobertura

Servicios de salud del comportamiento

Cardinal Care, el DSS o su contratista cubren los servicios de tratamiento de salud del comportamiento que se indican en la siguiente tabla para los miembros. La salud del comportamiento se refiere a los servicios de salud mental y adicciones. En Virginia, el tratamiento para la adicción se llama “Servicio de tratamiento para adicciones y recuperación” (ARTS). Llame a Servicios para Miembros, al PCP o al administrador de atención para obtener ayuda para recibir los servicios de salud del comportamiento que necesita.

Servicios de salud mental	Servicios de tratamiento para adicciones y recuperación
<ul style="list-style-type: none"> • Observación durante 23 horas • Análisis del comportamiento aplicado • Tratamiento comunitario asertivo • Estabilización comunitaria • Terapia familiar funcional • Servicio intensivo en el hogar • Manejo de casos de salud mental • Servicio intensivo de salud mental para pacientes ambulatorios • Programa de hospitalización parcial de salud mental • Servicios de apoyo para la recuperación de pares en salud mental • Servicios de desarrollo de habilidades de salud mental • Crisis móvil • Terapia multisistémica • Centro de tratamiento residencial psiquiátrico • Rehabilitación psicosocial • Estabilización de crisis residencial • Tratamiento terapéutico de día • Hogar de grupo terapéutico • Servicios psiquiátricos para pacientes internados • Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de detección, intervención breve y remisión a tratamiento • Servicios de gestión de casos de consumo de sustancias • Servicios para pacientes ambulatorios • Servicios intensivos para pacientes ambulatorios • Hospitalización parcial • Tratamiento residencial por consumo de sustancias • ASAM 3.1 • ASAM 3.3 • ASAM 3.5 • ASAM 4.0 • Tratamiento asistido por medicamentos • Servicios de apoyo para la recuperación de pares • Servicios de tratamiento con opioides • Tratamiento de adicciones en el consultorio

* Servicios administrados por el contratista administrador de salud del comportamiento del Departamento. Su administrador de atención trabajará con el contratista administrador de salud del comportamiento del Departamento para ayudarlo a obtener estos servicios si es necesario.

Si tiene preguntas sobre los servicios de recuperación y adicciones, llame o envíe un mensaje de texto al 988 o hable con la línea de asesoramiento médico de ARTS en <https://988lifeline.org/>.

Si está pensando en hacerse daño a sí mismo o a otra persona, llame a la línea de crisis de salud del comportamiento al **(833) 514-1809** (TTY/TDD: 711) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. Recuerde, si necesita ayuda de inmediato, llame al **911**.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Cardinal Care y el DSS cubren beneficios de LTSS, como servicios de enfermería privada, cuidado personal y atención de salud diurna para adultos para ayudarle a satisfacer sus necesidades diarias y mantener su independencia mientras vive en la comunidad o en un centro. Antes de recibir los beneficios de LTSS, un equipo hospitalario o comunitario evaluará si usted cumple con los criterios de “nivel de atención”; en otras palabras, si califica y necesita los beneficios de LTSS. Comuníquese con su administrador de atención para conocer el proceso de selección para recibir los beneficios de LTSS.

Puede obtener los beneficios de LTSS en el entorno adecuado para usted: su hogar, la comunidad o un centro de enfermería. Los miembros interesados en mudarse del centro de enfermería a su hogar o la comunidad deben hablar con su administrador de atención. Sin embargo, es fundamental que sepa que recibir ciertos tipos de atención finalizará su inscripción en la atención administrada y Cardinal Care, pero seguirá teniendo Medicaid. Estos tipos de atención incluyen los siguientes:

- Centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID)
- Atención en uno de los siguientes centros de enfermería:
 - Hogar de ancianos del condado de Bedford
 - Birmingham Green
 - Dogwood Village of Orange County Health
 - Lake Taylor Transitional Care Hospital
 - Hogar de ancianos Lucy Corr
 - El centro de enfermería Virginia Home
 - Virginia Veterans Care Center
 - Sitter and Barfoot Veterans Care Center
 - Braintree Manor Nursing Facility and Rehabilitation Center
- Atención en un centro de atención a largo plazo operado por el estado: Piedmont, Hiram Davis o Hancock
- Atención del Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE)

Si recibe beneficios de LTSS, es posible que deba pagar parte de su atención (consulte la sección **Costos compartidos**). Si tiene Medicare, Cardinal Care cubrirá la atención en un centro de enfermería después de que haya utilizado toda la atención de enfermería especializada que estaba disponible para usted.

Inscritos en la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)

Algunos miembros pueden calificar para los servicios de exención de HCBS (consulte la tabla a continuación). Para obtener más información o saber si es elegible, comuníquese con Servicios para Miembros o con su administrador de atención. Los servicios de exención por discapacidad del desarrollo se administran a través del Departamento de Salud del Comportamiento y Servicios del Desarrollo (DBHDS). También puede encontrar más información sobre los servicios de exención por discapacidad del desarrollo en el sitio web del DBHDS: Mylifemymcommunityvirginia.org o llamando al **(844) 603-9248**.

Exención	Descripción	Ejemplos de beneficios cubiertos
Exención del Programa Commonwealth Coordinated Care (CCC) Plus	Brinda atención en el hogar y en la comunidad en lugar de en un centro de enfermería. Usted puede elegir recibir servicios dirigidos por una agencia o por el consumidor, o ambos.	<ul style="list-style-type: none"> • Salud diurna para adultos • Tecnología de asistencia • Modificaciones ambientales • Cuidado personal • Sistema personal de respuesta ante emergencias • Enfermería privada • Cuidados paliativos • Servicios de transición
Exenciones por discapacidad del desarrollo: Camino a la independencia (BI) Vida comunitaria (CL) Apoyos familiares e individuales (FIS)	Brinda apoyos y servicios a los miembros con discapacidades del desarrollo para ayudarlos a lograr una vida exitosa, aprendizaje, salud física y del comportamiento, empleo, recreación e inclusión comunitaria. Las exenciones pueden tener una lista de espera. Debe agregar su nombre en la lista de espera si es necesario para que cuando haya una vacante pueda comenzar a recibir estos servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnología de asistencia • Servicios de planificación de beneficios • Servicios electrónicos en el hogar • Empleo y apoyos diurnos • Modificaciones ambientales • Sistema personal de respuesta ante emergencias • Apoyos en casos de crisis • Opciones residenciales

Beneficios para niños/jóvenes menores de 21 años

Examen de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT)

Los beneficios no son los mismos para todos los miembros de Cardinal Care. Los niños y jóvenes menores de 21 años cubiertos por Medicaid tienen derecho al EPSDT, un beneficio requerido a nivel federal. El EPSDT brinda servicios integrales para identificar la afección de un niño, tratarla y mejorarla o evitar que empeore. Los servicios cubiertos incluyen cualquier atención médicamente necesaria, incluso si el servicio generalmente no está disponible para adultos u otros miembros de Medicaid. Los servicios de EPSDT están disponibles sin costo alguno. Ejemplos de servicios de EPSDT incluyen los siguientes:

- Exámenes de detección/visitas de niño sano y vacunación
- Servicios de exámenes periódicos (de la vista, de la audición y dentales)
- Visitas de asesoramiento sobre COVID-19
- Servicios de desarrollo
- Anteojos (incluido el reemplazo de anteojos perdidos, rotos o robados) y otros servicios de la vista
- Órtesis (férulas, soportes, apoyos)
- Servicios de cuidado personal o asistencia personal (por ejemplo, ayuda para bañarse, vestirse, alimentarse)
- Enfermería privada
- Tratamiento de gestión de casos de cuidado temporal
- Los ensayos clínicos pueden considerarse caso por caso

Los niños de FAMIS son elegibles para visitas de niño sano y vacunación, pero no para todos los servicios de EPSDT. Para obtener más información sobre cómo acceder a los servicios de EPSDT, comuníquese con Servicios para Miembros de Cardinal Care o con su administrador de atención. Puede encontrar información adicional y capacitación sobre el programa de EPSDT de Molina [aquí](#):

Servicios de intervención temprana (EI)

Si tiene un bebé de menos de tres años que no aprende ni se desarrolla como otros niños, su hijo puede calificar para los servicios de EI. Los servicios de EI incluyen lo siguiente:

- Terapia del habla
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Coordinación de servicios
- Servicios de desarrollo para apoyar el aprendizaje y el desarrollo del niño

Los servicios de EI no requieren autorización de servicio de Molina. Los servicios de EI no tienen ningún costo para usted. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener una lista de proveedores, especialistas y administradores de casos de EI. Su administrador de atención puede conectarlo con el programa local de Conexión de Bebés y Niños Pequeños para ayudarlo a acceder a estos servicios. También puede llamar al programa de Conexión de Bebés y Niños Pequeños directamente al **(800) 234-1448** (TTY/TDD: 711) o visite [Itcva.online](https://www.molinacare.com).

Servicios de salud escolar

El DSS cubre el costo de algunos servicios de atención médica o servicios relacionados con la salud proporcionados a los niños inscritos en Cardinal Care en su escuela. Los servicios de salud escolar pueden incluir ciertos servicios médicos, de salud del comportamiento, de audición, de cuidado personal o de terapia de rehabilitación, como servicios de terapia ocupacional, terapia del habla y fisioterapia, y se basan en el plan de educación individualizado (IEP) de su hijo, según lo determine la escuela. La escuela de su hijo coordinará estos servicios gratuitos. Los niños también pueden recibir servicios de EPSDT cubiertos en la escuela (consulte la sección [Sus beneficios](#)). Comuníquese con el administrador de la escuela de su hijo si tiene preguntas sobre los servicios de salud escolar.

Beneficios para planificación familiar y mujeres embarazadas/en etapa de posparto

Puede obtener servicios de atención médica gratuitos que la ayudarán a tener un embarazo saludable y un bebé sano. Esto incluye servicios de atención médica durante hasta 12 meses después del parto. Cardinal Care y el DSS cubren los siguientes servicios:

- Administración de la atención (afecciones de alto riesgo)
- Servicios de trabajo parto y parto
- Servicios de doula
- Planificación familiar (servicios, dispositivos, medicamentos, incluidos anticonceptivos reversibles de acción prolongada y suministros para retrasar o prevenir el embarazo)
- Consulta de lactancia y sacaleches
- Servicios de enfermera partera/proveedor
- Servicios relacionados con el embarazo
- Servicios y programas prenatales/infantiles
- Servicios posparto (incluidos exámenes de detección de depresión posparto)
- Servicios para tratar cualquier afección médica que pueda complicar el embarazo
- Servicios para dejar de fumar
- Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias
- Servicios de aborto (si existe un peligro considerable para la vida de la madre)

Recuerde, no necesita una autorización de servicio ni una remisión para los servicios de planificación familiar. Puede obtener servicios de planificación familiar de cualquier proveedor, incluso si no está en la red de Molina.

Cobertura de recién nacidos

Si tiene un bebé, informe el nacimiento al DSS lo más rápido posible para que su hijo pueda recibir seguro médico. Llame a [Cover Virginia](#) al **(833) 5-CALLVA** o comuníquese con el [DSS local](#).

Beneficios adicionales para miembros de Cardinal Care

Cardinal Care ofrece algunos beneficios adicionales para los miembros. Estos incluyen lo siguiente:

Beneficio	Detalles
De la vista	Hasta \$100 para anteojos o lentes de contacto cada dos años para adultos mayores de 21 años
Conexión Madre y Bebé	<p>Mensajes de texto con información de salud importante para ayudar a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprender lo que está pasando con su cuerpo • Reconocer las señales de advertencia • Saber qué esperar durante el parto <p>También recibirá lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sacos de dormir y pañales para bebés • Una invitación a los baby shower organizados por Molina (trimestralmente por región) • Libro “Baby Basics” (Conceptos básicos del bebé) • Transporte a citas del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), clases de parto psicoprofiláctico (Lamaze) y sobre crianza
Exámenes físicos deportivos	Exámenes físicos deportivos anuales realizados por un médico de atención primaria (PCP) para niños de 10 a 18 años
Exámenes físicos para adultos	Exámenes físicos de rutina realizados por un PCP para adultos mayores de 21 años
Cascos de bicicleta	Un casco de bicicleta al año para menores de 18 años
Transiciones de atención para niños en cuidado temporal	Mochila con útiles (artículos de higiene personal, guías de recursos comunitarios, mapas del área) para niños en cuidado temporal que salen de este tipo de colocación



Sus medicamentos recetados

Comprender su cobertura de medicamentos recetados

Conéctese a nuestro portal seguro desde cualquier dispositivo, esté donde esté. Cambie de médico y actualice sus medicamentos recetados y los medicamentos que su proveedor indica (“receta”) para usted. Por lo general, Cardinal Care cubrirá (“pagará”) sus medicamentos si su PCP u otro proveedor escribe una receta y el medicamento recetado está en la Lista de medicamentos preferidos. Si es nuevo en Cardinal Care, puede seguir recibiendo los medicamentos que ya toma durante un máximo de 30 días (o menos si los medicamentos están autorizados para menos de 30 días). Si está embarazada o tiene necesidades sociales o de salud importantes, puede seguir recibiendo los medicamentos que ya toma durante un máximo de 60 días (o menos si los medicamentos están autorizados para menos de 60 días). Si un medicamento recetado que necesita no está en la Lista de medicamentos preferidos, aún puede obtenerlo si es médicamente necesario.

Para saber qué medicamentos recetados cubre Cardinal Care y el DSS, consulte la Lista de medicamentos preferidos en [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com). La Lista de medicamentos preferidos puede cambiar durante el año, pero Cardinal Care siempre tendrá la información más actualizada.

Puede acceder o descargar el directorio de proveedores y farmacias en [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com) o recibir una copia impresa llamando al **(800) 424-4518** (TTY/TDD: 711). Una lista de medicamentos preferidos es una lista de los medicamentos que cubre el plan y que son seguros y útiles para recibir atención de calidad. Por lo general, cubriremos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos preferidos siempre que sean médicamente necesarios, se obtengan en una farmacia participante y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados y detalles sobre límites de cantidad, requisitos de aprobación previa y límites de edad, visite [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com).

Por ley, algunos medicamentos no pueden estar cubiertos, incluidos los medicamentos experimentales, los medicamentos para la pérdida o el aumento de peso, los medicamentos utilizados para estimular la fertilidad o para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, y los medicamentos utilizados con fines estéticos.

Medicamentos recetados para los miembros de FAMIS

Los medicamentos recetados genéricos para pacientes ambulatorios están cubiertos. Si elige un medicamento de marca, usted es responsable del 100% de la diferencia entre el cargo permitido del medicamento genérico y el medicamento de marca.

Comprender los medicamentos con reglas y restricciones especiales

Algunos medicamentos tienen reglas o restricciones que limitan cómo y cuándo puede obtenerlos. Por ejemplo, un medicamento puede tener un límite de cantidad, lo que significa que solo puede obtener una cierta cantidad del medicamento cada vez que surte su receta. Para los medicamentos con reglas especiales, es posible que necesite una autorización de servicio de Cardinal Care antes de obtener su medicamento recetado. Consulte la sección [Obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos](#). Es posible que Cardinal Care no cubra el medicamento si no obtiene la aprobación.

Para determinar si el medicamento que necesita tiene una regla especial, consulte la Lista de medicamentos preferidos. Si Cardinal Care deniega o limita su cobertura de un medicamento y usted no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a apelar (consulte la sección [Apelaciones y reclamos](#)).

En algunos casos, Cardinal Care puede requerir “tratamiento escalonado”. Esto implica probar un medicamento (por lo general, uno que sea menos costoso) antes de que el plan cubra otro medicamento (por lo general, uno que sea más costoso) para su afección médica. Si el primer medicamento no funciona, puede probar el segundo medicamento.

Suministro de emergencia de medicamentos

Si alguna vez necesita un medicamento y no puede obtener una autorización de servicio lo suficientemente rápido (por ejemplo, durante el fin de semana o un feriado), puede obtener un suministro a corto plazo para 72 horas del medicamento si el farmacéutico cree que su salud estaría en riesgo sin el beneficio del medicamento. Cuando esto sucede, los farmacéuticos pueden ingresar un código de anulación o un número de autorización previa (es decir, 11112222333) y un código de tipo de PA (autorización previa) (es decir, 8) para autorizar un suministro de emergencia para 72 horas.

Suministro de medicamentos a largo plazo

Medicaid de Virginia exige que Molina Healthcare brinde cobertura de un suministro máximo para 90 días de muchos medicamentos de mantenimiento. La lista de medicamentos de mantenimiento elegibles incluye muchos medicamentos muy utilizados en la Lista de medicamentos preferidos de Molina, que los miembros generalmente reciben para un tratamiento a largo plazo. Los miembros serán elegibles para esta política después de recibir dos surtidos de medicamentos de esta lista para 34 días o menos. Para ver qué medicamentos están incluidos en la Lista de suministros para 90 días, revise la lista [aquí](#) o en [MolinaHealthcare.com](#). Si un medicamento no está en la lista de mantenimiento, puede recibir un suministro máximo para 34 días de los medicamentos.

Obtener sus medicamentos en una farmacia de la red

Cuando su proveedor solicite un medicamento recetado para usted, deberá obtenerlo en una farmacia de la red (excepto durante una emergencia). Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir medicamentos para los miembros de Cardinal Care. Para encontrar una farmacia de la red, utilice el directorio de proveedores disponible [aquí](#). Puede utilizar cualquier farmacia de la red de Molina.

Si necesita cambiar de farmacia, puede pedirle a la farmacia que transfiera su receta a otra farmacia de la red. Si la farmacia deja la red de Cardinal Care, puede encontrar una nueva farmacia en el directorio de proveedores o llamando a Servicios para Miembros al **(800) 424-4518** (TTY/TDD: 711).

Cuando vaya a la farmacia de la red a dejar una receta o recoger sus medicamentos, muestre su tarjeta de identificación de miembro de Cardinal Care. Si tiene Medicare, muestre la tarjeta de Medicare y la tarjeta de identificación de miembro de Cardinal Care. Llame a Servicios para Miembros o a su administrador de atención si tiene preguntas o necesita ayuda para surtir una receta o encontrar una farmacia de la red.

Recibir sus medicamentos por correo en su hogar

A veces, es posible que necesite un medicamento que no está disponible en una farmacia cercana, como un medicamento que se usa para tratar una afección compleja o que requiere manejo y cuidado especiales. Si esto sucede, una farmacia especializada enviará estos medicamentos a su hogar o al consultorio del proveedor.

Molina utiliza la farmacia de servicio de pedido por correo CVS Caremark para entregar en el hogar los suministros para 90 días de los medicamentos que toma regularmente. Este beneficio está disponible para los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos para 90 días del DMAS. Llame a la farmacia de servicio de pedido por correo de CVS Caremark al **(844) 285-8668** (TTY/TDD: 711) para comenzar a utilizar este servicio. Se puede obtener información adicional en [Caremark.com](https://www.caremark.com).

Programa de seguridad y gestión de utilización del paciente

Algunos miembros que necesitan apoyo adicional con la administración de sus medicamentos pueden inscribirse en el Programa de Seguridad y Gestión de Utilización del Paciente. El programa ayuda a coordinar sus medicamentos y servicios para que funcionen juntos de una manera que no perjudique su salud. Los miembros del Programa de Seguridad y Gestión de Utilización del Paciente pueden estar restringidos (o limitados) a usar solo una farmacia para obtener sus medicamentos.

Cardinal Care le enviará una carta con más información si está en el Programa de Seguridad y Gestión de Utilización del Paciente. Si se lo inscribe en el programa pero cree que no debería estarlo, puede apelar en un plazo de 60 días después de recibir la carta (consulte la sección [Apelaciones y reclamos](#)).

Programa de farmacias especializadas

A veces, es posible que necesite un medicamento que no está disponible en una farmacia cercana, como un medicamento que se usa para tratar una afección compleja o que requiere manejo y cuidado especiales. Estos medicamentos especializados pueden ser orales, pero muchas veces son medicamentos que se aplican mediante inyección, infusión o inhalación. Si esto sucede, una farmacia especializada enviará estos medicamentos a su hogar o al consultorio del proveedor. Es posible que necesiten almacenamiento o manipulación especial. La farmacia CVS Specialty es nuestra farmacia especializada preferida. Nos gustaría que la farmacia CVS Specialty le envíe el medicamento especializado por correo. La farmacia CVS Specialty trabajará en estrecha colaboración con usted y su proveedor para brindarle lo que necesita para ayudar a controlar su afección.

Las solicitudes de medicamentos recetados especializados para miembros de Molina deben enviarse a CVS Specialty para poder obtenerlos. Llame a CVS Specialty al

(800) 237-2767 (TTY/TDD: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 10:00 p. m., hora local. La farmacia está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana para emergencias.

¿Tiene preguntas? Llame a CVS Specialty al **(800) 237-2767** (TTY/TDD 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 10:00 p. m., hora local. La farmacia está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana para emergencias.

Medicamentos de venta libre

Molina paga los medicamentos de venta libre (OTC) incluidos en la Lista de medicamentos preferidos de Medicaid de Virginia o en el Manual de servicios cubiertos de farmacia de la Mancomunidad. Molina también ofrece un beneficio de artículos de venta libre (OTC) mejorado de hasta \$50 por trimestre para medicamentos de venta libre no incluidos en la Lista de medicamentos preferidos de Medicaid de Virginia o en el Manual de servicios cubiertos de farmacia de la Mancomunidad. Para obtener un medicamento de venta libre de la Lista de medicamentos cubiertos de Molina, primero debe obtener una receta del médico. Lleve la receta a una farmacia de la red de Molina o pídale a su médico que llame a la farmacia.

Autorizaciones de servicio de farmacia

Algunos medicamentos tienen reglas o restricciones que limitan cómo y cuándo puede obtenerlos. Por ejemplo, un medicamento puede tener un límite de cantidad, lo que significa que solo puede obtener una cierta cantidad del medicamento cada vez que surte su receta. Para los medicamentos con reglas especiales, es posible que necesite una autorización de servicio de Cardinal Care antes de surtir la receta (consulte la sección **Obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos**). Es posible que Cardinal Care no cubra el medicamento si no obtiene la aprobación. Recuerde, los medicamentos marcados con “PA” en la columna Requisitos/límites de la Lista de medicamentos preferidos requieren autorización de servicio. En algunos casos, Cardinal Care puede requerir “tratamiento escalonado”. Esto implica probar un medicamento (por lo general, uno que sea menos costoso) antes de que el plan cubra otro medicamento (por lo general, uno que sea más costoso) para su afección médica. Si el primer medicamento no funciona, puede probar el segundo medicamento.

Si Cardinal Care deniega o limita su cobertura de un medicamento y usted no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a apelar (consulte la sección **Apelaciones y reclamos**).

Obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos

Si no está de acuerdo con la opinión del proveedor sobre los servicios que necesita, tiene derecho a una segunda opinión. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red de manera gratuita sin necesidad de una remisión. Cuando no puede tener acceso a los proveedores de la red o cuando no pueden satisfacer sus necesidades, Cardinal Care puede remitirlo a un proveedor fuera de la red para una segunda opinión sin costo.

Autorización de servicio

Hay algunos servicios, tratamientos y medicamentos para los que posiblemente deba obtener aprobación. Esto se conoce como autorización de servicio. Su médico será responsable de realizar las solicitudes. Una autorización de servicio ayuda a determinar si ciertos servicios son médicamente necesarios y si Cardinal Care puede cubrirlos para usted. Después de evaluar sus necesidades y hacer una recomendación de atención, su proveedor debe enviar una solicitud para una autorización de servicio a Cardinal Care con información que explique por qué necesita el servicio. Esto ayuda a garantizar que se les pueda pagar por los servicios que le brindan.

Si es nuevo en Cardinal Care, respetaremos cualquier autorización de servicio realizada por el DSS u otro plan de salud durante 60 días como máximo (o hasta que finalice la autorización si sucede antes). Este período de 60 días también se aplica a miembros embarazadas o que tengan necesidades sociales o de salud importantes.

Consulte la sección **Sus beneficios** para ver los servicios específicos que requieren autorización de servicio.

Nunca se requiere autorización de servicio para servicios de atención primaria, atención de emergencia, servicios preventivos, servicios de EI, servicios de planificación familiar, atención prenatal básica o servicios cubiertos por Medicare.

Cómo obtener una autorización de servicio

Si los servicios que necesita están cubiertos a través de Medicare, no se requiere una autorización de servicio de Molina. Si tiene preguntas sobre qué servicios están cubiertos por Medicare, comuníquese con su plan de salud de Medicare. También puede comunicarse con el administrador de atención.

Las decisiones se basan en lo que es adecuado para cada miembro y en el tipo de atención y servicios que se necesitan. Analizamos los estándares de atención según lo siguiente:

Analizamos los estándares de atención según lo siguiente:

- Políticas médicas
- Pautas clínicas nacionales
- Pautas de Medicaid
- Sus beneficios de salud

Molina no recompensa a los empleados, consultores u otros proveedores por lo siguiente:

- Denegar atención o servicios que necesita.
- Apoyar las decisiones que aprueben menos de lo que necesita.
- Decir que no tiene cobertura.

No se requieren autorizaciones de servicio para servicios de intervención temprana, atención de emergencia, servicios de planificación familiar (incluidos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada), servicios preventivos o atención prenatal básica.

Para obtener más información sobre cómo solicitar aprobación de servicios u obtener una autorización, puede comunicarse con Servicios para Miembros de Cardinal Care al **(800) 424-4518** (TTY/TDD: 711). El Departamento de Servicios para Miembros o el administrador de atención pueden ayudar a responder sus preguntas y brindarle más información sobre cómo solicitar una autorización de servicio. Si desea solicitar un servicio específico que requiere una autorización de servicio, su administrador de atención puede ayudarle a encontrar el proveedor adecuado que le ayude a determinar si necesita el servicio.

Plazo para la revisión de la autorización de servicio

Después de recibir su solicitud de autorización de servicio, Molina tomará una decisión sobre si aprobará o denegará la solicitud. Normalmente, Molina le dará un aviso por escrito tan pronto como sea necesario y dentro de los 14 días calendario. Si esperar tanto tiempo podría perjudicar gravemente su salud o capacidad para funcionar, decidiremos más rápidamente y, en su lugar, le enviaremos un aviso por escrito dentro de los tres días calendario.

Molina tomará las decisiones sobre los servicios de farmacia dentro de las 24 horas. Los fines de semana o feriados, podemos autorizar un suministro de emergencia para 72 horas de los medicamentos recetados. Esto le da tiempo a su proveedor para enviar una solicitud de autorización de servicio y para que usted pueda recibir un suministro adicional del medicamento recetado después de que se agote el suministro de emergencia para 72 horas.

Molina se comunicará con su proveedor si necesitamos más información o tiempo para tomar una decisión sobre su autorización de servicio. Se le informará lo que le comunicamos al proveedor que presenta la solicitud. Si no está de acuerdo con que Molina se tome más tiempo para revisar su solicitud o no está conforme con la forma en que manejamos su solicitud, consulte la sección [Apelaciones y reclamos](#), para saber cómo presentar un reclamo. Puede hablar con el administrador de atención sobre sus preocupaciones o puede llamar a la línea de ayuda para la inscripción en la atención administrada de Cardinal Care al **(800) 643-2273** (TTY/TDD: **(800) 817-6608**). Si tiene más información para compartir con el plan que ayudaría a tomar una decisión sobre su caso, entonces usted, alguien de su confianza o su proveedor pueden pedirle a Molina que se tome más tiempo para tomar una decisión a fin de incluir la información adicional.

Determinaciones adversas de beneficios

Si Molina deniega una solicitud de autorización de servicio, esto se denomina determinación adversa de beneficios. También puede ocurrir una determinación adversa de beneficios cuando el plan aprueba solo una parte de la solicitud de atención o un monto de servicio menor que el que solicitó su proveedor. Ejemplos de determinaciones adversas de beneficios incluyen cuando Cardinal Care hace lo siguiente:

- Deniega o limita una solicitud de atención médica u otros servicios que usted o su proveedor creen que debería recibir, incluidos servicios fuera de la red del proveedor.
- Reduce, interrumpe o detiene la atención médica u otros servicios que ya recibía.
- No proporciona los servicios de manera oportuna.
- No actúa de manera oportuna para abordar quejas y apelaciones.
- Deniega su solicitud de reconsiderar una obligación financiera.
- No paga parte o la totalidad de su atención o servicios de salud.

Si Cardinal Care toma una determinación adversa de beneficios, el plan generalmente se los notificará a usted y a su proveedor por escrito al menos 15 días antes de realizar cambios en el servicio. Pero, si no recibe el aviso de Cardinal Care, deberá suponer que su solicitud de autorización de servicio fue denegada. Cuando Cardinal Care le informe sobre la decisión por escrito, le informaremos cuál fue la decisión, por qué se tomó y cómo apelar si no está de acuerdo. Debe compartir una copia de la decisión con su proveedor. Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una apelación. Consulte la sección [Apelaciones y reclamos](#), para obtener más información sobre el proceso de apelaciones.

Llame a Servicios para Miembros al (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711) para informar lo siguiente:

- Si cambió su nombre, dirección, número de teléfono o correo electrónico (consulte la sección [Bienvenido](#)).
- Si su seguro de salud (de su empleador o compensación laboral) cambia de alguna manera o tiene reclamaciones de responsabilidad, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si se daña, pierde o le roban la tarjeta de identificación de miembro.
- Si tiene problemas con los proveedores o el personal de atención médica.
- Si es ingresado en un centro de enfermería o en el hospital.
- Si cambia su cuidador o cualquier persona que sea responsable por usted.
- Si participa en un ensayo clínico o estudio de investigación.



Apelaciones y reclamos

Apelaciones

Cuándo presentar una apelación ante Cardinal Care

Tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con una determinación adversa de beneficios (consulte la sección **Obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos**) que Cardinal Care toma sobre su cobertura de salud o servicios cubiertos. Usted (o alguien de su confianza) debe apelar en un plazo de 60 días calendario después de conocer la decisión de la solicitud de autorización de servicio. Si decide permitir que alguien de su confianza presente la apelación en su nombre, debe llamar a Servicios para Miembros al **(800) 424-4518** (TTY/TDD: 711) e informarle a Molina. Consulte la sección **Obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos**, para obtener más información sobre las autorizaciones de servicio y las determinaciones adversas de beneficios. Si necesita ayuda con una apelación, puede hablar con su administrador de atención.

No perderá la cobertura si presenta una apelación. En algunos casos, es posible que siga recibiendo los servicios que fueron denegados mientras espera una decisión sobre la apelación. Comuníquese con Servicios para Miembros si la apelación es sobre un servicio que está programado para ser finalizado o reducido. Si la apelación no se decide a su favor, es posible que deba pagar los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

Cómo enviar una apelación a Cardinal Care

Puede presentar la apelación por teléfono o por escrito. Puede presentar una solicitud de apelación estándar (regular) o acelerada (rápida). Puede decidir presentar una apelación acelerada si usted o su proveedor creen que su afección de salud o la necesidad de recibir los servicios requieren una revisión urgente.

Solicitudes por teléfono

(800) 424-4518

TTY/TDD: 711

Solicitudes por escrito

Envíe la solicitud a la siguiente dirección:

Appeals & Grievances

Molina Healthcare, Inc.

PO Box 36030

Louisville, KY 40233-6030

Solicitudes por fax

(866) 325-9157

Plazo para presentar una apelación ante Cardinal Care

Cuando presente una apelación, asegúrese de informar a Molina cualquier información nueva o adicional que desee que utilicemos para tomar la decisión de apelación. También puede llamar a Servicios para Miembros si necesita ayuda. Molina le enviará una carta para informarle que recibimos su apelación.

Si necesitamos más información para ayudar a tomar una decisión de apelación, le enviaremos un aviso por escrito en un plazo de dos días calendario después de recibir su apelación para informarle qué información se necesita. Para apelaciones aceleradas (es decir, apelaciones que deben realizarse más rápido de lo normal), Molina también lo llamará de inmediato. Si necesitamos más información, la decisión sobre su apelación estándar o acelerada podría retrasarse hasta 14 días con respecto a los plazos respectivos.

Si Molina tiene toda la información que necesita de usted, sucederá lo siguiente:

- En un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación acelerada, le enviaremos un aviso por escrito e intentaremos brindarle un aviso sobre la decisión de manera oral.
- En un plazo de 30 días después de recibir su solicitud de apelación estándar, Molina le enviará un aviso por escrito sobre la decisión.

Si no está satisfecho con la decisión de apelación de Molina

Puede presentar una apelación ante el DSS a través de lo que se denomina el proceso de audiencia justa estatal después de presentar una apelación ante Molina si sucede lo siguiente:

- No está de acuerdo con la decisión de apelación definitiva que recibe de Molina.
-
- Molina no responde a su apelación de manera oportuna.

Al igual que el proceso de apelaciones de Molina, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que fueron denegados mientras espera una decisión sobre la apelación de la audiencia justa estatal (pero, en última instancia, es posible que deba pagar estos servicios si se deniega su apelación de la audiencia justa estatal).

Cómo presentar una apelación de audiencia justa estatal

Usted (o su representante autorizado) debe apelar ante el estado en un plazo de 120 días calendario a partir del momento en que Molina emita su decisión de apelación definitiva. Puede apelar por teléfono, por escrito o de manera electrónica. Si apela por escrito, puede escribir su propia carta o utilizar el formulario de solicitud de apelación del DSS. Asegúrese de incluir una copia completa del aviso final por escrito que muestre la decisión de apelación de Molina y cualquier documento que desee que revise el DSS. Si eligió un representante autorizado, debe proporcionar documentos que demuestren que esa persona puede actuar en su nombre.

Si desea que la audiencia justa estatal se maneje rápidamente, debe indicar de manera clara "SOLICITUD ACELERADA" en la solicitud de audiencia justa estatal. También debe pedirle a su proveedor que envíe una carta al Departamento que explique por qué necesita una solicitud de audiencia justa estatal acelerada.

Solicitudes por escrito	Department of Medical Assistance Services Appeals Division 600 E. Broad Street Richmond, VA 23219 Fax: (804) 452-5454
--------------------------------	---

Solicitudes electrónicas	Sitio web: Dmas.virginia.gov/appeals Correo electrónico: appeals@dmas.virginia.gov
---------------------------------	---

Cómo presentar la solicitud de audiencia justa estatal

Usted o su representante, en su nombre, podrá presentar la solicitud de apelación de cualquiera de las siguientes maneras:

- 1. De manera electrónica:** visite dmas.virginia.gov/appeal o envíe un correo electrónico en appeals@dmas.virginia.gov.
- 2. Por fax:** envíe su solicitud de apelación por fax al DMAS al **(804) 452-5454**.
- 3. Por correo o en persona:** envíe o lleve su solicitud de apelación a la División de Apelaciones, Departamento de Servicios de Asistencia Médica, 600 E. Broad Street, Richmond, VA 23219.
- 4. Por teléfono:** llame a al DMAS al **(804) 371-8488** (TTY/TDD: **(800) 828-1120**).

Para ayudarle a preparar su apelación, hay un formulario de solicitud de apelación disponible del DMAS en dmas.virginia.gov/appeals o puede llamar al **(804) 371-8488**. También puede escribir su propia carta.

Plazo para la apelación de audiencia justa estatal

Después de presentar la apelación de audiencia justa estatal, el DSS le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia programada. La mayoría de las audiencias se pueden realizar por teléfono. También puede solicitar una audiencia en persona.

Si califica para una apelación acelerada de audiencia justa estatal, la audiencia generalmente se realizará en uno o dos días después de que el DSS reciba la carta de solicitud acelerada de su proveedor. El DSS emitirá una decisión sobre la apelación por escrito en un plazo de 72 horas después de recibir la carta de solicitud acelerada del proveedor.

Para las apelaciones estándar de audiencia justa estatal, el DSS generalmente emitirá una decisión sobre la apelación por escrito en un plazo de 90 días después de la presentación de la apelación. El plazo de 90 días no incluye la cantidad de días entre la decisión de Cardinal Care sobre su apelación y la fecha en que envió la solicitud de audiencia justa estatal al Departamento. Tendrá la oportunidad de participar en una audiencia y presentar su postura.

Resultado de la audiencia justa imparcial

Si la audiencia justa estatal revierte la decisión de apelación de Molina, debemos autorizar o brindar los servicios tan rápido como su afección lo requiera y antes de las 72 horas a partir de la fecha en que el DSS nos brinde el aviso. Si siguió recibiendo servicios mientras esperaba una decisión sobre su apelación de audiencia justa estatal, Cardinal Care debe pagar esos servicios. Si la apelación no se decide a su favor, es posible que deba pagar los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación. La decisión de la audiencia justa estatal es la decisión definitiva del DSS. Si no está de acuerdo, puede apelar ante el tribunal de circuito local.

Reclamos

Cuándo presentar un reclamo

Usted tiene derecho a presentar un reclamo (una “queja”) en cualquier momento. No perderá su cobertura por presentar un reclamo.

Puede presentar un reclamo sobre cualquier tema excepto una decisión sobre su cobertura de salud o los servicios cubiertos. (Para ese tipo de problemas, deberá presentar una apelación; consulte más arriba). Puede presentar un reclamo ante Molina o una organización externa si no está satisfecho. Puede presentar reclamos sobre lo siguiente:

- Accesibilidad: por ejemplo, si no puede acceder físicamente al consultorio/las instalaciones de su proveedor o necesita asistencia de idiomas y no la obtuvo.
- Calidad: por ejemplo, si no está satisfecho con la calidad de la atención que recibió en el hospital.
- Atención al cliente: por ejemplo, si su proveedor o el personal de atención médica fue descortés con usted.
- Tiempos de espera: por ejemplo, si tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar mucho tiempo para ver a su proveedor.
- Privacidad: por ejemplo, si alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió su información confidencial.

Cómo presentar un reclamo ante Molina

Para presentar un reclamo ante Molina, llame a Servicios para Miembros al **(800) 424-4518** (TTY/TDD: 711). Puede enviar un reclamo por escrito a la siguiente dirección:

Appeals and Grievances
Molina HealthCare, Inc.
PO Box 36030
Louisville, KY 40233-6030

Asegúrese de incluir detalles sobre el motivo del reclamo para que podamos ayudarle lo mejor que podamos.

Molina le informará nuestra decisión en un plazo de 90 días calendario después de recibir su reclamo. Si el reclamo es sobre su solicitud de apelación acelerada (consulte más arriba), responderemos en un plazo de 24 horas después de recibir su reclamo.

Cómo presentar un reclamo ante una organización externa

Para presentar un reclamo ante una organización externa que no esté afiliada a Cardinal Care, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a la línea de ayuda para la inscripción en la atención administrada de Cardinal Care al **(800) 643-2273** (TTY/TDD: **(800) 817-6608**).
- Comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:
 - **Solicitudes por teléfono: (800) 368-1019** (TTY/TDD: **(800) 537-7697**).
 - **Solicitudes por escrito:** Office of Civil Rights - Region III, Department of Health and Human Services, 150 S Independence Mall West Suite 372, Public Ledger Building, Philadelphia, PA 19106; o por fax al **215-861-4431**.
- Comunicarse con el Defensor del pueblo de atención a largo plazo de Virginia (para reclamos o preocupaciones sobre transiciones de un centro de enfermería o un centro de vida asistida a la comunidad, traslados o altas involuntarias, o planificación de alta no segura realizada en su nombre):
 - **Solicitudes por teléfono: (800) 552-5019** (TTY/TDD: **(800) 464-9950**).
 - **Solicitudes por escrito:** Virginia Office of the State Long-Term Care Ombudsman, Virginia Department for Aging and Rehabilitative Services, 8004 Franklin Farms Drive Henrico, Virginia 23229.
- Comunicarse con la Oficina de Licencias y Certificación del Departamento de Salud de Virginia (para reclamos específicos de centros de enfermería, hospitales para pacientes internados y ambulatorios, centros de aborto, organizaciones de atención domiciliaria, programas de hospicio, centros de diálisis, laboratorios clínicos y planes de salud):
 - **Solicitudes por teléfono: (800) 955-1819** (TTY/TDD: 711).
 - **Solicitudes por escrito:** Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Maryland Drive, Suite 401, Henrico, Virginia 23233-1463; o por correo electrónico a: OLC-Complaints@vdh.virginia.gov.

Costos compartidos

Copagos

Los copagos implican que usted paga una cantidad fija por ciertos servicios cubiertos por Cardinal Care o el DSS. La mayoría de los miembros no deberán copagos por los servicios cubiertos. Sin embargo, existen algunas excepciones (consulte más abajo). Si recibe una factura por un servicio cubierto, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda al (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711). Recuerde, si recibe servicios que no están cubiertos a través de Cardinal Care o el DSS, deberá pagar el costo total usted mismo.

Si tiene Medicare, es posible que tenga copagos por los medicamentos recetados cubiertos por la Parte D de Medicare.

Pago que corresponde al paciente

Si recibe LTSS, es posible que deba pagar parte de su atención. Esto se denomina monto de pago que corresponde al paciente. Si tiene Medicare, es posible que también deba pagar la atención en un centro de enfermería especializada. El DSS local le notificará si tiene responsabilidad de pago que corresponde al paciente y podrá responder preguntas sobre el monto de pago que le corresponde.

Primas

No debe pagar una prima por su cobertura. Sin embargo, el DSS paga a Cardinal Care una prima mensual por su cobertura. Si está inscrito en el plan pero en realidad no califica para la cobertura porque la información que proporcionó al DSS o a Cardinal Care no era verdadera o porque no informó un cambio (como un aumento en sus ingresos, que podría afectar su elegibilidad para Medicaid/FAMIS), es posible que deba pagar al DSS el costo de las primas mensuales. Deberá pagar al DSS incluso si no recibió servicios durante esos meses.



Sus derechos

Derechos generales

Como miembro de Cardinal Care, tiene derecho a lo siguiente:

- No ser discriminado por motivos de raza, color, origen étnico o nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad y expresión de género, religión, creencias políticas, estado civil, embarazo o parto, estado de salud o discapacidad.
- Ser tratado con respeto y consideración con respecto a su privacidad y dignidad.
- Obtener información (incluso a través de este manual) sobre su plan de salud, proveedor, cobertura y beneficios.
- Obtener información de una manera que pueda comprender fácilmente. Recuerde: hay servicios de interpretación, traducción escrita y ayudas auxiliares disponibles de forma gratuita.
- Acceder a la atención y los servicios de salud de manera oportuna, coordinada y culturalmente competente.
- Obtener información de su proveedor y plan de salud sobre las opciones de tratamiento.
- Participar en todas las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a decir “no” a cualquier tratamiento ofrecido.
- Solicitar ayuda a su plan de salud si el proveedor no ofrece un servicio por razones morales o religiosas.
- Obtener una copia de su historia clínica y solicitar cambios o correcciones.
- Mantener la confidencialidad y privacidad de su historia clínica y tratamiento. Cardinal Care de Molina Healthcare solo divulgará su información si lo permite la ley federal o estatal, o si es necesario para controlar la calidad de la atención o proteger contra el fraude, despilfarro y abuso.
- Vivir con seguridad en el entorno de su elección. Si usted o alguien que conoce es víctima de abuso o abandono o se aprovechan económicamente de usted o de alguien que conoce, llame al DSS local o al DSS de Virginia al (888) 832-3858. Esta llamada es gratuita.
- Ejercer sus derechos sin que los proveedores, Cardinal Care de Molina Healthcare o el Departamento lo traten mal.
- No sufrir ningún tipo de retención o reclusión como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Presentar apelaciones y reclamos y solicitar una audiencia justa estatal (consulte la sección **Apelaciones y reclamos**).
- Ejercer cualquier otro derecho garantizado por las leyes federales o estatales (por ejemplo, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades).

Directivas anticipadas

Las directivas anticipadas son instrucciones por escrito para quienes lo cuidan que les indican qué hacer si usted no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo. Su directiva anticipada indica el tipo de atención que desea o no desea recibir si se enferma o lesiona de tal manera que no puede hablar por sí mismo. Es su derecho y decisión completar una directiva anticipada. Molina Healthcare es responsable de brindarle información por escrito sobre las directivas anticipadas y su derecho a crear una directiva anticipada según la ley de Virginia. Molina Healthcare también debe ayudarlo a comprender por qué es posible que Molina Healthcare no pueda seguir sus directivas anticipadas.

Si quiere tener una directiva anticipada, puede completar un formulario de directiva anticipada. Puede obtener un formulario de directiva anticipada de la siguiente manera:

- En Virginiaadvancedirectives.org.
- A través de su administrador de atención, si tiene uno.
- A través de su proveedor, un abogado, una agencia de servicios legales, un trabajador social, el hospital.
- En Servicios para Miembros de Molina Healthcare, si corresponde.

Puede cancelar o cambiar su directiva anticipada o poder legal si cambian sus decisiones o preferencias sobre las decisiones de atención médica o su representante autorizado. Si el proveedor no sigue su directiva anticipada, se pueden presentar reclamos ante la División de Cumplimiento del Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia de la siguiente manera:

- **Por teléfono: (800) 533-1560** (TTY/TDD: 711).
- **Por correo electrónico: enfcomplaints@dhp.virginia.gov.**
- **Por escrito:** Virginia Department of Health Professions, Enforcement Division, 9960 Maryland Drive, Suite 300, Henrico, Virginia 23233-146.

Si cree que Molina Healthcare no le proporcionó la información que necesita sobre las directivas anticipadas, o le preocupa que Molina Healthcare no siga su directiva anticipada, puede comunicarse con el Departamento para presentar un reclamo de la siguiente manera:

- **Por teléfono: (800) 643-2273** (TTY/TDD: 711).
- **Por correo electrónico: DMAS-Info@dmas.virginia.gov.**
- **Por escrito:** Department of Medical Assistance Services, 600 East Broad Street, Richmond, Virginia 23219.

Comité Asesor de Miembros

Tiene derecho a informarnos cómo el DSS y Cardinal Care pueden brindarle un mejor servicio. Puede hacerlo participando del Comité Asesor de Miembros. Como miembro del comité, puede participar en reuniones educativas que se realizan una vez cada tres meses. Puede asistir de forma presencial o virtual. Asistir a las reuniones del comité les dará a usted y a su cuidador o familia la oportunidad de brindar su opinión sobre Cardinal Care y conocer a otros miembros. Si desea obtener más información o desea asistir, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sus responsabilidades

Responsabilidades generales

Como miembro de Cardinal Care, usted tiene algunas responsabilidades. Entre otras, las siguientes:

- Seguir este manual, comprender sus derechos y hacer preguntas cuando no comprende o quiere obtener más información.
- Tratar a sus proveedores, al personal de Molina y a otros miembros con respeto y dignidad.
- Elegir a su PCP y, si es necesario, cambiarlo (consulte la sección [Su PCP](#)).
- Llegar a tiempo a las citas y llamar al consultorio del proveedor lo antes posible si debe cancelar una cita o si llegará tarde.
- Mostrar su tarjeta de identificación de miembro siempre que reciba atención y servicios (consulte la sección [Descripción general de Cardinal Care](#)).
- Proporcionar (en la medida de su capacidad) información completa y precisa sobre sus antecedentes médicos y sus síntomas.
- Trabajar con su administrador y equipo de atención para crear y seguir el mejor plan de atención para usted (consulte la sección [Coordinación de la atención y administración de la atención](#)).
- Invitar a su equipo de atención a personas que le ayudarán y le brindarán apoyo para que se incluyan en su tratamiento.
- Informar a Cardinal Care cuando necesite cambiar su plan de atención.
- Obtener servicios cubiertos de la red de Molina cuando sea posible (consulte la sección [Su PCP](#)).
- Obtener la aprobación de Cardinal Care para los servicios que requieren una autorización de servicio (consulte la sección [Obtener aprobación para sus servicios, tratamientos y medicamentos](#)).
- Usar la sala de emergencias únicamente para emergencias.
- Pagar los servicios que reciba y que no estén cubiertos por Cardinal Care o el DSS.
- Informar sospechas de fraude, despilfarro y abuso (consulte más abajo).

Llame a Servicios para Miembros al (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711) para informar lo siguiente:

- Si cambió su nombre, dirección, número de teléfono o correo electrónico (consulte la sección *Bienvenido*).
- Si su seguro de salud (de su empleador o compensación laboral) cambia de alguna manera o tiene reclamaciones de responsabilidad, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si se daña, pierde o le roban la tarjeta de identificación de miembro.
- Si tiene problemas con los proveedores o el personal de atención médica.
- Si es ingresado en un centro de enfermería o en el hospital.
- Si cambia su cuidador o cualquier persona que sea responsable por usted.
- Si participa en un ensayo clínico o estudio de investigación.

Denunciar fraude, despilfarro y abuso

Como miembro de Cardinal Care, usted es responsable de informar sospechas de fraude, despilfarro y abuso y de asegurarse de no generar ni participar en fraude, despilfarro o abuso. El fraude es el engaño intencional o la tergiversación hecha por una persona que sabe que la acción podría resultar en un beneficio no autorizado para ella u otra persona. El despilfarro es el uso excesivo, uso insuficiente o mal uso de los recursos de Medicaid. El abuso es ocasionar costos innecesarios al programa Medicaid o pagar servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con ciertos estándares de atención médica.

Estos son ejemplos de fraude, despilfarro y abuso por parte de los miembros:

- Informar falsamente ingresos o bienes para calificar para Medicaid.
- Vivir de manera permanente en un estado que no sea Virginia mientras recibe los beneficios de Cardinal Care.
- Usar la tarjeta de identificación de miembro de otra persona para obtener servicios.
- Proporcionar servicios que no son médicamente necesarios.
- Facturar servicios que no se proporcionan.
- Cambiar historias clínicas para encubrir actividades ilegales.

En la siguiente tabla, se incluye información sobre cómo denunciar sospechas de fraude, despilfarro o abuso.

La línea directa de fraude y abuso del Departamento

Teléfono

(804) 786-1066
Número gratuito: (866) 486-1971
TTY/TDD: 711

Correo electrónico

RecipientFraud@DMAS.virginia.gov

Correo postal

Department of Medical Assistance Services,
Recipient Audit Unit
600 East Broad St Suite 1300
Richmond, VA 23219

Unidad de Control de Fraudes de Medicaid de Virginia (Oficina del Fiscal General)

Teléfono

(804) 371-0779

Número gratuito: (800) 371-0824

TTY/TDD: 711

Correo electrónico

MFCU_mail@oag.state.va.us

Fax

(804) 786-3509

Correo postal

Office of the Attorney General
Medicaid Fraud Control Unit
202 North Ninth Street
Richmond, VA 23219

Línea directa de fraude, despilfarro y abuso de la Oficina del Inspector General del estado de Virginia

Teléfono

(800) 723-1615

TTY/TDD: 711

Correo electrónico

covhotline@osig.virginia.gov

Fax

(804) 371-0165

Correo postal

State Fraud, Waste, and Abuse Hotline
101 N. 14th Street
The James Monroe Building 7th Floor
Richmond, VA 23219

Definiciones

Responsabilidades generales

Administración de la atención: apoyo continuo brindado a miembros con necesidades importantes de salud, sociales y de otro tipo por parte del administrador de atención del plan de salud. Los servicios de administración de la atención incluyen una revisión cuidadosa de las necesidades del miembro, el desarrollo de un plan de atención, comunicación regular con un administrador de atención y el equipo de atención del miembro, y ayuda para obtener transiciones de servicios sociales y atención médica entre diferentes entornos de atención médica.

Administrador de atención: un profesional de salud que trabaja para el plan de salud y tiene experiencia especial en la atención médica y está asignado a ciertos miembros que tienen necesidades más importantes y trabaja en estrecha colaboración con ellos. El administrador de atención trabaja con el miembro, sus proveedores y sus familiares/cuidadores para comprender qué atención médica y servicios sociales necesita el miembro, ayudarlo a obtener los servicios que necesita y apoyarlo en la toma de decisiones sobre su atención.

Afección médica de emergencia: cuando una enfermedad o lesión es tan grave que la salud, funciones corporales, órganos o partes del cuerpo de una persona (o, según corresponda, de su hijo no nacido) pueden estar en peligro si no recibe atención médica de inmediato.

Apelación: una solicitud de una persona (o alguien en quien confía que actúe en su nombre) para que el plan de salud revise una solicitud de servicio nuevamente y considere cambiar una determinación adversa de beneficios hecha por el plan de salud sobre la cobertura de salud o los servicios cubiertos.

Asistente de atención médica a domicilio: servicios a corto plazo proporcionados a miembros de Medicaid para ayudarlos con el cuidado personal. Los asistentes de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Atención administrada de Medicaid/FAMIS: cuando el Departamento celebra un contrato con un plan de salud para brindar beneficios de Medicaid/FAMIS a los miembros.

Atención de emergencia (o servicios de emergencia): tratamiento o servicios que recibe una persona por una afección médica de emergencia.

Atención de enfermería especializada: atención o tratamiento especializado que solo puede ser brindado por personal de enfermería autorizado. Ejemplos de necesidades de enfermería especializada incluyen vendajes complejos para heridas, rehabilitación, alimentación por sonda o cambios rápidos en el estado de salud.

Atención de urgencia: atención que recibe una persona por una enfermedad o lesión que necesita atención médica rápidamente y podría convertirse en una emergencia.

Atención en la sala de emergencias: una habitación de hospital con personal y equipos para el tratamiento de personas que requieren atención o servicios médicos inmediatos.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención o tratamiento en un hospital que normalmente no requiere una estadía de una noche.

Atención médica domiciliaria: servicios de atención médica que recibe un miembro en su hogar, que incluye atención de enfermería, servicios de un asistente de atención médica a domicilio, fisioterapia/terapia ocupacional y otros servicios.

Atención prenatal de FAMIS (FAMIS PC): un programa de seguro de salud administrado por el gobierno federal y estatal para mujeres embarazadas que no cumplen con los requisitos para Medicaid o FAMIS MOMS debido a su ciudadanía o estado migratorio. La cobertura comienza durante el embarazo y dura hasta dos meses después del nacimiento del bebé.

Audiencia justa estatal: el proceso en el que un miembro apela ante el estado una decisión tomada por el plan de salud. Las personas pueden presentar una apelación de audiencia justa estatal si el plan de salud no responde o no toma una decisión sobre la apelación de una persona a tiempo, o si la persona no está de acuerdo con la decisión de apelación del plan.

Autorización de servicio (o preautorización): aprobación que puede ser necesaria antes de que un miembro pueda obtener ciertos servicios, tratamientos o medicamentos recetados. Los proveedores del plan de salud solicitan las autorizaciones de servicio para ayudar a garantizar que se le pueda pagar al proveedor por los servicios que brinda al miembro.

Beneficios cubiertos: servicios de atención médica y medicamentos recetados cubiertos por el plan de salud o el Departamento, incluidos los servicios de salud física, servicios de salud del comportamiento y LTSS médicamente necesarios.

Cardinal Care: el programa Medicaid/FAMIS de Virginia, que incluye los dos programas de atención administrada de Medicaid anteriores del estado, Medallion 4.0 y Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus), los miembros de Medicaid de tarifa por servicio (FFS), FAMIS Children (para niños), FAMIS MOMS (para mujeres embarazadas) y FAMIS PC (cobertura prenatal).

Centro de enfermería: un centro de atención médica que brinda atención a personas que no pueden recibir la atención en el hogar pero no necesitan estar en el hospital. Los miembros deben cumplir criterios específicos para vivir en un centro de enfermería.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro con personal y equipos para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de los programas Medicaid y Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados (o medicamentos cubiertos): medicamentos recetados cubiertos (pagados) por el plan de salud. El plan de salud también cubre algunos medicamentos de venta libre.

Coordinación de la atención: ayuda que el plan de salud brinda a los miembros para que comprendan qué servicios están disponibles y cómo obtener la atención médica o los servicios sociales que necesitan. La coordinación de la atención está disponible para todos los miembros, incluidos aquellos a quienes no se les asignó un administrador de atención y no necesitan ni desean recibir administración de la atención.

Copago: un monto fijo en dólares que es posible que un miembro deba pagar por ciertos servicios. La mayoría de los miembros de Cardinal Care no tendrán que pagar copagos por los servicios cubiertos.

Cover Virginia: Virginia: centro de soporte estatal de Virginia. Las personas pueden llamar al (833) 5-CALLVA (TTY/TDD: (888) 221-1590) de forma gratuita o visitar Coverva.org/en para obtener información y solicitar seguro médico, renovar su cobertura, actualizar información y hacer preguntas.

Determinación adversa de beneficios: cualquier decisión del plan de salud de denegar un servicio o una solicitud de autorización de servicio para un miembro. Esto incluye la aprobación de un monto de servicio inferior al solicitado.

Doula: una persona capacitada en la comunidad que brinda apoyo a los miembros y sus familias durante el embarazo, el parto y el nacimiento, y hasta un año después del parto.

Elegible: cumplir las condiciones o los requisitos para un programa.

Equipo de atención: un grupo de proveedores de atención médica, incluidos médicos, personal de enfermería y asesores, seleccionados por el miembro, que le ayudan a obtener la atención que necesita. El miembro y sus cuidadores son parte del equipo de atención.

Equipo médico duradero (DME): equipos y aparatos médicos, como andadores, sillas de ruedas o camas de hospital, que los miembros pueden obtener y usar en su hogar cuando sea médicamente necesario.

Especialista: un proveedor con capacitación adicional sobre servicios en un área específica de la medicina, como un cirujano. La atención que los miembros reciben de un especialista se denomina atención especializada.

Evaluación de salud: una evaluación detallada realizada por el administrador de atención para ayudar a identificar las necesidades, las metas y las preferencias de salud, sociales y de otro tipo de un miembro. La evaluación de salud ayuda a guiar el desarrollo del plan de atención para los miembros que reciben administración de la atención.

Examen de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT): un beneficio requerido a nivel federal al que tienen derecho los miembros menores de 21 años. El EPSDT brinda servicios integrales para identificar la afección de un niño, tratarla y mejorarla o evitar que empeore. El EPSDT se asegura de que los niños y jóvenes reciban los servicios preventivos, dentales, de salud mental, de desarrollo y especializados que sean necesarios.

Examen de salud: una evaluación administrada a todos los miembros por el plan de salud para ayudar a comprender si el miembro se beneficiaría de la administración de la atención. La evaluación pregunta a los miembros sobre sus necesidades de salud, necesidades sociales, afecciones médicas, capacidad para hacer las tareas cotidianas y condiciones de vida.

Exención del Programa CCC Plus: un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) en Virginia que brinda atención en el hogar y la comunidad en lugar de en un centro de enfermería a los miembros que califican.

FAMIS MOMS (para mujeres embarazadas): un programa de seguro de salud administrado por el gobierno federal y estatal para mujeres embarazadas no aseguradas con el mismo nivel de elegibilidad de ingresos que los niños de FAMIS.

Farmacia de la red: una farmacia que aceptó surtir las recetas de los miembros del plan de salud. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de las farmacias de la red del plan de salud.

Fraude, despilfarro y abuso: el fraude es el engaño intencional o la tergiversación hecha por una persona que sabe que la acción podría resultar en un beneficio no autorizado para ella u otra persona. El despilfarro es el uso excesivo, uso insuficiente o mal uso de los recursos de Medicaid. El abuso es la práctica de un miembro o proveedor de ocasionar costos innecesarios al programa Medicaid o pagar servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con ciertos estándares de atención médica.

Hospitalización: cuando una persona ingresa en un hospital como paciente para recibir atención. Esto también se conoce como atención hospitalaria para pacientes internados.

Intervención Temprana (EI): servicios para bebés menores de tres años que no aprenden ni se desarrollan como otros niños. Los servicios pueden incluir terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional, coordinación de servicios y servicios de desarrollo para apoyar el aprendizaje y el desarrollo.

Línea de ayuda para la inscripción en la atención administrada de Cardinal Care: asistencia brindada por una organización que tiene contrato con el Departamento para ayudar a las personas con las actividades de inscripción y la elección de un plan de salud. Los servicios de la línea de ayuda para la inscripción en la atención administrada de Cardinal Care son gratuitos y pueden brindarse por teléfono o en línea.

Medicaid: un programa de seguro de salud administrado por el gobierno federal y estatal que brinda cobertura y atención médica gratuita o de bajo costo a personas con bajos ingresos. En Virginia, Medicaid se llama Cardinal Care.

Medicamento de marca: un medicamento que es fabricado y vendido por una sola compañía. A veces hay versiones genéricas de estos medicamentos disponibles con los mismos ingredientes, pero fabricadas por una compañía diferente.

Medicamento genérico: un medicamento aprobado por el gobierno federal para usarse en el lugar de un medicamento de marca porque tiene los mismos ingredientes y funciona de manera igual.

Medicamentos recetados: medicamentos que por ley los miembros solo pueden obtener con una receta del proveedor.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que tienen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón) o esclerosis lateral amiotrófica (ELA).

Miembro con doble elegibilidad: una persona que tiene Medicare y cobertura completa de Medicaid.

Motivos de causa válida: razones aceptables para cambiar la cobertura médica. Ejemplos de causas válidas son: (1) una persona se muda fuera del estado, o (2) el plan de salud no puede brindar los servicios médicos requeridos.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas. Médicamente necesario también significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de práctica médica o según sea necesario en virtud de las reglas actuales de cobertura de Medicaid de Virginia.

Pago que corresponde al paciente: el monto que es posible que un miembro deba pagar por los LTSS en función de sus ingresos. El DSS local calcula el monto de pago que corresponde al miembro si vive en un centro de enfermería o recibe servicios de exención del Programa CCC Plus y tiene la obligación de pagar una parte de la atención.

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención hospitalaria, de enfermería especializada, a domicilio y de hospicio médicamente necesaria.

Parte B de Medicare: el programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al proveedor) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios de detección y prevención.

Parte C de Medicare: el programa de Medicare que permite a las compañías privadas de seguro médico proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. La Parte D de Medicare cubre medicamentos recetados, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid.

Plan de Acceso Familiar a la Seguridad de la Cobertura Médica (FAMIS) o FAMIS Children (para niños): un programa de seguro de salud integral administrado por el gobierno federal y estatal para niños no asegurados desde el nacimiento hasta los 18 años que no son elegibles para Medicaid con ingresos inferiores al 200% del nivel federal de pobreza.

Plan de atención: un plan desarrollado y actualizado periódicamente por un miembro y su administrador de atención que describe las necesidades sociales y de atención médica del miembro, los servicios que recibirá para satisfacer sus necesidades, cómo obtendrá estos servicios, quién los brindará y, en algunos casos, con qué frecuencia.

Plan de salud (o plan): una organización de atención administrada de Medicaid/FAMIS de Cardinal Care que tiene contratos con un grupo de médicos, hospitales, farmacias, otros proveedores y administradores de atención. Todos trabajan juntos para brindarles a los miembros la atención y la coordinación de la atención que necesitan.

Prima: el monto mensual que es posible que un miembro deba pagar por su seguro de salud. Los miembros de la atención administrada de Cardinal Care Medicaid no deben pagar ninguna prima por la cobertura. Si un miembro está inscrito en un plan de salud pero no califica para la cobertura porque la información que brindó al Departamento o al plan de salud era falsa o porque no informó un cambio, es posible que dicho miembro deba pagar al Departamento el costo de las primas mensuales. El miembro tendrá que reembolsar al Departamento incluso si no recibió servicios durante esos meses.

Proveedor de atención primaria (PCP) (o médico de atención primaria): un médico o profesional en enfermería que ayuda a los miembros a estar y mantenerse saludables al atender sus necesidades. Los PCP brindan y coordinan los servicios de atención médica.

Proveedor de la red (o proveedor participante): un proveedor o centro que tiene contrato con el plan de salud para brindar servicios de atención médica cubiertos a los miembros.

Proveedores: médicos, enfermeros practicantes, especialistas y otras personas autorizadas a brindar atención o servicios de salud a los miembros. Muchos tipos de proveedores participan en la red de cada plan de salud.

Proveedor fuera de la red (o proveedor no participante): un proveedor o centro que no es empleado, propiedad ni está operado por el plan de salud y no tiene contrato para brindar servicios de atención médica cubiertos a los miembros.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos solicitados por el proveedor de un miembro. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo.

Queja (o reclamo): un reclamo por escrito o de manera verbal que presenta una persona al plan de salud o a una organización externa. Los reclamos pueden ser preocupaciones sobre accesibilidad, calidad de la atención, servicio al cliente, tiempos de espera y privacidad.

Red: un grupo de médicos, clínicas, hospitales, farmacias y otros proveedores contratados por el plan de salud para brindar atención a los miembros.

Remisión: aprobación de un PCP para utilizar otros proveedores de la red del plan de salud. Se requiere la remisión de un PCP antes de que un miembro pueda consultar a otros proveedores de la red.

Representante autorizado: una persona que puede tomar decisiones y actuar en nombre de un miembro. Los miembros pueden elegir a un familiar, tutor o amigo de confianza para que sea su representante autorizado.

Seguro de salud: un tipo de cobertura de seguro que paga algunos o todos los costos de atención del miembro. Una compañía o agencia gubernamental establece las reglas sobre cuándo y cuánto pagar.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de cuidados paliativos: atención para brindar comodidad y apoyo a los miembros (y sus familias) que tienen un pronóstico terminal, lo que significa que la persona tiene una expectativa de vida de seis meses o menos.

Servicios de enfermería privada: servicios de enfermería especializada a domicilio brindados por un enfermero registrado (RN) autorizado o por un auxiliar de enfermería autorizado bajo la supervisión de un RN a los miembros de la exención del Programa CCC Plus que tienen afecciones médicas graves o necesidades de atención médica complejas. Los niños y jóvenes menores de 21 años también pueden recibir servicios de enfermería privada según el beneficio de EPSDT.

Servicios de proveedores (o servicios de médicos): atención brindada por una persona autorizada según la ley del estado de Virginia para ejercer la medicina, realizar una cirugía o proporcionar servicios de salud del comportamiento.

Servicios de rehabilitación y dispositivos: tratamiento para ayudar a las personas a recuperarse de una enfermedad, un accidente, una lesión o una operación importante.

Servicios de tratamiento para adicciones y recuperación (ARTS): un beneficio de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias para miembros que tienen adicciones. Los miembros pueden acceder a una gama integral de servicios de tratamiento para las adicciones, como servicios para pacientes internados, servicios de tratamiento residencial, hospitalización parcial, tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios, tratamiento asistido por medicamentos (MAT), servicios por consumo de sustancias y opioides y servicios de apoyo para la recuperación de pares.

Servicios de un auxiliar de cuidado personal: servicios brindados por un auxiliar de cuidado personal que ayuda a los miembros con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer ejercicios) de forma continua o a largo plazo.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos según Cardinal Care por el plan de salud o el Departamento.

Servicios para Miembros: un departamento del plan de salud responsable de responder preguntas sobre membresía, beneficios, apelaciones y reclamos.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): servicios y apoyos que ayudan a personas de edad avanzada y niños o adultos con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias y mantener la independencia. Los ejemplos incluyen asistencia para bañarse, vestirse, comer y realizar otras actividades básicas de la vida diaria y el cuidado personal, así como apoyo para las actividades cotidianas como lavar la ropa, ir de compras y trasladarse. Los miembros pueden obtener LTSS en el entorno adecuado para ellos: el hogar, la comunidad o un centro de enfermería.

Servicios y dispositivos de recuperación de las habilidades: servicios y dispositivos que ayudan a las personas a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Tarifa por servicio (FFS) de Medicaid o FAMIS: la forma en que el Departamento paga a los proveedores por los servicios de Medicaid o FAMIS. Los miembros de Cardinal Care que no están inscritos en atención administrada están inscritos en FFS.

Transporte médico de emergencia: transporte en una ambulancia o en un vehículo de emergencia a una sala de emergencias para recibir atención médica de emergencia. Los miembros pueden obtener transporte médico de emergencia llamando al 911.

Un miembro con un pronóstico terminal tiene derecho a elegir permanecer en un hospicio. En el hospicio, un equipo de profesionales y cuidadores especialmente formados atiende a la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Aviso de no discriminación

Molina Healthcare no discrimina (ni lo trata de manera diferente) por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cardinal Care de Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

Cardinal Care proporciona lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos para personas con discapacidad para ayudarlas a comunicarse eficazmente, como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo, intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina al **(800) 424-4518** (TTY/TDD: 711). Esta llamada es gratuita.

Si usted considera que Cardinal Care no brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en persona, por correo o por teléfono: Civil Rights Coordinator, DMAS, 600 E. Broad St., Richmond, VA 23219, teléfono: **(804) 786-7933** (TTY/TDD: (800) 343-0634).

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo o por teléfono con esta información: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; **(800) 368-1019** (TTY/TDD (800) 537-7697). Los formularios de reclamo están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Otros idiomas y formatos

Si necesita este manual en letra grande, en otros formatos o idiomas, que alguien lo lea en voz alta o si necesita una copia impresa, llame a Servicios para Miembros de Cardinal Care al **(800) 424-4518** (TTY/TDD: 711).

Si tiene necesidades alternativas de comunicación por problemas auditivos o del habla, puede acceder a un operador del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS) marcando el 711. Podrá ayudarlo en lo que necesite, y no le costará nada. También ofrecemos ayudas y servicios auxiliares de forma gratuita si lo solicita. Puede visitar nuestro sitio web en cualquier momento en [MolinaHealthcare.com](https://www.MolinaHealthcare.com).

English

Language assistance services are available to you free of charge. Call (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711) if you need any of these services. Molina Healthcare complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex or religion.

Spanish

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711) Molina Healthcare Cardinal Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711)번으로 전화해 주십시오. Molina Healthcare Cardinal Care은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711). Molina Healthcare Cardinal Care tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711)。Molina Healthcare Cardinal Care遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人 (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711)。

Arabic

1 [ملحوظة] برقم اتصل بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة [رقم xxx]

ه الصم والبكم: (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711)

Molina Healthcare Cardinal Care بقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو إلتزام الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711). Sumusunod ang Molina Healthcare Cardinal Care sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما بگنجد. تماس 1-800-424-4518 (TTY/TDD: 711) یا با ما تماس بگیرید.
 از قوانین حقوق مدنی فدرال مربوطه تبعیت می کند و هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملیتی، سن، ناتوانی یا جنسیت افراد قایل نمی شود.

Amharic

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711) (መስማት ለተሳናቸው: Molina Healthcare Cardinal Care የፌዴራል ሲቪል መብቶችን መብት የሚያከብር ሲሆን ሰዎችን በዘር፣ በቆዳ ቀለም፣ በዘር ሃረግ፣ በእድሜ፣ በእኩል ጉዳት ወይም በጾታ ማንኛውንም ሰው አያገልጽም።

Urdu

1 (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711) ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-

Molina Healthcare Cardinal Care قاب ل اطلاق وفاقى شبرى حقوق كے قوانين كى تعميل كرتا ہے اور یہ کہ نسل، رنگ، قومیت، عمر، معذوری یا جنس كى بنياد پر امتياز نہیں كرتا۔

French

Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Molina Healthcare Cardinal Care respecte les lois fédérales en vigueur relatives au droits civiques et ne pratique aucune discrimination basée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, l'âge, le sexe ou un handicap.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711). Molina Healthcare Cardinal Care соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हदी बोलते ह तो आपके लिए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711) पर कॉल कर। Molina Healthcare Cardinal Care लागू होने योग्य संघीय नागरक अधिकार कानून का पालन करता ह और जात, रंग, राय मूल, आयु, वकलांगता, या लग के आधार पर भेदभाव नह करता ह।

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711). Molina Healthcare Cardinal Care erfüllt geltenden bundesstaatliche Menschenrechtsgesetze und lehnt jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab.

Bengali

লক্ষ্য করুন: যিদি আযিন বাংলা, কথা বললত িল রন, তালেল য নঃখরচায় ভাষা সোয়তা যিলরষবা ডিল আআছ। আ ফান করন 1-(800) 424-4518 (TTY/TDD: 711). Molina Healthcare Cardinal Care যাজয় ফাডারল নাগিরক অধিকার আইন মেন চেল এবং জাত, রঙ, জাতীয় উৎপত্তি, বয়স, অমতা, বা লের ভিত্তে বষমষ্ কের না।

Bassa

Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m [Bàsɔ ɔ̀ -wùdù -po -nyɔ] jũ ní, nií, à wuɖu kà kò dò po -poɔ ɔ̀ ɛ ín m` gbo kpáa. ɔ́ (800) 424-4518 (TTY/TDD: 711). Molina Healthcare Cardinal Care Nyɔ ɔ̀ ɛ kpɔ̀ nyɔ̀n -dyù gbo- gmɔ̀ -gmà ɔ̀ ɛ̀ dyi ké wa ní ge nyɔ̀n -dyù mú dyiìn dé ɔ̀ ɔ̀ dɔ̀ -dù nyɔ̀ ɔ̀ ɔ̀ kɔ̀ ɛ̀ mú, mɔ̀ kà nyɔ̀ ɔ̀ ɔ̀ -kù nyu niɛ kɛ mú, mɔ̀ ɔ̀ ɔ̀ dɔ̀ ɔ̀ ɛ̀ nyɔ̀ ɔ̀ ɔ̀ kɔ̀ ɛ̀ mú, mɔ̀ ɔ̀ ɔ̀ jĩ̀ kà nyɔ̀ ɔ̀ dɔ̀ nyuɛ mú, mɔ̀ nyɔ̀ ɔ̀ mɛ kɔ̀ dyíe mú, mɔ̀ nyɔ̀ ɔ̀ mɛ mɔ̀ gàa, mɔ̀ nyɔ̀ ɔ̀ mɛ mɔ̀ màa kɛ mú.





Su familia extendida.