

Welcome to the **Molina family**

Molina Healthcare STAR+PLUS Member Handbook

June 2022
(866) 449-6849



MolinaHealthcare.com



TEXAS
Health and Human
Services

Important Phone Numbers

Molina Member Services Department Toll Free: (866) 449-6849

We are open Monday through Friday from 8:00 am to 5:00 pm, local time except on holidays. If you call when this department is closed, you can leave a message on our answering machine. Someone will call you back by the next business day. We also have a service called the 24-hour Nurse Advice Line that you can call. The Nurse Advice Line is available to you 24 hours a day, 7 days a week. They can help you with general information about your health or help you decide where to go for care after-hours.

We can help you in English and Spanish. We have interpreter service agents that can help with any other language. Members who are deaf or hard of hearing can call Relay Texas TTY at 711 (English) or (800) 662-4954 (Spanish).

Molina Member Services Department Toll Free:	(866) 449-6849
24-hour Nurse Advice Line Call for basic health questions or if you want information on how to get after-hours care	(888) 275-8750 (English) (866) 648-3537 (Spanish)
Relay Texas TTY For members who are deaf or hard of hearing	711 (English) (800) 662-4954 (Spanish)
Eye Care Services Call for information on routine eye care	(866) 449-6849
Disease Management	(866) 891-2320
Prescription Drugs	(866) 449-6849
Behavioral Health Services (includes mental health and substance abuse) <ul style="list-style-type: none"> Behavioral Health Service employees are ready to help you 24 hours a day, 7 days a week You do not need to ask your doctor to get behavioral health services; you can call member services Get help with finding a provider that best meets your needs We can help you in English and Spanish Interpreter service will be used for any other language Members who are deaf or have a hard time hearing can call the Relay Texas TTY number above <p>If you are in a critical situation, go to an emergency room that is close to where you are.</p> <p>Behavioral Health Services Customer Service Line</p> <p>Behavioral Health Services Crisis Line (24 hours a day, 7 days a week)</p>	(866) 449-6849 (800) 818-5837
Service Coordination Monday thru Friday, 8:00 a.m. - 5:00 p.m., local time.	(866) 409-0039

Dental Services	(866) 449-6849
Ombudsman Manage Care Assistance Team: Call if you have questions about the STAR+PLUS program or about your health plan. This line does not give medical advice.	1-866-566-8989
STAR+PLUS Program Helpline Call if you have questions on enrollment, plan changes, your primary care provider or health plan.	1-800-964-2777 TTY# 1-800-267-5008
Non-Emergency Medical Transportation To Schedule a Ride: Where's My Ride: Call Access2Care to set up a ride for non-emergency health care visits or to find out where your ride is. Access2Care is available to help you 24 hours a day, 7 days a week. Member Services is also available to assist you in accessing your NEMT services from 8 a.m. – 6 p.m., central time, Monday to Friday. We can help you in English and Spanish. We have interpreter service agents that can help with any other language.	(866) 462-4857 (866) 462-4857 - Option 2 TTY: 711

What do I do in an Emergency?

Call 911 or go to the nearest hospital/emergency facility if you think you need emergency care and help getting to the emergency room. If you get emergency care, call your doctor to schedule a follow up visit. Call Molina at (866) 449-6849 and let us know of the emergency care you received.

What if I need hospital care?

Sometimes you need hospital care. Sometimes hospital care is not an emergency. If this happens, call your doctor. Your doctor will need to arrange for hospital care that is not an emergency. Molina may need to approve this. Emergency care does not need approval from Molina. Emergency care does not need to be approved by your doctor.

Table of Contents

- Important Phone Numbers i**
 - Member Services Department i
 - Eye Care Services i
 - Behavioral Health Services (Includes mental health and substance abuse) i
 - Dental Services..... ii
 - What do I do in an Emergency? ii
 - What if I need hospital care? ii
- Introduction 1**
 - Welcome to Molina! 1
 - Molina Member Services is Here for You!..... 1
- ID Cards..... 2**
 - Sample ID Card 2
 - How to read your card 2
 - How to use your ID card? 3
 - How to replace a lost or stolen ID card?..... 3
 - Your Texas Benefits Medicaid Card 3
 - YourTexasBenefits.com Medicaid Client Portal 4
 - Sample of Your Texas Benefits Medicaid Card 4
 - Temporary Verification Form - 1027-A 4
- Primary Care Provider (PCP) 5**
 - What is a Primary Care Provider?..... 5
 - How do I get medical services?..... 5
 - What do I need to bring with me to my doctor’s appointment? 5
 - How can I change my Primary Care Provider?..... 5
 - Can a clinic be my primary care provider? (FQHC/RHC) 5
 - How many times can I change my/my child’s primary care provider?..... 6
 - When will my primary care provider change become effective?..... 6
 - Are there reasons why my request to change a primary care provider may be denied?..... 6
 - Can a primary care provider ask to move me to another primary care provider for non-compliance? 6
 - What if I choose to go to another doctor who is not my primary care provider? 6
 - How do I get medical care after my Primary Care Provider’s office is closed?..... 6
 - What is the Medicaid Lock-in Program? 6
- Physician Incentive Plans 7**
- Changing Health Plans 7**
 - What if I want to change health plans? When will my health plan change become effective? 7
 - Who do I call for information on how to change my plan? 7
 - How many times can I change health plans? 7
 - Can Molina request that I be dropped from their plan (for non-compliance, etc.)? 7
- Benefits 8**
 - What are my health care benefits?..... 8
 - How do I get these services? 9
 - Are there any limits to any covered services?..... 9
 - What services are not covered? 9
 - What are my prescription drug benefits? 9

- Medicaid for Breast Cancer and Cervical Cancer (MBCC)10**
 - What is MBCC?10
 - What services am I eligible for as an MBCC member?10
 - Can I continue to see the same providers?10
 - Who can I call if I have questions?10
- Acute Care Benefits10**
 - What are my Acute Care benefits?10
 - How do I get Acute Care services? What number do I call to find out about these services?11
- Long-Term Care and Support (LTSS) Benefits11**
 - What are my Long-Term Care and Support (LTSS) Benefits?11
 - How do I get these services? What number do I call to find out about these services?11
 - Will my STAR+PLUS benefits change if I am in a Nursing Facility?11
- Community First Choice (CFC)11**
 - What is Community First Choice (CFC)? Who is eligible for CFC Services?11
 - What CFC services are available?12
- Value Added Benefits12**
 - What extra benefits does a member of Molina Healthcare get?11
 - How can I get these benefits?11
 - What health education classes does Molina Healthcare offer?11
- Disease Management12**
 - What other services can Molina help me with?13
- Health Care and Other Services13**
 - What does Medically Necessary Mean?13
 - What is routine medical care?14
 - How soon can I expect to be seen for routine medical care?14
 - What is urgent medical care?14
 - What should I do if my child or I need urgent medical care?14
 - How Soon Can I Expect to Be Seen?14
 - What is Emergency Medical Care?14
 - How soon can I expect to be seen?15
 - Are Emergency Dental Services Covered?15
 - What do I do if my child needs Emergency Dental Care?15
 - What is Post-Stabilization?15
 - What if I get sick when I am out town or traveling? What if I am out of State?15
 - What if I am out of the country?16
 - What if I am a Migrant Farmworker?16
- Specialist Care16**
 - What if I need to see a special doctor? (Specialist)16
 - How soon can I expect to be seen by a specialist?16
 - Can a specialist ever be considered a Primary Care Provider?16
 - What is a referral?16
 - What Services Do Not Need A Referral?16
- Second Opinion16**
 - How can I ask for a second opinion?16
- General Health Care Tips17**

Behavioral Health, Mental Or Substance (Drug) Abuse17
 How do I get help if I have behavioral (mental) health, alcohol or drug problems?17
 Do I need a referral for behavioral health or substance abuse care?17
 What are mental health rehabilitation services and mental health targeted case management? How do I get these services?17

Prescription Drugs.....18
 How do I get my medications?18
 How do I find a network drug store?18
 What if I go to a drug store not in the network?.....18
 What do I bring with me to the drug store?18
 What if I need my medications delivered to me?18
 Who do I call if I have problems getting my medications?18
 What if I can't get the medication my doctor ordered approved?18
 What if I lose my medication(s)?19
 What if I need durable medical equipment (DME) or other products normally found in a pharmacy?18
 Where can I find answers to drug benefits?18
 What if I also have Medicare?18
 How do I get my medications if I am in a Nursing Facility?18

Family Planning Services19
 How do I get family planning services?19
 Do I need a referral for this?19
 Where do I find a family planning service provider?19

Case Management For Children And Pregnant Women (CPW) Program.....20
 What is Case Management for Children and Pregnant Women (CPW)?20
 Who can get a case manager?20
 What do case managers do?20
 What kind of help can you get?.....20
 How can you get a case manager?20
 What is Early Childhood Intervention (ECI)?20
 Do I need a referral for this?21
 Where do I find an ECI provider?21

Service Coordination21
 What is Service Coordination?21
 What will a Service Coordinator do for me?21
 How can I talk with a Service Coordinator?22

Non-Emergency Medical Transportation22
 What are NEMT Services?22
 What services are part of NEMT Services?22
 How to get a ride?22

Vision.....23
 How do I get eye care services for myself or my child?23

Dental Services.....23
 What dental services does Molina cover for children?.....23

Interpreter Services at Doctor's Visits.....24
 Can someone interpret for me when I talk with my doctor? Who do I call?24

How far in advance do I need to call to get an interpreter?.....	24
How can I get a face-to-face interpreter in the provider's office?.....	24
OB/GYN Care	24
What if I need OB/GYN care? Do I have the right to pick an OB/GYN?	24
How do I choose an OB/GYN?.....	24
If I do not choose an OB/GYN, do I have direct access? Will I need a referral to see an OB/GYN?	25
How soon can I be seen after contacting my OB/GYN for an appointment?	25
What if I am pregnant? What if I become pregnant after joining Molina?	25
Can I stay with an OB/GYN who is not with Molina?.....	25
Who do I need to call for more information?	25
What other services/activities/education does Molina offer pregnant women?.....	25
Where can I find a list of birthing centers?.....	25
Can I pick a Primary Care Provider for my baby before the baby is born?.....	25
How and when can I switch my baby's Primary Care Provider?	25
How do I sign up my newborn baby?.....	25
How and when do I tell Molina about the birth of my baby?	26
How and when do I tell my caseworker?.....	26
How can I receive healthcare after my baby is born (and I am no longer covered by Medicaid)?	26
Other Important Information	28
Who do I call if I have special health care needs and need someone to help me?.....	28
What if I am too sick to make a decision about my medical care?	28
What are Advance Directives?.....	28
How do I get an Advance Directive Form?.....	28
What do I do if I need help with completing my renewal application?.....	28
What happens if I lose my Medicaid coverage?.....	28
What if I get a bill from my doctor? Who do I call? What information will they need?.....	29
Can my Medicare provider bill me for services or supplies if I am in both Medicare and Medicaid?	29
What do I have to do if I move?.....	29
What if I have other health insurance in addition to Medicaid?	29
Member Rights and Responsibilities	30
What are my rights and responsibilities?	30
Complaint Process.....	32
What should I do if I have a complaint? Who do I call?.....	32
Can someone from Molina help me file a complaint?.....	32
How long will it take to process my complaint?	32
What are the requirements and timeframes for filing a Complaint?.....	32
Do I have the right to meet with a complaint appeal panel?	33
Appeal Process	33
How will I find out if services are denied?	33
What can I do if my doctor asks for a service or medicine for me that is covered but Molina denies it or limits it?	33
Can I continue getting the services that were already approved?.....	33
What are the timeframes for the appeal process?	33
How soon do I need to ask for an appeal?	34
Does my request have to be in writing?.....	34
Can someone from Molina help me file an appeal?	34
Can I ask for a State Fair Hearing?.....	34

- Expedited Appeals34**
 - What is an expedited appeal?34
 - How do I ask for an expedited appeal? Does my request have to be in writing?.....34
 - Who can help me in filing an expedited appeal?.....34
 - What are the time frames for an expedited appeal?35
 - What happens if Molina denies the request for an expedited appeal?35
- State Fair Hearing35**
 - Can I ask for a State Fair Hearing?35
- Reporting Abuse, Neglect, or Exploitation?36**
 - How do I report suspected abuse, neglect, or exploitation?36
 - What are Abuse, Neglect, or Exploitation?36
 - Reporting Abuse, Neglect, and Exploitation36
- Fraud and Abuse Information37**
 - Do you want to report Waste, Abuse, or Fraud?37
- Information Available On a Yearly Basis.....38**
- Your Privacy38**
 - Your Protected Health Information38
 - Why does Molina use or share your PHI?38
 - When does Molina need your written authorization (approval) to use or share your PHI?38
 - What are your privacy rights?38
 - How does Molina protect your PHI?38
 - What must Molina do by law?38
 - What can you do if you feel your privacy rights have not been protected?38
- New Medical Procedures Review.....39**
- Appendix A: STAR+PLUS Value Added Services40**
- Appendix B: Managed Care Terminology42**
- Appendix C: Notice of Privacy Practices44**

Introduction

Welcome to Molina!

Welcome to Molina Healthcare of Texas (Molina). Thank you for picking us as your health plan. You are now a member of a health plan also known as the STAR+PLUS program.

We want to do all we can to help you with your medical needs. We will work with you and your doctor to make sure you get the care you need. We want to help remove any difficulties you have getting health care. We have employees ready to help you with questions or concerns; do not hesitate to call us.

This member handbook can help you with questions you have about how to get health care, what your benefits are, and many other topics. If you need help with this handbook, you can call us toll free at (866) 449-6849.

You can also ask for this handbook in other forms, which include audio, large print, Braille, and other languages. Member Services can help you get one of these handbooks. Just call us and tell us which kind you need.

You can also find information about us on the Internet. Our web site is: www.MolinaHealthcare.com.

On the web site, you can:

- Find a copy of the Member Handbook
- Find a list of Molina providers
- Change your primary care provider
- Order a temporary verification form

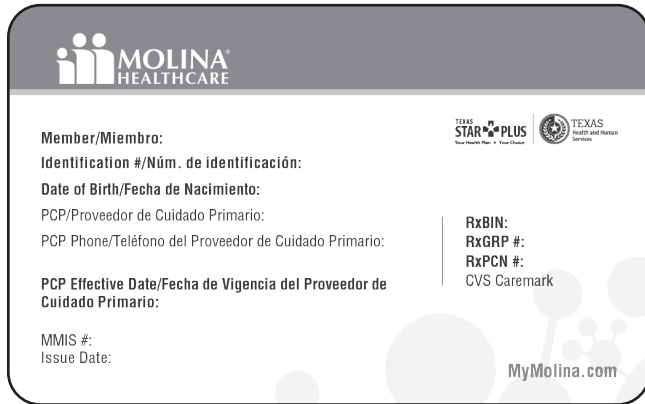
Molina Member Services is Here for You!

We are open Monday through Friday from 8:00 am to 5:00 pm, (local time) except on holidays. We have employees that are ready to help you in English and Spanish. If you speak a language other than English, call Member Services. We have an interpreter service that can help with any other language.

Member Services Toll Free: (866) 449-6849

Molina ID Cards

STAR+PLUS Member Identification Card (ID)



Members: Call Molina Healthcare 24/7 Member Service at (866) 449-6849. For Hearing Impaired, Call the TTY/Texas Relay English at (800) 735-2989, or 711; Spanish at (800) 662-4954, or 711. **Directions for what to do in an Emergency:** In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. **Service Coordination:** (866) 409-0039 **Prior Authorization:** Some services require Prior Authorization. Call Member Services if you have questions about which services require Prior Authorization. **Behavioral Health Services Crisis Line:** (800) 818-5837, Hearing Impaired Service (800) 955-8770 24 hour/7 days a week Toll-Free

Miembros: Llamar a Molina Healthcare 24/7 al Departamento de Servicio al cliente al (866) 449-6849. Para personas con problemas auditivos, llamar al TTY/Texas Relay Ingles (800) 735-2989 o 711; Español al (800) 662-4954 o 711 **Instrucción en caso de emergencia:** En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. **Coordinación de Servicios:** (866) 409-0039 **Autorización Previa:** Algunos servicios requieren autorización previa. Llame a Servicios para miembros si tiene preguntas sobre qué servicios requieren autorización previa. **Línea de Crisis de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias:** (800) 818-5837; servicios para las personas con déficit auditivo, (800) 955-8770, gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

PRACTITIONERS/PROVIDERS/HOSPITALS: For prior authorization, post stabilization, eligibility, claim or benefit information call (866) 449-6849. **Hospital Admissions:** Authorization must be obtained by the hospital prior to all non-emergency admissions.

Claims Submission: PO Box 22719, Long Beach, CA 90801
For EDI Submissions: Payor ID 20554

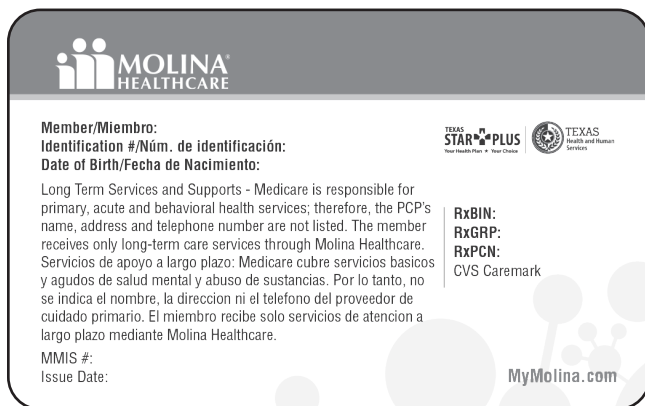
MolinaHealthcare.com

How to read your card

Front	Back
Name of Health Plan and Program Name	Member Services Contact Information
Member Name, Member Identification Number and Date of Birth	What to do in an emergency
Name/Phone Number of Primary Care Physician	Prior Authorization Information
Date the ID Card was Issued/Effective Date of Primary Care Physician	Behavioral Health Contact Information

If you have Medicare and Medicaid, your Molina ID card will not show doctor's name or phone number. Your ID card will show Long Term Care services only.

STAR+PLUS DUAL Medicaid ID Card



MEMBERS: Call Molina Healthcare 24/7 Member Service at (866) 449-6849. For Hearing Impaired, Call the TTY/ Texas Relay English at (800) 735-2989, or 711; Spanish at (800) 662-4954, or 711. **Directions for what to do in an Emergency:** In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. **Service Coordination:** (866) 409-0039 **Behavioral Health Services Crisis Line:** (800) 818-5837, Hearing Impaired Service (800) 955-8770 24 hour/7 days a week Toll-Free

Miembros: Llamar a Molina Healthcare 24/7 al Departamento de Servicio al cliente al (866) 449-6849. Para personas con problemas auditivos, llamar al TTY/Texas Relay Ingles (800) 735-2989 o 711; Español al (800) 662-4954 o 711 **Instrucción en caso de emergencia:** En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. **Coordinación de Servicios:** (866) 409-0039 **Línea de Crisis de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias:** (800) 818-5837; servicios para las personas con déficit auditivo, (800) 955-8770, gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Claims Submission: PO Box 22719, Long Beach, CA 90801
For EDI Submissions: Payor ID 20554

MolinaHealthcare.com

How to read your card

Front	Back
Name of Health Plan and Program Name - STAR+PLUS	Member Services Contact Information
Member Name, Member Identification Number and Date of Birth	What to do in an emergency
Long Term Services and Supports	Service Coordination
Date the ID Card was issued	Behavioral Health Contact Information

If you have Medicare, your ID card will not show a primary care provider. It will show “Long Term Care Benefits Only”.

How to use your ID card?

Show your ID card whenever you are getting health care services. You will also need to show Your Texas Benefits Medicaid Card. You should carry it with you all the time. You do not need to show your ID card before getting emergency care.

How to replace a lost or stolen ID card?

If your ID card has been lost or stolen, call Member Services toll free at (866) 449-6849. You can get a new ID Card.

Your Texas Benefits Medicaid Card

When you are approved for Medicaid, you will get a Your Texas Benefits Medicaid Card. This plastic card will be your everyday Medicaid ID card. You should carry and protect it just like your driver’s license or a credit card. The card has a magnetic strip that holds your Medicaid ID number. Your doctor can use the card to find out if you have Medicaid benefits when you go for a visit.

You will only be issued one card, and will only receive a new card in the event of the card being lost or stolen. If your Medicaid ID card is lost or stolen, you can get a new one by calling toll-free 1-800-252-8263, or by going online to order or print a temporary card at www.YourTexasBenefits.com.

If you are not sure if you are covered by Medicaid, you can find out by calling toll-free at 1-800-252-8263. You can also call 2-1-1. First pick a language and then pick option 2.

Your health history is a list of medical services and drugs that you have gotten through Medicaid. We share it with Medicaid doctors to help them decide what health care you need. If you don’t want your doctors to see your health history through the secure online network, call toll-free at 1-800-252-8263.

The Your Texas Benefits Medicaid card has these facts printed on the front:

- Your name and Medicaid ID number.
- The date the card was sent to you.
- The name of the Medicaid program you’re in if you get:
 - › Medicare (QMB, MQMB)
 - › Texas Women’s health Program (TWHP)
 - › Hospice
 - › STAR Health
 - › Emergency Medicaid, or
 - › Presumptive Eligibility for Pregnant Women (PE).
- Facts your drug store will need to bill Medicaid.
- The name of your doctor and drug store if you’re in the Medicaid Lock-in program.

The back of the Your Texas Benefits Medicaid card has a website you can visit (www.YourTexasBenefits.com) and a phone number you can call toll-free (1-800-252-8263) if you have questions about the new card.

If you forget your card, your doctor, dentist, or drug store can use the phone or the Internet to make sure you get Medicaid benefits.

YourTexasBenefits.com Medicaid Client Portal

You can use the Medicaid Client Portal to do all of the following for yourself or anyone whose medical or dental information you are allowed to access:


- View, print, and order a YTB Medicaid card
- See your medical and dental plans
- See your benefit information
- See STAR and STAR Kids Texas Health Steps alerts
- See broadcast alerts
- See diagnoses and treatments
- See vaccines
- See prescription medicines
- Choose whether to let Medicaid doctors and staff see your available medical and dental information

To access the portal, go to www.YourTexasBenefits.com.

- Click Log In.
- Enter your User name and Password. If you don't have an account, click Create a new account.
- Click Manage.
- Go to the "Quick links" section.
- Click Medicaid & CHIP Services.
- Click View services and available health information.

Note: The YourTexasBenefits.com Medicaid Client Portal displays information for active clients only. A Legally Authorized Representative may view the information of anyone who is a part of their case.

Sample of Your Texas Benefits Medicaid Card:

 Your Texas Benefits Health and Human Services Commission	
Member name:	
Member ID:	Note to Provider: Ask this member for the card from their Medicaid medical plan. Providers should use that card for billing assistance. No medical plan card?
Issuer ID:	Date card sent: Pharmacists can use the non-managed care billing information on the back of this card.

Need help? ¿Necesita ayuda? 1-800-252-8263
Members: Keep this card with you. This is your medical ID card. Show this card to your doctor when you get services. To learn more, go to www.YourTexasBenefits.com or call 1-800-252-8263.
Miembros: Lleve esta tarjeta con usted. Muestre esta tarjeta a su doctor al recibir servicios. Para más información, vaya a www.YourTexasBenefits.com o llame al 1-800-252-8263.
THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY OR PAYMENT FOR SERVICES.
Providers: To verify eligibility, call 1-855-827-3747. Non-pharmacy providers can also verify eligibility at www.YourTexasBenefitsCard.com . Non-managed care pharmacy claims assistance: 1-800-435-4165.
Non-managed care Rx billing: RxBIN: 610084 / RxPCN: DRTXPROD / RxGRP: MEDICAID TX-CA-1213

Temporary Verification Form - Form 1027-A

If you lose Your Texas Benefits Medicaid card you will have to visit your local Health and Human Services Commission (HHSC) Benefits Office or call 1-800-252-8263 or call 2-1-1. HHSC will provide you with a temporary verification form called a Form 1027-A. You can use this form until you receive Your Texas Benefits Medicaid Card.

Primary Care Provider (PCP)

What is a Primary Care Provider?

A Primary Care Provider is your main doctor. It can also be nurse or clinic. This doctor knows you well. Your main doctor will treat most of your healthcare needs. If he cannot, you will be referred to a provider who can. Your doctor's name and telephone number are on your ID card.

NOTE: If you have Medicare and Medicaid, Medicare pays your doctor. You don't need to pick a Molina doctor or primary care provider. You can keep going to your Medicare doctor.

How do I get medical services?

You should get all health care from Molina providers. Your Provider Directory lists all the providers that participate in the organization, which includes a list of contracted provider's names, specialties, addresses, telephone numbers, and professional qualifications such as medical school, residency and board certification status. The provider directory can be found on our website or if you would like a copy, you may call Member Services at (866) 449-6849. Your PCP can help you with the following:

- Checkups
- Tests and Results
- Lab tests
- Shots
- Illnesses
- Specialist Visits
- Hospital Visits

If you also have Medicare, you do not need to pick a Molina doctor or a primary care physician.

What do I need to bring with me to my doctor's appointment?

You must take your Molina ID card and Your Texas Benefits Medicaid Card whenever you go to the doctor or get any health care services.

How can I change my Primary Care Provider?

If you want to change your primary care provider, just call Member Services toll free at (866) 449-6849. Molina can help you find a new primary care provider.

Can a clinic be my primary care provider? (Rural Health Clinic/Federally Qualified Health Center)

Yes, a primary care provider can also be a clinic, such as a Federally Qualified Health Center (FQHC) or a Rural Health Clinic (RHC).

How many times can I change my/my child's primary care provider?

There is no limit on how many times you can change your or your child's primary care provider. You can change primary care providers by calling us at (866) 449-6849 or writing to:

Molina Healthcare of Texas
Attn: Enrollment Department
1660 N. Westridge Circle
Irving, TX 75038-2617

When will my primary care provider change become effective?

Your primary care provider change will be effective on the first day of the month following the month you made the request.

Are there reasons why my request to change a primary care provider may be denied?

Yes, your request to change a doctor may be denied if:

- The primary care provider you want is not taking new patients.
- The primary care provider you want is no longer with Molina.

Can a primary care provider ask to move me to another primary care provider for non-compliance?

Yes, your primary care provider may request a change if:

- You often miss visits and don't call your primary care provider to say you will not be there.
- You do not follow your primary care provider's advice.
- You and the primary care provider do not get along.

What if I choose to go to another doctor who is not my primary care provider?

You may go to any doctor who is not your primary care provider if you need:

- 24-hour emergency care from an emergency room
- Behavioral Health Care
- OB/GYN Care
- Texas Health Step Services

You should go to your primary care provider for most other services. If your primary care provider does not give a service, you will be referred to one who does.

How do I get medical care after my Primary Care Provider's office is closed?

Your primary care provider will have someone help you after their office is closed. Only call after hours if you have an urgent care need. If it is an emergency, go to the nearest emergency room or call 911.

Your primary care provider's phone number is on the front of your Molina ID card. You can also call our 24-hour Nurse Advice Line. When you call them, tell them what your medical problem is. They will help you decide the best way to get your medical needs taken care of.

NOTE: If you are also covered by Medicare, you will not be assigned a doctor and their phone number will not be on your ID card.

What is the Medicaid Lock-in Program?

You may be put in the Lock-in Program if you do not follow Medicaid rules. It checks how you use Medicaid pharmacy services. Your Medicaid benefits remain the same. Changing to a different MCO will not change the Lock-In status.

To avoid being put in the Medicaid Lock-in Program:

- Pick one drug store at one location to use all the time.

- Be sure your main doctor, main dentist, or the specialists they refer you to are the only doctors that give you prescriptions.
- Do not get the same type of medicine from different doctors.

To learn more call Molina Member Services toll free at (866) 449-6849.

Physician Incentive Plans

Molina cannot make payments under a physician incentive plan if the payments are designed to induce providers to reduce or limit Medically Necessary Covered Services to Members. You have the right to know if your primary care provider (main doctor) is part of this physician incentive plan. You also have a right to know how the plan works. You can call (866) 449-6849 to learn more about this.

Changing Health Plans

What if I want to change health plans? When will my health plan change become effective?

You can change your health plan by calling the Texas STAR, STAR Kids or STAR+PLUS Program Helpline at 1-800-964-2777. You can change health plans as often as you want.

If you call to change your health plan on or before the 15th of the month, the change will take place on the first day of the next month. If you call after the 15th of the month, the change will take place the first day of the second month after that. For example:

- If you call on or before April 15, your change will take place on May 1.
- If you call after April 15, your change will take place on June 1.

Who do I call?

Call the Texas STAR+PLUS Program Helpline at 1-800-964-2777.

How many times can I change health plans?

You can change plans as many times as you want, but not more than once a month.

Can Molina request that I be dropped from their plan (for non-compliance, etc.)?

Yes, Molina can ask that you be disenrolled from the health plan if:

- You let someone else use your Molina Healthcare of Texas ID card
- You let someone else use your Texas Benefits Medicaid Card or
- You make it difficult for your doctor to help you

The Texas Health and Human Services Commission will make the final decision on all disenrollment requests. If there is a change in your health plan, you will be sent a letter.

Note: For STAR+PLUS Members who are covered by Medicare, no Primary Care Provider will be assigned.

Benefits

What are my health care benefits?

Here is a list of *some* of the medical services you can get from Molina. Some of your benefits do have limits. Call Molina Member Services toll free at (866) 449-6849 for more information.

Your Benefits	
Emergency and non-emergency ambulance services	Medical checkups and Comprehensive Care Program (CCP) Services for children (birth through age 20) through the Texas Health Steps Program
Audiology Services	Oral evaluation and fluoride varnish in the Medical Home in conjunction with Texas Health Steps medical checkup for children 6 months through 35 months of age
Behavioral Health services	Outpatient drugs and biologicals
Birthing services provided by a physician and Certified Midwife (CNM) in a licensed birthing center	Drugs and biologicals provided in an Inpatient setting
Birthing services provided by a licensed birthing center	Podiatry
Cancer screening, diagnostic, and treatment services	Prenatal Care
Chiropractic services	Primary Care services
Dialysis	Preventive services including an annual adult well-check, for patients 21 years of age and over
Durable medical equipment and supplies	Radiology, imaging, and x-rays
Early Childhood Intervention (ECI) services	Specialty physician services
Emergency services	Therapies – physical, occupational and speech
Family planning services	Transplantation of organs and tissues
Home health care services	Vision (includes optometry and glasses)
Hospital services, including inpatient and outpatient	Telemedicine
Laboratory	Telehealth
Mastectomy/breast reconstruction, and related follow-up procedures	Nursing Facility services
Immobilized Lipase Cartridges – Effective March 1, 2021	Medical Physics Consultations – Effective March 1, 2021
Community Based Long Term Care Services such as:	
Personal Attendant Services (PAS)	Day Activity and Health Services (DAHS)
Home and Community Based Services (HCBS) STAR+PLUS Waiver services such as:	
Personal Attendant Services (PAS)	In-home or out-of-home respite services
In-home nursing services	Emergency Response services (ERS)
Home Delivered Meals	Minor home modifications
Adaptive aids and medical equipment, medical supplies	Adult Foster Care (AFC)
Assisted Living	Transitional Assistance Services (TAS)

Your Benefits	
Therapy (occupational, physical and speech)	Day Activity and Health Services (DAHS)
Dental services	Cognitive rehabilitation services
Financial management	Support consultation
Employment assistance	Supported employment
Community First Choice (CFC) services such as:	
Personal Assistance Services (PAS)	Acquisition, maintenance and enhancement of skills
Emergency Response Services (ERS)	Support management

How do I get these services?

Your Primary care provider will do most services. If your primary care provider does not give you a service, you will be sent to a provider that can. If you have an emergency, go to the nearest Emergency Room.

Are there any limits to any covered services?

Some of the covered services may have limitations. For questions about a specific service, call Member Services Toll Free at: (866) 449-6849.

What services are not covered benefits?

Services that are not covered by Medicaid will not be covered by your Molina health plan. Some of the services that are not covered are listed below. You can call Member Services for a complete list of services that are not covered.

- Acupuncture
- Plastic or cosmetic surgery that is not medically necessary
- Surrogacy

If you have a question about a service being covered, call Molina Member Services at (866) 449-6849 and ask for help. If you have a service done that is not covered, you may have to pay for it.

What are my prescription drug benefits?

Prescription drugs are covered when:

- The drug is on the Texas Vendor Drug Formulary
- The prescription is filled at a network pharmacy
- They are ordered by your PCP or another doctor treating you or your child.

You can look for the Guide to Accessing Quality Healthcare, located on the Quality Improvement Program section of our website, MolinaHealthcare.com, or call Member Services if you want to know more about your drug benefits and the pharmacy process.

Will my STAR+PLUS benefits change if I am in a Nursing Facility?

Your STAR+PLUS benefits will not change if you are in a Nursing Facility. For more information, call your Service Coordinator at (866) 409-0039, or Member Services at (866) 449-6849.

Medicaid for Breast Cancer and Cervical Cancer (MBCC)

Women in the Medicaid for Breast and Cervical Cancer (MBCC) program will receive all their Medicaid services, including cancer treatment, through the STAR+PLUS Medicaid managed care program.

What is MBCC?

MBCC provides Medicaid to women diagnosed with breast or cervical cancer or certain pre-cancer conditions. Women enrolled in MBCC must re-enroll in the program every 6 months to maintain their eligibility to continue full Medicaid benefits.

A woman can get MBCC services if she is:

- Uninsured
- Between the ages of 18 until the month she turns 65
- A U.S. citizen or a qualified immigrant
- A Texas resident
- At or below 200% of the federal poverty level

What services am I eligible for as an MBCC member?

You will receive all the Medicaid services including cancer treatment through STAR+PLUS. Through the STAR+PLUS program, you will receive:

- Unlimited prescriptions
- A Service Coordinator to help you find the right providers for all your needs
- A Primary Care Provider (PCP) to make sure all of your needs are addressed
- Value Added Services, these are extra services for Molina members at no extra cost

Can I continue to see the same providers?

You can continue to see your doctor if they are part of Molina's network of providers. If your doctor is not part of our network, you can continue to see them for 90 days, after that you will have to find a new doctor. Molina Member Services can help you find a new doctor. Molina will honor all authorizations for six-months, until the authorization expires, or until a new one issued.

Who can I call if I have questions?

You can call Member Services at (866) 449-6849, Monday to Friday, 8:00 a.m. – 5:00 p.m., local time. You can also call Service Coordination at (866) 409-0039.

Acute Care Benefits

What are my Acute Care benefits?

Acute care benefits include services like doctor visits, x-rays, labs, and other medical benefits. For more information on acute care benefits call your Service Coordinator at (866) 409-0039, or Member Services at (866) 449-6849. Please remember that if you have Medicare and Medicaid your acute care benefits are covered by Medicare.

How do I get these services? What number do I call to find out about these services?

Call your primary care provider and let the office know what service you need. Your doctor will help you get the services you need. For some of the services listed you can go directly to the provider that gives the services. Call your Service Coordinator at (866) 409-0039, or Member Services at (866) 449-6849.

NOTE: Please remember that if you have Medicare the acute care benefits are covered by Medicare.

Long-Term Care and Support (LTSS) Benefits

What are my Long-Term Care and Support (LTSS) Benefits?

Long Term Care services and Supports are benefits that help you stay safe and independent in your home or community. You can get Long Term Care services if you need help with daily healthcare and living needs. Some of the services include helping you dress, bathe, or go to the bathroom; preparing meals; doing light housework; or helping with your grocery shopping.

Other STAR+PLUS, Long Term Care and Support (LTSS) Benefits:

Some STAR+PLUS members can get other long term care services that are based on their medical need. These are called STAR+PLUS Waiver Services (you may have heard of these services called CBA):

- Adaptive aids such as: wheelchairs, walkers, canes, and durable medical equipment
- Adult Foster Care
- Assisted Living Services
- Consumer Directed Services
- Emergency Response Services
- Home Delivered Meals
- Minor Home Modifications
- Nursing Facility Services
- Personal Care Attendant
- Respite Care Services
- Therapy Services (physical, occupational, speech)
- Protective Supervision
- Transition Assistance Services
- Dental Services
- Cognitive Rehabilitation Therapy

How do I get these services? What number do I call to find out about these services?

You can get information about these services by calling Member Services Toll Free at: (866) 449-6849. You can also contact a member of the Service Coordination team at (866) 409-0039.

Community First Choice (CFC)

What is Community First Choice (CFC)? Who is eligible for CFC Services?

Community First Choice benefits provide home and community-based supports and services to certain Medicaid members with Intellectual and Developmental Disabilities (IDD) and/or physical disabilities.

Members who need an institutional level of care (example: hospital, nursing facility, intermediate care facility, etc.) and who need help or want to become more independent may be eligible for CFC Services. Members living in a community-based home may be able to get these services. Call Member Services for more eligibility information.

What CFC services are available?

CFC provides services such as:

- Personal assistance services (PAS): help with daily living activities and health-related tasks
- Habilitation Services: services to help members learn new skills and care for themselves
- Emergency Response Services: help if members live alone or are alone for most of the day
- Support Management: training on how to select, manage and dismiss attendants

If you think you need CFC services, your Service Coordinator will be able to help schedule an assessment. If you have questions about CFC services and/or eligibility, call your Service Coordinator or Member Services.

Value Added Benefits

What extra benefits does a member of Molina Healthcare get?

At Molina Healthcare, we care about your health. That's why we focus on getting you the Value Added Services, quality care and support you need to stay healthy. All at no cost to Molina members! Call Member Services to get more information on these benefits. A full list of Value Added Services, including any limitations or restrictions, is located on page 40 of this handbook. This list is also available on our website at MolinaHealthcare.com.

How can I get these benefits?

We can help you get these services. Your Value Added Services and member handbook are updated from time to time. You can find the most current versions on our website by visiting MolinaHealthcare.com, or by calling Member Services at (866) 449-6849. We can mail a copy of the most current versions to you.

What health education classes does Molina Healthcare offer?

Molina wants to help keep you and your family healthy. We can help you find health education classes near your home. Call Member Services to find out about these classes.

Some of the classes are:

- Quitting Smoking
- Losing weight
- Pregnancy and Childbirth
- Infant care
- Parenting

Disease Management

We also have programs to help you manage certain health conditions. Some of these conditions are Asthma, Cardiovascular Disease, Congestive Heart Failure, COPD and Diabetes; we also have a special program to help you if you are pregnant. The programs offer learning materials, telephonic calls, and advice. You can take part in a way that best manages your needs.

You will be enrolled if you have any of the health conditions listed above. You will begin to receive learning materials and newsletters. If you or your child's condition is more severe, you may receive a telephone call by a Case Manager or Service Coordinator. They will work with you and your doctor to help make sure you have what

you need to stay well. If you would like to know more about any of these programs, please call Member Services at (866) 449-6849.

What other services can Molina help me get? (Non-capitated services)

Molina can help you get some services covered by fee-for-service Medicaid instead of Molina. Below are some of those agencies that cover service that Molina can help you get:

- Texas Health Steps dental (including orthodontia);
- Texas Health Steps environmental lead investigation (ELI);
- Early Childhood Intervention (ECI) Program;
- Texas School Health and Related Services (SHARS);
- Texas Department of Assistive and Rehabilitative Services (DARS)
- Blind Children's Vocational Discovery and Development Program;
- Food Stamps,
- Women, Infants, and Children's (WIC) Program,
- Case Management for Children and Pregnant Women;

Call your Service Coordinator at (866) 409-0039 for information about these services or how to get these services. Or call Member Services Toll Free at (866) 449-6849.

Health Care and Other Services

What does Medically Necessary Mean?

Medically Necessary means:

1. For Members birth through age 20, the following Texas Health Steps services:
 - a. Screening, vision, and hearing services; and
 - b. other Health Care Services, including Behavioral Health Services, that are necessary to correct or ameliorate a defect or physical or mental illness or condition. A determination of whether a service is necessary to correct or ameliorate a defect or physical or mental illness or condition:
 - i. must comply with the requirements of the Alberto N., et al. v. Janek, et al. partial settlement agreements; and
 - ii. may include consideration of other relevant factors, such as the criteria described in parts (2)(b-g) and (3)(b-g) of this definition.
2. For Members over age 20, non-behavioral health related health care services-that are:
 - a. reasonable and necessary to prevent illnesses or medical conditions, or provide early screening, interventions, or treatments for conditions that cause suffering or pain, cause physical deformity or limitations in function, threaten to cause or worsen a handicap, cause illness or infirmity of a member, or endanger life;
 - b. provided at appropriate facilities and at the appropriate levels of care for the treatment of a member's health conditions;
 - c. consistent with health care practice guidelines and standards that are endorsed by professionally recognized health care organizations or governmental agencies;
 - d. consistent with the diagnoses of the conditions;
 - e. no more intrusive or restrictive than necessary to provide a proper balance of safety, effectiveness, and efficiency;
 - f. not experimental or investigative; and
 - g. not primarily for the convenience of the member or provider; and

3. For Members over age 20, behavioral health services that:
 - a. are reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of a mental health or chemical dependency disorder, or to improve, maintain, or prevent deterioration of functioning resulting from such a disorder;
 - b. are in accordance with professionally accepted clinical guidelines and standards of practice in behavioral health care;
 - c. are furnished in the most appropriate and least restrictive setting in which services can be safely provided;
 - d. are the most appropriate level or supply of service that can safely be provided;
 - e. could not be omitted without adversely affecting the member's mental and/or physical health or the quality of care rendered;
 - f. are not experimental or investigative; and
 - g. are not primarily for the convenience of the member or provider.

What is routine medical care?

Routine medical care is when you go to your primary care provider for a check-up, without being sick. This care is important to keep you in good health. Some of the things that can be done on these visits are well woman exam, Texas Health Steps medical check-up for your child or a full routine physical.

How soon can I expect to be seen?

When you call your primary care provider for routine medical care, you will get an appointment within 14 days from the day you call.

What is urgent medical care?

Another type of care is urgent care. There are some injuries and illnesses that are probably not emergencies but can turn into emergencies if they are not treated within 24 hours. Some examples are:

- Minor burns or cuts
- Earaches
- Sore throat
- Muscle sprains/strains

What should I do if my child or I need urgent medical care?

For urgent care, you should call your doctor's office even on nights and weekends. Your doctor will tell you what to do. In some cases, your doctor may tell you to go to an urgent care clinic. If your doctor tells you to go to an urgent care clinic, you don't need to call the clinic before going. You need to go to a clinic that takes Molina Medicaid. For help, call us toll-free at (866) 449-6849. You also can call our 24-hour Nurse Advice Line at (888) 275-8750 for help with getting the care you need.

How Soon Can I Expect to Be Seen?

You should be able to see your doctor within 24 hours for an urgent care appointment. If your doctor tells you to go to an urgent care clinic, you do not need to call the clinic before going. The urgent care clinic must take Molina Medicaid.

What is Emergency Medical Care?

Emergency medical care is provided for Emergency Medical Conditions and Emergency Behavioral Health Conditions.

Emergency Medical Condition means:

A medical condition manifesting itself by acute symptoms of recent onset and sufficient severity (including severe pain), such that a prudent layperson, who possesses an average knowledge of health and medicine, could reasonably expect the absence of immediate medical care could result in:

1. placing the patient's health in serious jeopardy;
2. serious impairment to bodily functions;
3. serious dysfunction of any bodily organ or part;
4. serious disfigurement; or
5. in the case of a pregnant women, serious jeopardy to the health of a woman or her unborn child.

Emergency Behavioral Health Condition means:

Any condition, without regard to the nature or cause of the condition, which in the opinion of a prudent layperson, possessing average knowledge of medicine and health:

1. requires immediate intervention or medical attention without which the Member would present an immediate danger to themselves or others; or
2. which renders the Member incapable of controlling, knowing, or understanding the consequences of their actions.

Emergency Services and Emergency Care means:

Covered inpatient and outpatient services furnished by a provider that is qualified to furnish such services and that are needed to evaluate or stabilize an Emergency Medical Condition or Emergency Behavioral Health Condition, including post-stabilization care services.

How soon can I expect to be seen?

You should be seen as soon as possible. The emergency room staff will decide based on your condition. If you need help getting to the emergency room, call 911.

Are Emergency Dental Services Covered by the health plan?

Molina covers limited emergency dental services in a hospital or ambulatory surgical center, including payment, for the following:

- Treatment for dislocated jaw.
- Treatment for traumatic damage to teeth and supporting structures.
- Removal of cysts.
- Hospital, physician, and related medical services such as drugs for any of the above conditions.

What do I do if my child needs Emergency Dental Care?

During normal business hours, call your child's Main Dentist to find out how to get emergency services. If your child needs emergency dental services after the Main Dentist's office has closed, call us toll free at (866) 449-6849 or call 911.

What is Post-Stabilization?

Post-stabilization care services are services covered by Medicaid that keep your condition stable following emergency medical care.

What if I get sick when I am out town or traveling?

If you need medical care when traveling, call us toll free at (866) 449-6849 and we will help you find a doctor. If you need emergency services while travelling, go to a nearby hospital, then call us Toll Free at (866) 449-6849.

What if I am out of State?

If you need medical care when you are out of the state, call us toll-free at (866) 449-6849 and we will help you find a doctor. If you need emergency services while traveling, go to a nearby hospital, then call us toll-free at (866) 449-6849.

What if I am out of the country?

Medical services performed out of the country are not covered by Medicaid.

What if I am a Migrant Farm Worker?

You can get your checkup sooner if you are leaving the area.

Specialist Care

What if I need to see a special doctor? (Specialist)

Your primary care provider will help you if you need to see a special doctor or if you need a special service. Your primary care provider will make sure you get the special health care you need. Please remember that if you have Medicare and Medicaid the acute care benefits are covered by Medicare.

How soon can I expect to be seen by a specialist?

When you call to make an appointment with a specialist, you will be seen within (30) days. If your medical need is urgent you will be seen within (24) hours.

Can a specialist ever be considered a Primary Care Provider?

Yes, if you would like a specialist to be your primary care provider and the doctor agrees, you can call member services toll-free at (866) 449-6849 for help.

What is a referral?

A “Referral” is an approval for you to get certain medical services. Molina does not require referrals; however, some services may require Prior Authorization (PA). Your primary care provider will help you get PA if it is needed.

What Services Do Not Need A Referral?

Molina does not require referrals; however some services require Prior Authorization (PA). If you are not sure if a service needs PA, call Member Services.

Second Opinion

How can I ask for a second opinion?

To ask for a second opinion, call Member Services. They will help you. Your doctor can also call and ask that you have a second opinion.

Listed below are some of the reasons why you may want to have a second opinion:

- You are not sure if you need the surgery your doctor is planning to do
- You are not sure of your doctor's diagnosis or care plan for a serious or difficult medical need
- Your doctor is not sure of a diagnosis because your condition is confusing
- You have done what the doctor has asked, but you are not getting better

When a doctor does a second opinion, he or she will give a written report to you and your first doctor

General Health Care Tips

- Be active in your health care: Plan ahead
- Schedule your visits at a good time for you
- Ask for your visit at a time when the office is least busy if you are worried about waiting too long
- Keep a list of questions you want to ask your doctor
- Refill your prescription before you run out of medicine

Make the most of your doctor's visit

- Make a list of questions you want to ask before you go to your appointment
- Ask your doctor questions.
- Ask about possible side effects of any medicines you have been prescribed.
- Tell your doctor if you are drinking any teas or taking herbs. In addition, tell your doctor about any vitamins or over-the-counter medicines you are using.

Visiting your doctor when you are sick:

- Try to give your doctor as much information as you can.
- Tell your doctor if you are getting worse or if you are feeling about the same.
- Tell your doctor if you have taken anything
- Remember to take your medications with you to all appointments with your doctor

Behavioral Health, Mental Or Substance (Drug) Abuse

How do I get help if I have behavioral (mental) health, alcohol or drug problems?

Call our Behavioral Health Customer Service Line at (866) 449-6849. You do not need to call your primary care provider to get an approval for these services. If you have an emergency or crisis care need, you do not need to call first, go to the nearest emergency care center or call 911. You can also call our 24-hour Behavioral Health Crisis Line at (800) 818-5837. Someone will always be there to help you.

Do I need a referral for this?

No, you do not need to get a referral from your primary care provider for these services.

What are mental health rehabilitation services and mental health targeted case management? How do I get these services?

Mental Health Rehabilitation and Targeted Case Management services are available to adult Medicaid recipients who are assessed and determined to have a severe and persistent mental illness (SPMI) illness (such as Schizophrenia, Major Depression, Bipolar Disorder), as well as children and adolescents ages 3 through 17

years with a diagnosis of a mental illness who exhibit a severe emotional disturbance (SED) (such as Conduct Disorder). For more information, call Molina Member Services at (866) 449-6849, or your Service Coordinator at (866) 409-0039.

Prescription Drugs

How do I get my medications?

Medicaid pays for most medicine your doctor says you need. Your doctor will write a prescription so you can take it to the drug store, or may be able to send the prescription for you.

How do I find a network drug store?

You have to go to a Molina network pharmacy. You can get your prescription filled at most drug stores in Texas, including Walgreens, Kroger, HEB, Randall's, Target, Wal-Mart, CVS. If you need help with finding a pharmacy, just call Member Services toll free at (866) 449-6849. You can also go to the internet. Our website is www.MolinaHealthcare.com. You can click on the find a pharmacy link. This will show you the list of pharmacies.

What if I go to a drug store not in the network?

You have to go to a Molina pharmacy for your prescriptions to be covered, and we can help you find one. Just call Member Services toll free at (866) 449-6849.

Call us if you are out of state and need emergency prescriptions. We can help you find a Molina pharmacy. If there are no Molina pharmacies, we may be able to work with the pharmacy to pay for the medication or you may have to pay for your prescription. You will have to send us the receipt so Molina can pay you back.

What do I bring with me to the drug store?

You have to take your Molina ID card, Your Texas Benefits Medicaid Card, and the prescription your doctor wrote for you.

What if I need my medications delivered to me?

If you cannot leave home, Molina can provide you with mail order pharmacy. This is done by CVS Caremark Mail Services. Please call Molina Member Services Toll Free at (866) 449-6849.

Who do I call if I have problems getting my medications?

We can help you. Call Member Services at (866) 449-6849.

If you have both Medicare and Medicaid, your prescriptions are covered by Medicare. Molina may cover out-of-pocket costs for some medications.

What if I can't get the medication my doctor ordered approved?

If your doctor cannot be reached to approve a prescription, you may be able to get a three-day emergency supply of your medication. Call Molina at (866) 449-6849 for help with your medications and refills.

What if I lose my medication(s)?

If your medication is lost or stolen, have your pharmacy call Molina Member Services at (866) 449-6849 for help.

What if I need durable medical equipment (DME) or other products normally found in a pharmacy?

Some durable medical equipment (DME) and products normally found in a pharmacy are covered by Medicaid. For all members, Molina pays for nebulizers, ostomy supplies, and other covered supplies and equipment if they are medically necessary. For children (birth through age 20), Molina also pays for medically necessary prescribed over-the-counter drugs, diapers, formula, and some vitamins and minerals.

Call Molina (866) 449-6849 for more information about these benefits.

Where can I find answers to drug benefits?

You should speak with your provider about any medication you need. You can visit our website if you want to know more about your drug benefits, the pharmacy process or for more information. Look for the Guide to Accessing Quality Healthcare, located on the Quality Improvement Program section of our website or call Member Services at (866) 449-6849.

What if I also have Medicare?

If you have Medicaid and Medicare, you will get your prescriptions from Medicare. Molina may cover your out-of-pocket costs for some medications.

How do I get my medications if I am in a Nursing Facility?

You may have your medication filled at any Molina Network Pharmacy.

- A family member or someone you choose could bring the medication to you.
- You may have the medication mailed to you from our mail order pharmacy.
- Some local pharmacies offer delivery service.

*Check with the nursing facility to see which method meets their rules.

Family Planning Services

How do I get family planning services?

Family planning services like birth control and counseling are private; you do not need to ask your doctor to get these services. You can go to any family planning provider who takes Medicaid.

Do I need a referral for this?

No, you do not need to ask your primary care provider to get these services.

Where do I find a family planning service provider?

You can find the locations of family planning providers near you online at www.dshs.state.tx.us/famplan/ or you can call Molina at (866) 449-6849 for help in finding a family planning provider.

Case Management For Children And Pregnant Women (CPW) Program

What is Case Management for Children and Pregnant Women (CPW)?

CPW gives service to children with a health need or risk, birth through 20 years of age and to high-risk pregnant women of all ages.

Case Management for Children and Pregnant Women

Need help finding and getting services? You might be able to get a case manager to help you.

Who can get a case manager?

Children, teens, young adults (birth through age 20) and pregnant women who get Medicaid and:

- Have health problems, or
- Are at a high risk for getting health problems

What do case managers do?

A case manager will visit you and then:

- Find out what services you need.
- Find services near where you live.
- Teach you how to find and get other services.
- Make sure you are getting the services you need.

What kind of help can you get?

Case managers can help you:

- Get medical and dental services.
- Get medical supplies or equipment.
- Work on school or education issues.
- Work on other problems.

How can you get a case manager?

Call the Texas Health Steps at (877) 847-8377 (toll-free), Monday to Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

To learn more, go to www.dshs.state.tx.us/caseman.

What is Early Childhood Intervention (ECI)?

Early Childhood Intervention (ECI) is a statewide program for families with children, up to three years old, who have disabilities or developmental delays. ECI provides evaluations and assessments, at no cost to Molina families, to determine eligibility and need for services. ECI goes to families and focuses on working with the child and family in their natural environment, such as at home, grandma's house or a child care center.

Early Childhood Intervention responds to the critical needs of children and families by:

- Promoting development and learning,
- Providing support to families,

- Coordinating services, and
- Decreasing the need for costly special programs

ECI services feature:

- Individualized Planning Process
- Family-Centered Services
- Case Management
- Familiar Settings
- Professional Providers
- Plans for Continuing Services

For more information about ECI or to refer a child, call Member Services at (866) 449-6849 or the DARS Inquiries Line at (800) 628-5115.

Do I need a referral for this?

A medical diagnosis or a confirmed developmental delay is not needed to refer. As soon as a delay is suspected, children may be referred to ECI, even as early as birth.

Where do I find an ECI provider?

To locate the ECI program that serves your area, visit the Texas Department of Assistive and Rehabilitative Services (DARS) website at <https://citysearch.hhsc.state.tx.us/>, select the city or county where you live from the drop-down menu and click the “Search” button.

One or more ECI programs will appear along with the address, phone numbers, email and Web site (if available). There may be several ECI programs in your city or county. To narrow your search, follow the directions on the website.

You can also call Member Services for help finding an ECI provider.

Service Coordination

What is Service Coordination?

Service Coordination is a special service for STAR+PLUS members to help you manage your health, long-term service and supports and behavioral health care needs. When you enroll with Molina, you will be assigned to a Service Coordinator. The Service Coordinator’s job is to help you with all of your health care needs.

What will a Service Coordinator do for me?

Your Service Coordinator will:

- Call and get to know you and your health care, long-term service and supports, and behavioral health care needs
- Use a “screening survey” to help decide if you need more help right away
- Talk with any case managers, providers, pharmacists or other persons that you say are important for your care needs
- Help you find the services you need

- Write a service plan with you and your Primary Care Provider's help
- Stay in contact with you to check up on your health and keep track of your service plan

How can I talk with a Service Coordinator?

You can contact your Service Coordinator by phone with questions and concerns. Call (866) 409-0039 to contact your Service Coordinator.

Transportation

Non-Emergency Medical Transportation (NEMT) Services

What are NEMT services?

NEMT services provide transportation to nonemergency health care appointments for Members who have no other transportation options. These trips include rides to the doctor, dentist, hospital, pharmacy, and other places you get Medicaid services. These trips do NOT include ambulance trips.

What services are part of NEMT Services?

- Passes or tickets for transportation such as mass transit within and between cities or states, including by rail or bus.
- Commercial airline transportation services.
- Demand response transportation services, which is curb-to-curb transportation in private buses, vans, or sedans, including wheelchair-accessible vehicles, if necessary.
- Mileage reimbursement for an individual transportation participant (ITP) for a verified completed trip to a covered healthcare service. The ITP can be you, a responsible party, a family member, a friend, or a neighbor.
- If you are 20 years old or younger, you may be able to receive the cost of meals associated with a long-distance trip to obtain health care services. The daily rate for meals is \$25 per day for the member and \$25 per day for an approved attendant.
- If you are 20 years old or younger, you may be able to receive the cost of lodging associated with a long-distance trip to obtain health care services. Lodging services are limited to the overnight stay and do not include any amenities used during your stay, such as phone calls, room service, or laundry service.
- If you are 20 years old or younger, you may be able to receive funds in advance of a trip to cover authorized NEMT services.

If you need an attendant to travel to your appointment with you, NEMT services will cover the transportation costs of your attendant.

Children 14 years old and younger must be accompanied by a parent, guardian, or other authorized adult. Children 15-17 years old must be accompanied by a parent, guardian, or other authorized adult or have consent from a parent, guardian, or other authorized adults on file to travel alone. Parental consent is not required if the health care service is confidential in nature.

How to get a ride

Your MCO will provide you with information on how to request NEMT services. You should request NEMT Services as early as possible, and at least two business days before you need the NEMT service. In certain circumstances you may request the NEMT service with less notice. These circumstances include being picked up after being discharged from a hospital; trips to the pharmacy to pick up medication or approved medical

supplies; and trips for urgent conditions. An urgent condition is a health condition that is not an emergency but is severe or painful enough to require treatment within 24 hours.

You must notify your MCO prior to the approved and scheduled trip if your medical appointment is cancelled.

Who Do I call for a ride to a medical appointment?

You can contact Access2Care at (866) 462-4857 to schedule transportation to non-emergency health care appointments. Access2Care is available to schedule your transportation services 24 hours a day, 7 days a week. Please be sure to schedule your transportation services as early as possible, and at least 48 hours in advance.

Vision

How do I get eye care services?

You can get routine eye care. You have to go to a vision care provider. The provider list is in the Vision Section of your Provider Directory. You will not need a referral from your primary care provider for routine vision care. If you have a medical problem with your eyes, you will need to call your primary care provider first. If your doctor cannot treat your medical problem, you will be referred to a special eye doctor who can. Adult members age 21 years and older get a vision exam and medically necessary frames and certain plastic lenses every 24 months.

Dental Services

What dental services does Molina cover for children?

Molina covers emergency dental services in a hospital or ambulatory surgical center, including, but not limited to, payment for the following:

- Treatment of dislocated jaw.
- Treatment for traumatic damage to teeth and supporting structures.
- Removal of cysts.
- Treatment of oral abscess of tooth or gum origin.

Molina covers hospital, physician, and related medical services for the above conditions. This includes services the doctor provides and other services your child might need, like anesthesia or other drugs.

Molina is also responsible for paying for treatment and devices for craniofacial anomalies.

Your child's Medicaid dental plan provides dental services including services that help prevent tooth decay and services that fix dental problems. Call your child's Medicaid dental plan to learn more about the dental services they offer.

For STAR+PLUS Waiver members who are adults and who need dental services, you must receive services from a dentist contracted with the Molina dental plan. When dental services require anesthesia in an outpatient or ambulatory care setting, your dental services are paid through the dental benefit available to you. The anesthesia is paid under the Medicaid benefit. If you have Medicare, the anesthesia is covered by Medicare.

Are Emergency Dental Services Covered by the health plan?

Molina covers limited emergency dental services in a hospital or ambulatory surgical center, including payment for the following:

- Treatment for a dislocated jaw.
- Treatment for traumatic damage to teeth and supporting structures.
- Removal of cysts.
- Treatment of oral abscess of tooth or gum origin.
- Hospital, physician, and related medical services such as drugs for any of the above conditions.

What do I do if my child needs Emergency Dental Care?

During normal business hours, call your child's Main Dentist to find out how to get emergency services. If your child needs emergency dental services after the Main Dentist's office has closed, call us toll free at (866) 449-6849 or call 911.

Interpreter Services at Doctor's Visits

Can someone interpret for me when I talk with my doctor? Who do I call for an interpreter?

When you set up a medical visit, tell the provider you need an interpreter. If the provider does not have someone to interpret for you, call Molina Member Services at (866) 449-6849; we will help you.

How far in advance do I need to call to get an interpreter?

Call as soon as you make a doctor's appointment.

How can I get a face-to-face interpreter in the provider's office?

When you call to set up your visit, tell the person you are talking to that you need an interpreter with you during the visit. If they cannot help, call Member Services.

OB/GYN Care

What if I need OB/GYN care? Do I have the right to choose an OB/GYN?

Attention Female Members

Molina Healthcare of Texas allows you to pick any OB/GYN, whether that doctor is in the same network as your Primary Care Provider or not. You have the right to pick an OB/GYN without a referral from your Primary Care Provider. An OB/GYN can give you:

- One well-woman checkup each year.
- Care related to pregnancy.
- Care for any female medical condition.
- Referral to other special doctors within the network.

How do I choose an OB/GYN?

You can pick any OB/GYN listed in the Molina Provider Directory. Your OB/GYN will set up an appointment within two (2) weeks of your call.

If I do not choose an OB/GYN, do I have direct access? Will I need a referral?

You have direct access to see an OB/GYN without a referral from your primary care provider. You can go to any OB/GYN provider listed in the Provider Directory.

How soon can I be seen after contacting my OB/GYN for an appointment?

You will be seen within two (2) weeks from the day you called to set up your visit.

What if I am pregnant? Who do I need to call?

Please call Molina as soon as you know you are pregnant. Molina will help you get the care you need.

Our educational pamphlets, and other information, will answer any questions you may have about the pregnancy.

Can I stay with an OB/GYN who is not with Molina?

You can see a doctor who is not part of Molina's network if:

- You are in the last three months of your pregnancy when you start your coverage with Molina, or
- if you have a health problem that would make changing to a new doctor unsafe. If not, you will need to see a Molina doctor.

What other services/activities/education does Molina offer pregnant women?

Molina has a program just for pregnant women. This program gives you information on having a healthy pregnancy. It will tell you important things to do for you. It will tell you important things to do for your baby. You will work with someone that will help you during the time you are pregnant. This person will help you with what to do after your baby is born.

Where can I find a list of birthing centers?

Call Member Services at (866) 449-6849 for help with finding a center. You can go to Molinahealthcare.com to find a provider in your area.

Can I pick a Primary Care Provider for my baby before the baby is born? (Does not apply to members who also have Medicare)

Yes, call Member Services. We will help you find a primary care provider for your baby. We will need your name and your member ID number.

How and when can I switch my baby's Primary Care Provider? (Does not apply to members who also have Medicare)

You can switch your baby's Primary Care Provider by calling Member Services. We can help you find a new primary care provider for your baby. You can switch your baby's primary care provider no more than one time per month.

How do I sign up my newborn baby?

It is important to sign your baby up for Medicaid soon after your baby is born. To get more information on how to sign your baby up call the Medicaid Helpline at 1-800-964-2777. The Helpline staff will tell you what you need to do to keep your baby covered under Medicaid. Check with the hospital social worker before you go home to

make sure the application is complete. You can also call 2-1-1 to find your local HHSC office to make sure your baby's application has been received.

How and when do I tell Molina about the birth of my baby?

You need to call Molina's Member Services at (866) 449-6849 to let us know that you had your baby as soon as you can.

How and when do I tell my caseworker?

Call your local HHSC benefits office to let them know that your baby has been born.

How can I receive healthcare after my baby is born (and I am no longer covered by Medicaid)?

After your baby is born you may lose Medicaid coverage. You may be able to get some health care services through the Texas Women's Health Program and the Department of State Health Services (DSHS). These services are for women who apply for the services and are approved.

Texas Women's Health Program

The Texas Women's Health Program provides family planning exams, related health screenings and birth control to women ages 18 to 44 whose household income is at or below the program's income limits (185 percent of the federal poverty level). You must submit an application to find out if you can get services through this program.

To learn more about services available through the Texas Women's Health Program, write, call, or visit the program's website:

Texas Women's Health Program
P.O. BOX 14000
Midland, TX 749711-9902
Phone: (800) 335-8957
Website: www.texaswomenshealth.org/
Fax: (toll-free) (866) 993-9971

DSHS Primary Health Care Program

The DSHS Primary Health Care Program serves women, children, and men who are unable to access the same care through insurance or other programs. To get services through this program, a person's income must be at or below the program's income limits (200 percent of the federal poverty level). A person approved for the services may have to pay a co-payment, but no one is turned down for services because of a lack of money.

Primary Health Care focuses on prevention of disease, early detection and early intervention of health problems. The main services provided are:

- Diagnosis and treatment
- Emergency services
- Family planning
- Preventive health services, including vaccines (shots) and health education, as well as laboratory, x-ray, nuclear medicine or other appropriate diagnostic services.

Secondary services that may be provided are nutrition services, health screening, home health care, dental care, rides to medical visits, medicines your doctor orders (prescription drugs), durable medical supplies, environmental health services, treatment of damaged feet (podiatry services), and social services.

You will be able to apply for Primary Health Care services at certain clinics in your area. To find a clinic where you can apply, visit the DSHS Family and Community Health Services Clinic Locator at <http://txclinics.dshs.texas.gov/chcl/>.

To learn more about services you can get through the Primary Health Care program, email, call, or visit the program's website:

Website: www.dshs.state.tx.us/phc/

Phone: (512) 776-7796

Email: PPCU@dshs.state.tx.us

DSHS Expanded Primary Health Care Program

The Expanded Primary Health Care program provides primary, preventive, and screening services to women age 18 and above whose income is at or below the program's income limits (200 percent of the federal poverty level). Outreach and direct services are provided through community clinics under contract with DSHS. Community health workers will help make sure women get the preventive and screening services they need. Some clinics may offer help with breast feeding.

You can apply for these services at certain clinics in your area. To find a clinic where you can apply, visit the DSHS Family and Community Health Services Clinic Locator at <http://txclinics.dshs.texas.gov/chcl/>.

To learn more about services you can get through the DSHS Expanded Primary Health Care program, visit the program's website, call, or email:

Website: www.dshs.state.tx.us/ephc/Expanded-Primary-Health-Care.aspx

Phone: (512) 776-7796

Fax: (512)776-7203

Email: PPCU@dshs.state.tx.us

DSHS Family Planning Program

The Family Planning Program has clinic sites across the state that provide quality, low-cost, and easy-to-use birth control for women and men.

To find a clinic in your area visit the DSHS Family and Community Health Services Clinic Locator at <http://txclinics.dshs.texas.gov/chcl/>.

To learn more about services you can get through the Family Planning program, visit the program's website, call, or email:

Website: www.dshs.state.tx.us/famplan/

Phone: (512) 776-7796

Fax: (512)776-7203

Email: PPCU@dshs.state.tx.us

Other Important Information

Who do I call if I have special health care needs and need someone to help me?

You can call Member Services. We will help you get more information on how to get help with special health care needs. We can tell you about services that Molina has in your area. We can tell you of community resources in your area. It is important to tell your primary care provider that you have special health care needs. Call your primary care provider to make an appointment to talk about your special needs.

What if I am too sick to make a decision about my medical care?

You can write a letter that is called an Advance Directive that tells people what you want to happen if you get very sick. For more information on how to write an Advance Directive, call Member Services at (866) 449-6849. We can send you forms to fill out that tell others the kind of health care you want if you are too sick to tell them.

What are Advance Directives?

An Advance Directives is a letter that you write to tell others the type of health care you want if you are too sick. You can also use this letter to give someone else the right to make these decisions for you, if you become too ill to make the decisions yourself.

How do I get an Advance Directive Form?

You can get forms to write advance directives by calling Member Services at (866) 449-6849. They will help you get the information you need to complete these forms.

What do I have to do if I need help with completing my renewal application?

How to Renew

Families must renew Medicaid coverage every year. In the months before a child's coverage is due to end, HHSC will send the family a renewal packet in the mail. The renewal packet contains an application. It also includes a letter asking for an update on the family's income and cost deductions. The family needs to:

- Look over the information on the renewal application.
- Fix any information that is not correct.
- Sign and date the application.
- Look at the health plan options, if Medicaid health plans are available.
- Return the renewal application and documents of proof by the due date.

Once HHSC receives the renewal application and documents of proof, the staff will check to see if the children in the family still qualify for their current program or if they qualify for a different program. If a child is referred to another program (Medicaid or CHIP), HHSC will send the family a letter telling them about the referral, and then look to see if the child can get benefits in the other program. If the child qualifies, the coverage in the new program (Medicaid or CHIP) will begin the month following the last month of the other program's coverage. During renewal, the family can pick new medical and dental plans by calling the CHIP/Children's Medicaid call center at (800) 964-2777.

What happens if I lose my Medicaid coverage?

If you lose Medicaid coverage but get it back again within six (6) months you will get your Medicaid services from the same health plan you had before losing your Medicaid coverage. You will also have the same Primary Care Provider you had before.

What if I get a bill from my doctor? Who do I call? What information will they need?

The STAR+PLUS Program does not have copays. Your doctor should not bill you for a covered service. If you do get a bill from a doctor, call the doctor's office and make sure they have your Medicaid information and any other insurance policy information available. All of the information your doctor needs to bill Molina for the service is on your ID card.

You can also get help by calling Molina's Member Services. A team member will help you with your doctor bill.

To help you, they will need:

- The name of the patient
- The patient's Medicaid ID number
- The date of service
- The name of the doctor sending you the bill
- The amount you are being billed for

Can my Medicare provider bill me for services or supplies if I am in both Medicare and Medicaid?

You cannot be billed for Medicare "cost-sharing," which includes deductibles, coinsurance, and co-payments that are covered by Medicaid.

What do I have to do if I move?

As soon as you have your new address, give it to the local HHSC benefits office and Molina Member Services Department at (866) 449-6849. Before you get Medicaid services in your new area, you must call Molina, unless you need emergency services. You will continue to get care through Molina until HHSC changes your address.

What if I have other health insurance in addition to Medicaid?

Medicaid and Private Insurance

You are required to tell Medicaid staff about any private health insurance you have. You should call the Medicaid Third Party Resources hotline and update your Medicaid case file if:

- Your private health insurance is canceled.
- You get new insurance coverage.
- You have general questions about third party insurance.
- You can call the hotline toll-free at 1-800-846-7307.

If you have other insurance you may still qualify for Medicaid. When you tell Medicaid staff about your other health insurance, you help make sure Medicaid only pays for what your other health insurance does not cover.

IMPORTANT: Medicaid providers cannot turn you down for services because you have private health insurance as well as Medicaid. If providers accept you as a Medicaid patient, they must also file with your private health insurance company.

Member Rights and Responsibilities

What are my rights and responsibilities?

MEMBER RIGHTS:

1. You have the right to respect, dignity, privacy, confidentiality, and nondiscrimination. That includes the right to:
 - a. Be treated fairly and with respect.
 - b. Know that your medical records and discussions with your providers will be kept private and confidential.
2. You have the right to a reasonable opportunity to choose a health care plan and primary care provider. This is the doctor or health care provider you will see most of the time and who will coordinate your care. You have the right to change to another plan or provider in a reasonably easy manner. That includes the right to:
 - a. Be told how to choose and change your health plan and your primary care provider.
 - b. Choose any health plan you want that is available in your area and choose your primary care provider from that plan.
 - c. Change your primary care provider.
 - d. Change your health plan without penalty.
 - e. Be told how to change your health plan or your primary care provider.
3. You have the right to ask questions and get answers about anything you do not understand. That includes the right to:
 - a. Have your provider explain your health care needs to you and talk to you about the different ways your health care problems can be treated.
 - b. Be told why care or services were denied and not given.
4. You have the right to agree to or refuse treatment and actively participate in treatment decisions. That includes the right to:
 - a. Work as part of a team with your provider in deciding what health care is best for you.
 - b. Say yes or no to the care recommended by your provider.
5. You have the right to use each complaint and appeal process available through the managed care organization and through Medicaid, and get a timely response to complaints, appeals and fair hearings. That includes the right to:
 - a. Make a complaint to your health plan or to the state Medicaid program about your health care, your provider or your health plan.
 - b. Get a timely answer to your complaint.
 - c. Use the plan's appeal process and be told how to use it.
 - d. Ask for a fair hearing from the state Medicaid program and get information about how that process works.
6. You have the right to timely access to care that does not have any communication or physical access barriers. That includes the right to:
 - a. Have telephone access to a medical professional 24 hours a day, 7 days a week to get any emergency or urgent care you need.
 - b. Get medical care in a timely manner.
 - c. Be able to get in and out of a health care provider's office. This includes barrier free access for people with disabilities or other conditions that limit mobility, in accordance with the Americans with Disabilities Act.
 - d. Have interpreters, if needed, during appointments with your providers and when talking to your health plan. Interpreters include people who can speak in your native language, help someone with a disability, or help you understand the information.

- e. Be given information you can understand about your health plan rules, including the health care services you can get and how to get them.
7. You have the right to not be restrained or secluded when it is for someone else's convenience, or is meant to force you to do something you do not want to do, or is to punish you.
8. You have a right to know that doctors, hospitals, and others who care for you can advise you about your health status, medical care, and treatment. Your health plan cannot prevent them from giving you this information, even if the care or treatment is not a covered service.
9. You have a right to know that you are not responsible for paying for covered services. Doctors, hospitals, and others cannot require you to pay copayments or any other amounts for covered services.

You have the right to suggest changes to Molina Healthcare's member rights and responsibility policy.

You also have the right to submit a bill for covered services if applicable, please submit to:

Molina Healthcare
PO BOX 22719
Long Beach, CA 90801

MEMBER RESPONSIBILITIES:

1. You must learn and understand each right you have under the Medicaid program. That includes the responsibility to:
 - a. Learn and understand your rights under the Medicaid program.
 - b. Ask questions if you do not understand your rights.
 - c. Learn what choices of health plans are available in your area.
2. You must abide by the health plan's and Medicaid's policies and procedures. That includes the responsibility to:
 - a. Learn and follow your health plan's rules and Medicaid rules.
 - b. Choose your health plan and a primary care provider quickly.
 - c. Make any changes in your health plan and primary care provider in the ways established by Medicaid and by the health plan.
 - d. Keep your scheduled appointments.
 - e. Cancel appointments in advance when you cannot keep them.
 - f. Always contact your primary care provider first for your non-emergency medical needs.
 - g. Be sure you have approval from your primary care provider before going to a specialist.
 - h. Understand when you should and should not go to the emergency room.
3. You must share information about your health with your primary care provider and learn about service and treatment options. That includes the responsibility to:
 - a. Tell your primary care provider about your health.
 - b. Talk to your providers about your health care needs and ask questions about the different ways your health care problems can be treated.
 - c. Help your providers get your medical records.
4. You must be involved in decisions relating to service and treatment options, make personal choices, and take action to keep yourself healthy. That includes the responsibility to:
 - a. Work as a team with your provider in deciding what health care is best for you.
 - b. Understand how the things you do can affect your health.
 - c. Do the best you can to stay healthy.
 - d. Treat providers and staff with respect.
 - e. Talk to your provider about all of your medications.

ADDITIONAL MEMBER RESPONSIBILITIES WHILE USING NEMT SERVICES:

1. When requesting NEMT Services, you must provide the information requested by the person arranging or verifying your transportation.
2. You must follow all rules and regulations affecting your NEMT services.
3. You must return unused advanced funds. You must provide proof that you kept your medical appointment prior to receiving future advanced funds.
4. You must not verbally, sexually, or physically abuse or harass anyone while requesting or receiving NEMT services.
5. You must not lose bus tickets or tokens and must return any bus tickets or tokens that you do not use. You must use the bus tickets or tokens only to go to your medical appointment.
6. You must only use NEMT Services to travel to and from your medical appointments.
7. If you have arranged for an NEMT Service but something changes, and you no longer need the service, you must contact the person who helped you arrange your transportation as soon as possible.

If you think you have been treated unfairly or discriminated against, call the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) toll-free at 1-800-368-1019. You also can view information concerning the HHS Office of Civil Rights online at www.hhs.gov/ocr

Complaint Process

What should I do if I have a complaint? Who do I call?

We want to help. If you have a complaint, please call us toll-free at (866) 449-6849 to tell us about your problem. A Molina Member Services Advocate can help you file a complaint. Just call (866) 449-6849. Most of the time, we can help you right away or at the most within a few days.

Once you have gone through the Molina Healthcare complaint process, you can complain to the Health and Human Services Commission (HHSC) by calling toll-free 1-866-566-8989. If you would like to make your complaint in writing, please send it to the following address:

Texas Health and Human Services
Commission Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247

If you can get on the Internet, you can send your complaint at: hhs.texas.gov/managed-care-help

Can someone from Molina help me file a complaint?

Yes, we want to help you with the complaint process. When you have a complaint, you can call Member Services and ask for help with your complaint. Member Services Toll Free at (866) 449-6849.

How long will it take to process my complaint?

Your complaint will be handled within (30) calendar days from the date Molina receives your complaint. It could take less than 30 days. You will get a letter that tells you how your complaint was resolved. This letter will explain the complete complaint and appeal process. It will also tell you about your appeal rights. If the complaint is for an emergency for inpatient hospital or on-going care, Molina will resolve your complaint within one (1) business day.

What are the requirements and timeframes for filing a Complaint?

When we get your complaint, we will send you a letter within five days telling you we have your complaint. We will look into your complaint and decide the outcome. We will send you a letter telling you the outcome. We will not take more than 30 days to complete this process.

Do I have the right to meet with a complaint appeal panel?

Yes, if you are not happy with the results of your complaint, call Member Services. They will help you set up a meeting with the Complaint Appeal Panel. Molina's appeal panel includes a doctor, a Member and an employee of Molina. The providers will be familiar with your kind of complaint. Members of the panel have not been involved in your case before. We will let you know we received your appeal. A letter will let you know the complete complaint and appeal process. This letter will tell you about your appeal rights.

Appeal Process

How will I find out if services are denied?

If Molina denies your services, we will send you a letter.

What can I do if my doctor asks for a service or medicine for me that is covered but Molina denies it or limits it?

If you do not agree with Molina's decision to deny or limit your services, you can ask for an appeal. An appeal is when you or your representative asks Molina to look again at the services or medicines that we denied or limited.

If you ask someone to be your representative and to file an appeal for you, you must also send a letter to Molina to let us know you have chosen a person to represent you. We must have this information in writing for your privacy and security. You can send the letter to:

Molina Healthcare of Texas
Attn: Member Complaints & Appeals
P. O. Box 165089
Irving, TX 75016

Can I continue getting the services that were already approved?

Yes, to keep getting the services that were approved but are now being denied or limited, you must file your appeal within 10 days from the day you get a letter telling you a service was denied or limited or from the date the services will end. If you ask to keep the services while your appeal is pending, you need to know that you may have to pay for these services.

What are the timeframes for the appeal process?

We will send you a letter within five (5) business days from when we get your request for an appeal. The letter will tell you that we got your appeal and we are working on it. We will make the final decision within 30 days after we get your appeal, unless we need more information from you or your representative. If we need more information, we may take up to 14 more days to complete your appeal. If we extend the appeals process, we will send you a letter. The letter will let you know the reason for the delay. You can also ask us to extend the process up to 14 days if you have more information that we should consider. Molina will send you and your doctor a letter with the final decision.

You can ask for an expedited appeal if you or your doctor believe your health could be seriously harmed by waiting up to 30 days for a decision. We will make our decision within 1 day after getting all of your information.

How soon do I need to ask for an appeal?

The appeal needs to be filed within 60 calendar days from the date on the letter telling you that all or part of your services were denied or limited.

Does my request have to be in writing?

You can request an appeal by telephone. You can call Member Services and someone can help you file your appeal. After your phone call, you or your representative must follow up with a signed written request, unless an expedited appeal is requested. Just ask for help when you call to file your appeal.

Toll free number: (866) 449-6849

You can also write your appeal and send it to:

Molina Healthcare of Texas
Attn: Member Complaints & Appeals
P. O. Box 165089
Irving, TX 75016

Can someone from Molina help me file an appeal?

Yes, someone in Member Services can help you file your appeal. Just ask for help when you call to file your appeal.

Can I ask for a State Fair Hearing?

You can also request a State Fair Hearing within 120 days or after Molina's appeal process, unless you have asked for an expedited appeal. For more information, see the section on Expedited Appeals and State Fair Hearing below.

Expedited Appeals

What is an expedited appeal?

An Expedited Appeal is when the health plan has to make a decision quickly based on the condition of your health, and taking the time for a standard appeal could jeopardize your life or health.

How do I ask for an expedited appeal? Does my request have to be in writing?

You can call Member Services and ask to file an expedited appeal. We will help you. You can ask for an expedited appeal by calling or in writing.

Who can help me in filing an expedited appeal?

You can call Member Services to file an expedited appeal. When you call, just tell them you would like to file an expedited appeal, they will know to work on it very quickly.

Toll free number: (866) 449-6849

If you send the expedited appeal in writing, send it to:

Molina Healthcare of Texas
Attn: Member Complaints & Appeals
P. O. Box 165089
Irving, TX 75016

What are the time frames for an expedited appeal?

Molina will make a decision within one (1) business day. For expedited appeals, we will send a letter telling you your appeal has been handled. We will send your provider a letter telling him/her that your appeal has been resolved.

What happens if Molina denies the request for an expedited appeal?

Molina may make a decision that your appeal should not be expedited. If this decision is made, we will follow the standard appeal process. As soon as this is decided, we will call you to let you know that the standard appeal process will be followed. We will also let you know by sending you a letter within 2 days from the date you asked for the expedited appeal.

Denied request for an expedited appeal

If you disagree with the decision, you have the right to request an expedited Fair Hearing from the State.

State Fair Hearing

Can I ask for a State Fair Hearing?

If you, as a member of the health plan, disagree with the health plan's decision, you have the right to ask for a fair hearing. You may name someone to represent you by writing a letter to the health plan telling them the name of the person you want to represent you. A doctor or other medical provider may be your representative. If you want to challenge a decision made by your health plan, you or your representative must ask for the fair hearing within 120 days of the date on the health plan's letter with the decision. If you do not ask for the fair hearing within 120 days, you may lose your right to a fair hearing. To ask for a fair hearing, you or your representative should either send a letter to the health plan at:

Molina Healthcare of Texas
Attention Complaint & Appeal Dept.
P. O. Box 165089
Irving, TX 75016

Or call Members Services Toll Free at: (866) 449-6849

You have the right to keep getting any service the health plan denied or reduced, at least until the final hearing decision is made if you ask for a fair hearing by the later of: (1) 10 calendar days following the MCO's mailing of the notice of the Action, or (2) the day the health plan's letter says your service will be reduced or end. If you do not request a fair hearing by this date, the service the health plan denied will be stopped.

If you ask for a fair hearing, you will get a packet of information letting you know the date, time and location of the hearing. Most fair hearings are held by telephone. At that time, you or your representative can tell why you need the service the health plan denied.

HHSC will give you a final decision within 90 days from the date you asked for the hearing.

Reporting Abuse, Neglect, and Exploitation

How do I report suspected abuse, neglect, or exploitation?

You have the right to respect and dignity, including from Abuse, Neglect, and Exploitation.

What are Abuse, Neglect, and Exploitation?

Abuse is mental, emotional, physical or sexual injury, or failure to prevent such injury.

Neglect results in starvation, dehydration, overmedicating or under medicating, unsanitary living conditions, etc. Neglect also includes lack of heat, running water, electricity, medical care, and personal hygiene.

Exploitation is misusing the resources of another person for personal or monetary gain. This includes taking Social Security or SSI (Supplemental Security Income) checks, abusing a joint checking account, and taking property and other resources.

Reporting Abuse, Neglect, and Exploitation

The law requires that you report suspected Abuse, Neglect, or Exploitation, including unapproved use of restraints or isolation that is committed by a provider.

Call 9-1-1 for life-threatening or emergency situations

Report by Phone (non-emergency): 24 hours a day, 7 days a week, toll-free

Report to the Department of Aging and Disability Services (DADS) by calling (800) 647-7418 if the person being abused, neglected, or exploited lives in or receives services from a:

- Nursing Facility;
- Assisted Living Facility;
- Adult Day Care Center;
- Licensed Adult Foster Care Provider; or
- Home and Community Support Services Agency (HCSSA or Home Health Agency)

Suspected Abuse, Neglect, or Exploitation by a HCSSA must also be reported to the Department of Family and Protective Services (DFPS).

Report all other suspected abuse, neglect, or exploitation to DFPS by calling (800) 252-5400.

Reporting Electronically (non-emergency)

Go to <https://txabusehotline.org>. This is a secure website. You will need to create a password-protected account and profile.

Helpful Information for Filing a Report

When reporting abuse, neglect, or exploitation, it is helpful to have the names, ages, addresses, and phone numbers of everyone involved.

Fraud and Abuse Information

Do you want to report Waste, Abuse, or Fraud?

Let us know if you think a doctor, dentist, pharmacist at a drug store, other health care providers, or a person getting benefits is doing something wrong. Doing something wrong could be waste, abuse, or fraud, which is against the law. For example, tell us if you think someone is:

- Getting paid for services that weren't given or necessary.
- Not telling the truth about a medical condition to get medical treatment.
- Letting someone else use their Medicaid ID.
- Using someone else's Medicaid ID.
- Not telling the truth about the amount of money or resources he or she has to get benefits.

To report waste, abuse, or fraud, choose one of the following:

- Call the OIG Hotline at 1-800-436-6184;
- Visit <https://oig.hhsc.state.tx.us/> Under the box labeled "I WANT TO" click "Report Waste, Abuse, and Fraud" to complete the online form; or
- You can report directly to your health plan:

Molina Healthcare of Texas
Attention Compliance Officer
1660 N. Westridge Circle
Irving, Texas, 75038
1-866-606-3889

To report waste, abuse, or fraud, gather as much information as possible.

- When reporting about a provider (a doctor, dentist, counselor, etc.) include:
 - › Name, address, and phone number of provider
 - › Name and address of the facility (hospital, nursing home, home health agency, etc.)
 - › Medicaid number of the provider and facility, if you have it
 - › Type of provider (doctor, dentist, therapist, pharmacist, etc.)
 - › Names and phone numbers of other witnesses who can help in the investigation
 - › Dates of events
 - › Summary of what happened
- When reporting about someone who gets benefits, include:
 - › The person's name
 - › The person's date of birth, Social Security Number, or case number if you have it
 - › The city where the person lives
 - › Specific details about the waste, abuse, or fraud

To report an issue online, visit: <https://molinahealthcare.AlertLine.com>

Information Available On a Yearly Basis

As a member of Molina you can ask for and get the following information each year:

- Information about network providers – at a minimum primary care doctors, specialists, and hospitals in our service area. This information will include names, addresses, telephone numbers, and languages spoken (other than English) for each network provider, plus identification of providers that are not accepting new patients.
- Any limits on your freedom of choice among network providers.
- Your rights and responsibilities.
- Information on complaint, appeal, and fair hearing procedures.
- Information about benefits available under the Medicaid program, including amount, duration, and scope of benefits. This is designed to make sure you understand the benefits to which you are entitled.
- How you get benefits including authorization requirements.
- How you get benefits, including family planning services, from out-of-network providers and limits to those benefits.
- How you get after hours and emergency coverage and limits to those kinds of benefits, including:
 - › What makes up emergency medical conditions, emergency services, and post-stabilization services.
 - › The fact that you do not need prior authorization from your Primary Care Provider for emergency care services.
 - › How to get emergency services, including instructions on how to use the 911 telephone system or its local equivalent.
 - › The addresses of any places where providers and hospitals furnish emergency services covered by Medicaid.
 - › A statement saying you have a right to use any hospital or other settings for emergency care.
 - › Post-stabilization rules.
- Policy on referrals for specialty care and for other benefits you cannot get through your Primary Care Provider.
- Molina’s practice guidelines.

Your Privacy

Your Protected Health Information

Your privacy is important to us. We respect and protect your privacy. Molina uses and shares your information to provide you with health benefits. Molina wants to let you know how your information is used or shared. PHI means “protected health information.” PHI is health information that includes your name, member number or other identifiers, and is used or shared by Molina.

Why does Molina use or share your PHI?

- To provide for your treatment
- To pay for your health care
- To review the quality of the care you get
- To tell you about your choices for care
- To run our health plan
- To use or share PHI for other purposes as required or permitted by law

When does Molina need your written authorization (approval) to use or share your PHI?

Molina needs your written approval to use or share your PHI for purposes not listed above.

What are your privacy rights?

- To look at your PHI
- To get a copy of your PHI
- To amend your PHI
- To ask us to not use or share your PHI in certain ways
- To get a list of certain people or places we have given your PHI

How does Molina protect your PHI?

Molina uses many ways to protect PHI across our health plan. This includes PHI in written word, spoken word or PHI on a computer. Below are some ways Molina protects PHI:

- Molina has policies and rules to protect PHI.
- Molina limits who may see PHI. Only Molina staff with a need to know PHI may use and share PHI.
- Molina staff is trained on how to protect and secure PHI.
- Molina staff must agree in writing to follow the rules and policies that protect and secure PHI.
- Molina secures PHI on our computers. PHI on our computers is kept private by using firewalls and passwords.

What must Molina do by law?

- Keep your PHI private.
- Give your written information, such as this on our duties and privacy practices about your PHI.
- Follow the terms of our Notice of Privacy Practices.

What can you do if you feel your privacy rights have not been protected?

- Call or write Molina and complain.
- Complain to the Department of Health and Human Services.

We will not hold anything against you. Your action would not change your care in any way.

The above is only a summary. Our Notice of Privacy Practices has more information about how we use and share our Members' PHI. Our Notice of Privacy is included in Appendix A. It is also on our website at: MolinaHealthcare.com. You may get a copy of our Notice of Privacy Practices by calling Member Services toll free at: (866) 449-6849.

New Medical Procedures Review

As a member of the Molina health plan, one of your covered benefits includes the fact that we look at new medical advances, like new equipment, tests, and surgery. Each situation is looked at on a case-by-case basis, and sometimes we use a special review to make sure that it is right for you. For more information, call Member Services.

APPENDIX A: STAR+PLUS VALUE ADDED SERVICES

Effective September 1, 2021

24-hour Nurse Advice Line – Our nurses can answer your questions 24 hours a day, 7 days a week. Call (888) 275-8750 (English)/(866) 648-3537 (Spanish).

Weight Watcher Program Meeting Vouchers – For non-dual members age 15 and older with a BMI of 30 or more and diabetic members with an A1c lab result of 8 or more. The Health Educator will determine the total number of meeting vouchers provided.

\$50 Academy Gift Card – For work-out clothes for non-dual members ages 18 or older who finish the Weight Watchers program.

Adult Dental Services - Up to \$250 per year for dental checkups, x-rays and cleaning, for members age 21 and older. Member must be enrolled at time of service.

\$20 Gift Card for Getting a Diabetic Eye Exam Each Year – For diabetic non-dual Medicaid members only. Diabetic eye exam must be documented and performed by an in-network doctor.

Up to \$80 annually: \$20 gift card for getting a HbA1c blood test every 6 months – An additional \$20 gift card for having an A1c less than 8. For diabetic non-dual Medicaid members only and must have two A1c tests performed by an in-network doctor.

Four Visits per Year with a Registered Dietitian – For diabetic non-dual Medicaid members age 21 and older.

\$20 Gift Card for non-dual Medicaid members after completing a doctor follow-up visit within 30 days of getting out of the hospital – One gift card every 30 days after hospitalization and confirmed doctor follow-up visit. Maximum of \$80 each year.

\$100 Eyewear Allowance towards upgrades for frames, lenses or contacts every two years – Limited to currently enrolled non-dual Medicaid members only.

\$20 Gift Card for getting a Mammogram each year – For currently enrolled female non-dual Medicaid members age 50 to 74, at average risk, who complete a recommended mammogram.

\$30 Gift Card for Completing an Office Visit for a Mental Health Condition after Hospitalization – For non-dual Medicaid members who complete an office visit with a behavioral health specialist within 7 days of a hospitalization for a mental health condition, and an additional \$30 gift card for completing an office visit within 30 days for a hospitalization for a mental health condition.

Up to \$40 annually: \$20 Gift Card for members with major depression – For non-dual Medicaid members diagnosed with major depression and currently taking antidepressant medication, who remain on their medication for 84 days, and an additional \$20 gift card for remaining on medication for 180 days.

Up to \$120 annually: \$30 Over-the-Counter (OTC) Gift Card – Every three months, upon request, for OTC medicines and other medical or health related supplies not covered by Medicaid. Limited to currently enrolled non-dual Medicaid members only. Gift card cannot be used to buy food or water.

\$20 Gift Card – For non-dual Medicaid members with a diagnosis of schizophrenia or bi-polar taking antipsychotics and completing a HbA1c screening once per year.

Home Visits – Up to an extra 8 hours of respite services per calendar year for currently enrolled members that are unable to care for themselves due to absence of or need for relief for their unpaid caregiver. Service must be authorized by a Molina Service Coordinator. For non-STAR+PLUS Waiver (non-SPW) members 21 and older.

Home-Delivered Meals – Up to 10 home-delivered meals each year after getting out of the hospital or nursing facility. Service must be authorized by a Molina Service Coordinator. For non-STAR+PLUS Waiver (non-SPW) members 21 and older.

Emergency Response System Services – For currently enrolled members who are determined to be in of the service. Service must be authorized by a Molina Service Coordinator. For non-STAR+PLUS Waiver (non-SPW) members 21 and older and does not apply to eligible Community First Choice members.

\$75 Gift Card – Each year for non-dual diabetic members who refill their diabetic medication for 6 months in a row.

\$20 Gift Card – For currently enrolled non-dual female members ages 21-64, at average risk for cervical cancer, who complete a recommended cervical cancer screening living in Bexar, Dallas, El Paso, Harris and Hidalgo Service Areas.

\$25 Gift Card – For currently enrolled female members ages 21-64, at average risk for cervical cancer, who complete a recommended cervical cancer screening living in Jefferson Service Area.

Up to \$35 allowance – For a seat attachment that fits on a walker for current enrolled members to use with their walker.

Body Weight Scale – For non-dual Medicaid members with congestive heart failure, once per year.

Accessory Tote Bag – one time for current members.

\$75 Gift Card – Each year for non-dual members with a diagnosis of hypertension who refill their high blood pressure medication for 6 months in a row.

Have questions? We're here to help. Call Member Services at (866) 449-6849, Monday to Friday, 8:00 a.m. – 6:00 p.m., central time. This call is free. Or visit MolinaHealthcare.com for more information.

APPENDIX B: MANAGED CARE TERMINOLOGY

Appeal - A request for your managed care organization to review a denial or a grievance again.

Complaint - A grievance that you communicate to your health insurer or plan.

Copayment - A fixed amount (for example, \$15) you pay for a covered health care service, usually when you receive the service. The amount can vary by the type of covered health care service.

Durable Medical Equipment (DME) - Equipment ordered by a health care provider for everyday or extended use. Coverage for DME may include but is not limited to: oxygen equipment, wheelchairs, crutches, or diabetic supplies.

Emergency Medical Condition - An illness, injury, symptom, or condition so serious that a reasonable person would seek care right away to avoid harm.

Emergency Medical Transportation - Ground or air ambulance services for an emergency medical condition.

Emergency Room Care - Emergency services you get in an emergency room.

Emergency Services - Evaluation of an emergency medical condition and treatment to keep the condition from getting worse

Excluded Services - Health care services that your health insurance or plan doesn't pay for or cover.

Grievance - A complaint to your health insurer or plan

Habilitation Services and Devices - Health care services such as physical or occupational therapy that help a person keep, learn, or improve skills and functioning for daily living.

Health Insurance - A contract that requires your health insurer to pay your covered health care costs in exchange for a premium.

Home Health Care - Health care services a person receives in a home.

Hospice Services - Services to provide comfort and support for persons in the last stages of a terminal illness and their families.

Hospitalization - Care in a hospital that requires admission as an inpatient and usually requires an overnight stay.

Hospital Outpatient Care - Care in a hospital that usually doesn't require an overnight stay.

Medically Necessary - Health care services or supplies needed to prevent, diagnose, or treat an illness, injury, condition, disease or its symptoms and that meet accepted standards of medicine.

Network - The facilities, providers, and suppliers your health insurer or plan has contracted with to provide health care services.

Non-participating Provider - A provider who doesn't have a contract with your health insurer or plan to provide covered services to you. It may be more difficult to obtain authorization from your health insurer or plan to obtain services from a non-participating provider instead of a participating provider. In limited cases, such as when there are no other providers, your health insurer can contract to pay a non-participating provider.

Participating Provider - A Provider who has a contract with your health insurer or plan to provide covered services to you.

Physician Services - Health-care services a licensed medical physician (M.D. - Medical Doctor or D.O. - Doctor of Osteopathic Medicine) provides or coordinates.

Plan - A benefit, like Medicaid, which provides and pays for your health-care services.

Pre-authorization - A decision by your health insurer or plan that a health-care service, treatment plan, prescription drug, or durable medical equipment that you or your provider has requested, is medically necessary. This decision or approval, sometimes called prior authorization, prior approval, or pre-certification, must be obtained prior to receiving the requested service. Pre-authorization isn't a promise your health insurance or plan will cover the cost.

Premium - The amount that must be paid for your health insurance or plan.

Prescription Drug Coverage - Health insurance or plan that helps pay for prescription drugs and medications.

Prescription Drugs - Drugs and medications that by law require a prescription.

Primary Care Physician - A physician (M.D. - Medical Doctor or D.O. - Doctor of Osteopathic Medicine) who directly provides or coordinates a range of health-care services for a patient.

Primary Care Provider - A physician (M.D. - Medical Doctor or D.O. - Doctor of Osteopathic Medicine), nurse practitioner, clinical nurse specialist, or physician assistant, as allowed under state law, who provides, coordinates, or helps a patient access a range of health-care services.

Provider - A physician (M.D. - Medical Doctor or D.O. - Doctor of Osteopathic Medicine), health-care professional, or health-care facility licensed, certified, or accredited as required by state law.

Rehabilitation Services and Devices - Health-care services such as physical or occupational therapy that help a person keep, get back or improve skills and functioning for daily living that have been lost or impaired because a person was sick, hurt or disabled.

Skilled Nursing Care - Services from licensed nurses in your own home or in a nursing home.

Specialist - A physician specialist focuses on a specific area of medicine or a group of patients to diagnose, manage, prevent or treat certain types of symptoms and conditions.

Urgent Care - Care for an illness, injury or condition serious enough that a reasonable person would seek care right away, but not so severe as to require emergency room care.

APPENDIX C: NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

MOLINA HEALTHCARE OF TEXAS

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

Molina Healthcare of Texas (“**Molina Healthcare**,” “**Molina**,” “**we**” or “**our**”) uses and shares protected health information about you to provide your health benefits. We use and share your information to carry out treatment, payment and health care operations. We also use and share your information for other reasons as allowed and required by law. We have the duty to keep your health information private and to follow the terms of this Notice. The effective date of this Notice is September 23, 2013.

PHI stands for these words, protected health information. PHI means health information that includes your name, Member number or other identifiers, and is used or shared by Molina.

Why does Molina use or share your PHI?

We use and share your PHI to provide you with health care benefits. Your PHI is used or shared for treatment, payment, and health care operations.

For Treatment

Molina may use or share your PHI to give you, or arrange for, your medical care. This treatment also includes referrals between your doctors or other health care providers. For example, we may share information about your health condition with a specialist. This helps the specialist talk about your treatment with your doctor.

For Payment

Molina may use or share PHI to make decisions on payment. This may include claims, approvals for treatment, and decisions about medical need. Your name, your condition, your treatment, and supplies given may be written on the bill. For example, we may let a doctor know that you have our benefits. We would also tell the doctor the amount of the bill we would pay.

For Health Care Operations

Molina may use or share PHI about you to run our health plan. For example, we may use information from your claim to let you know about a health program that could help you. We may also use or share your PHI to solve Member concerns. Your PHI may also be used to see that claims are paid right.

Health care operations involve many daily business needs. It includes, but is not limited to, the following:

- Improving quality;
- Actions in health programs to help Members with certain conditions (such as asthma);
- Conducting or arranging for medical review;
- Legal services, including fraud and abuse detection and prosecution programs;
- Actions to help us obey laws
- Address Member needs, including solving complaints and grievances.

We will share your PHI with other companies (“**business associates**”) that perform different kinds of activities for our health plan. We may also use your PHI to give you reminders about your appointments. We may use your PHI to give you information about other treatment, or other health-related benefits and services.

When can Molina use or share my PHI without getting written authorization (approval) from you?

The law allows or requires Molina to use and share PHI for several other purposes, including the following:

Required by law

We will use or share information about you as required by law. We will share your PHI when required by the Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS). This may be for a court case, other legal review, or when required for law enforcement purposes.

Public Health

Your PHI may be used or shared for public health activities. This may include helping public health agencies to prevent or control disease.

Health Care Oversight

Your PHI may be used or shared with government agencies. They may need your PHI for audits.

Research

Your PHI may be used or shared for research in certain cases.

Legal or Administrative Proceedings

Your PHI may be used or shared for legal proceedings, such as in response to a court order.

Law Enforcement

Your PHI may be used or shared with police to help find a suspect, witness or missing person.

Health and Safety

Your PHI may be shared to prevent a serious threat to public health or safety.

Government Functions

Your PHI may be shared with the government for special functions. An example would be to protect the President.

Victims of Abuse, Neglect, or Domestic Violence

Your PHI may be shared with legal authorities if we believe that a person is a victim of abuse or neglect.

Workers Compensation

Your PHI may be used or shared to obey Workers Compensation laws.

Other Disclosures

Your PHI may be shared with funeral directors or coroners to help them do their jobs.

When does Molina need your written authorization (approval) to use or share your PHI?

Molina needs your written approval to use or share your PHI for a purpose other than those listed in this Notice. Molina needs your authorization before we disclose your PHI for the following (1) most uses and disclosures of psychotherapy notes; (2) uses and disclosures for marketing purposes; and (3) uses and disclosures that involve the sale of PHI. You may cancel a written approval that you have given us. Your cancellation will not apply toward actions already taken by us because of the approval you already gave to us.

What are your health information rights?

You have the right to:

- **Request Restrictions on PHI Uses of Disclosures (Sharing of Your PHI)**

You may ask us not to share your PHI to carry out treatment, payment or health care operations. You may also ask us not to share your PHI with family, friends or other persons you name who are involved in your health care. However, we are not required to agree to your request. You will need to make your request in writing. You may use Molina's form to make your request.

- **Request Confidential Communications of PHI**

You may ask Molina to give you your PHI in a certain way or at a certain place to help keep your PHI private. We will follow reasonable requests, if you tell us how sharing all or a part of that PHI could put your life at risk. You will need to make your request in writing. You may use Molina's form to make your request.

- **Amend Your PHI**

You may ask that we amend (change) your PHI. This involves only those records kept by us about you as a Member. You will need to make this request in writing. You may use Molina's form to make your request. You may file a letter disagreeing with us if we deny the request.

- **Receive an Accounting of PHI Disclosures (Sharing of Your PHI)**

You may ask that we give you a list of certain parties that we shared your PHI with during six years prior to the date of your request. The list will not include PHI shared as follows:

- › for treatment, payment or health care operations;
- › to persons about their own PHI;
- › sharing done with your authorization;
- › incident to a use or disclosure otherwise permitted or required under applicable law;
- › PHI released in the interest of national security or for intelligence purposes; or
- › as part of a limited data set in accordance with applicable law.

We will charge a reasonable fee for each list if you ask for this list more than once in a 12-month period. You will need to make your request in writing. You may use Molina's form to make your request.

You may make any of the requests listed above, or may get a paper copy of this Notice. Please call our Member Services Department at (866) 449-6849/ (877) 319-6828 – CHIP Rural Service Area (RSA).

What can you do if your rights have not been protected?

You may complain to Molina and the Department of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated. We will not do anything against you for filing a complaint. Your care and benefits will not change in any way.

You may file a complaint with us at:

Molina Healthcare of Texas
Manager of Member Services
84 N.E. Loop 410, Suite 200
San Antonio, TX 78216
Phone: (866) 449-6849/ (877) 319-6828 – CHIP Rural Service Area (RSA)

You may file a complaint with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services at:

Office of Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
1301 Young Street, Suite 1169
Dallas, TX 75202
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD);
(214) 767-0432 (FAX)

What are Molina's duties?

Molina is required to:

- Keep your PHI private;
- Give you written information such as this on our duties and privacy practices about your PHI;
- Provide you with a notice in the event any breach of your unsecured PHI;
- Not use or disclose your generic information for underwriting purposes;
- Follow the terms of this Notice.

This Notice is subject to Change.

Molina reserves the right to change its information practices and terms of this Notice at any time. If we do, the new terms and practices will then apply to all PHI we keep. If we make any material changes, Molina will post the revised Notice on our website and send the revised Notice, or information about the material change and how to obtain the revised Notice, in our next annual mailing to our members then covered by Molina.

Contact Information

If you have any questions, please contact the following office:

Molina Healthcare of Texas
Attention: Manager of Member Services
84 N.E. Loop 410, Suite 200
San Antonio, TX 78216



Your Extended Family.

**Non-Discrimination Notification
Molina Healthcare of Texas
Medicaid**

Molina Healthcare of Texas (Molina) complies with all Federal civil rights laws that relate to healthcare services. Molina offers healthcare services to all members without regard to race, color, national origin, age, disability, or sex. Molina does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. This includes gender identity, pregnancy and sex stereotyping.

To help you talk with us, Molina provides services free of charge:

- Aids and services to people with disabilities
 - Skilled sign language interpreters
 - Written material in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, Braille)
- Language services to people who speak another language or have limited English skills
 - Skilled interpreters
 - Written material translated in your language
 - Material that is simply written in plain language

If you need these services, contact Molina Member Services at (866) 449-6849
TTY/TTD: (800) 346-4128.

If you think that Molina failed to provide these services or treated you differently based on your race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint. You can file a complaint in person, by mail, fax, or email. If you need help writing your complaint, we will help you. Call our Civil Rights Coordinator at (866) 606-3889, or TTY, 711. Mail your complaint to:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

You can also email your complaint to civil.rights@molinahealthcare.com. Or, fax your complaint to (713) 623-0645.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can mail it to:

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

You can also send it to a website through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

If you need help, call 1-800-368-1019; TTY 800-537-7697.

Molina Healthcare Notice 1557 - TX Medicaid
Updated 10.14.16

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-449-6849 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-449-6849 (TTY: 711).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-449-6849 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-449-6849 (TTY: 711)。
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-449-6849 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-449-6849 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
Urdu	වැදගත්: ඉංග්‍රීසි භාෂා කතෘන්, ආහාර කෘතෘන්, සහ සේවක කෘතෘන් වෙතද, ඔබගේ භාෂා සහ භෞතික සේවක කෘතෘන්, ඔබට 1-866-449-6849 (TTY: 711) දුරකථන කථන මගින් ලබාදීමට සූදානම්ව ඇවිත් ඇත.
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-449-6849 (TTY: 711).
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-449-6849 (TTY : 711).
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-449-6849 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Persian (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-866-449-6849 تماس بگیرید. (TTY: 711)
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-449-6849 (TTY: 711).
Gujarati	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-449-6849 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-449-6849 (телетайп: 711).
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-449-6849 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
Laotian	වැදගත්: ඉංග්‍රීසි භාෂා කතෘන්, ආහාර කෘතෘන්, සහ සේවක කෘතෘන් වෙතද, ඔබගේ භාෂා සහ භෞතික සේවක කෘතෘන්, ඔබට 1-866-449-6849 (TTY: 711) දුරකථන කථන මගින් ලබාදීමට සූදානම්ව ඇවිත් ඇත.

Bienvenido a la familia de Molina

Molina Healthcare STAR+PLUS Manual de miembros

Junio de 2022
(866) 449-6849



MolinaHealthcare.com



Estás en familia.



TEXAS
Health and Human
Services

Números telefónicos importantes

Línea gratuita del Departamento de Servicios para Miembros de Molina: (866) 449-6849

Nuestras horas de servicio son de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local, excepto los días festivos. Si llama cuando este departamento esté cerrado, puede dejar un mensaje en nuestra contestadora. Alguien se comunicará con usted el día hábil siguiente. También, tenemos un servicio llamado Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al que puede llamar. La Línea de Consejos de Enfermeras está disponible para usted las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Ahí le pueden ayudar con información general sobre su salud o ayudarle a decidir adonde acudir para recibir cuidado después de las horas de consulta.

Le podemos ayudar en inglés y español. Contamos con agentes del servicio de intérpretes que pueden ayudarle en cualquier otro idioma. Los miembros con sordera o impedimentos auditivos, pueden llamar al Servicio de retransmisión de Texas TTY al 711 (inglés) o al (800) 662-4954 (español).

Línea gratuita del Departamento de Servicios para Miembros de Molina:	(866) 449-6849
Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas Llame por preguntas sencillas de salud o si quiere información sobre cómo obtener atención después del horario de servicio	(888) 275-8750 (inglés) (866) 648-3537 (español)
Servicio de retransmisión de Texas TTY Para los miembros con sordera o impedimentos auditivos	711 (inglés) (800) 662-4954 (español)
Servicios para el Cuidado de la vista Llame para información sobre atención de la vista de rutina	(866) 449-6849
Control de enfermedades	(866) 891-2320
Medicamentos recetados	(866) 449-6849
Los servicios de salud conductual (incluyen salud mental y abuso de sustancias) <ul style="list-style-type: none"> • Los empleados del Servicio de Salud Conductual están disponibles para ayudarle las 24 horas al día, los 7 días de la semana • Usted no necesita pedir a su médico que consiga servicios de salud conductual; usted puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros • Obtenga ayuda para buscar el proveedor más adecuado para cubrir sus necesidades • Le podemos ayudar en inglés y español • Se usarán servicios de interpretación en cualquier otro idioma • Los miembros que son sordos o que tienen dificultad para escuchar pueden llamar al número antedicho del servicio de retransmisión de Texas TTY <p>Si se encuentra en una situación crítica, acuda a la sala de emergencia más cercana de donde usted esté.</p>	
Línea de Servicio al Cliente de Salud Conductual	(866) 449-6849
Línea de Crisis de Salud Conductual (24 horas del día, los 7 días de la semana)	(800) 818-5837

Coordinación de servicios De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local.	(866) 409-0039
Servicios dentales	(866) 449-6849
Equipo de asistencia de atención médica administrada del Defensor del pueblo: Llame si tiene preguntas sobre el programa STAR+PLUS o acerca de su plan de salud. Esta línea telefónica no ofrece consejo médico.	1-866-566-8989
Línea de ayuda del programa STAR+PLUS Llame si tiene alguna pregunta sobre inscripciones, cambio de plan, su proveedor de atención primaria o sobre el plan de salud.	1-800-964-2777 TTY# 1-800-267-5008
Servicios de transporte médico que no es de emergencia Para programar un viaje: ¿Dónde está mi viaje?: Llame a Access2Care para programar un transporte para visitas de atención médica que no sean de emergencia o para averiguar dónde está su transporte. Access2Care está disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también está disponible para ayudarlo a acceder a sus servicios NEMT de 8 a.m. a 6 p.m., hora central, de lunes a viernes. Podemos ayudarlo en inglés y español. Contamos con agentes de servicios de interpretación que pueden ayudar con cualquier otro idioma.	(866) 462-4857 (866) 462-4857 - Option 2 TTY: 711

¿Qué hago en una emergencia?

Si piensa que necesita cuidados de emergencia y ayuda para llegar a la sala de emergencias, llame al 911 o acuda al hospital o sala de emergencia más cercana. Si no obtiene atención de emergencia, llame a su médico para programar una visita de seguimiento. Llame a Molina al (866) 449-6849 y avísenos del cuidado de emergencia que recibió.

¿Qué ocurre si necesito atención hospitalaria?

En ocasiones puede necesitar atención hospitalaria. Algunas veces la atención hospitalaria no es una emergencia. Si esto ocurre, llame a su médico. Su médico deberá organizar la atención hospitalaria que no sea una emergencia. Molina quizás necesite aprobar esto. La atención de emergencia no necesita aprobación de Molina. La atención de emergencia no necesita ser aprobada por su médico.

Índice

Números telefónicos importantes	i
Departamento de Servicios para Miembros de Molina	i
Servicios para el Cuidado de la vista	i
Los servicios de salud conductual (incluyen salud mental y abuso de sustancias)	i
Servicios dentales.....	ii
¿Qué hago en una emergencia?	ii
¿Qué ocurre si necesito atención hospitalaria?	ii
Introducción	1
¡Bienvenido a Molina!.....	1
¡El Departamento de Servicios para Miembros de Molina está para servirle!	1
Tarjetas de identificación de Molina	2
Ejemplo de tarjetas de identificación	2
Cómo leer su tarjeta.....	3
¿Cómo usar su tarjeta de identificación?	3
¿Cómo reemplazar una tarjeta de identificación perdida o robada?	3
La Tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits	3
El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid	4
Ejemplo de su Tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits	4
Formulario de verificación provisional – Formulario 1027-A.....	5
Proveedor de atención primaria (PCP)	5
¿Qué es un proveedor de atención primaria?.....	5
¿Cómo obtengo servicios médicos?	5
¿Qué necesito llevar a mi cita médica?.....	5
¿Cómo puedo cambiar de proveedor de atención primaria?.....	5
¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria? (FQHC / RHC).....	5
¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?	6
¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de proveedor de atención primaria?.....	6
¿Existen razones por las que puedan negar mi pedido de cambio de proveedor de cuidados primarios?.....	6
¿Puede mi proveedor de atención primaria pedir que me cambien a otro proveedor de cuidados primarios por falta de cumplimiento?	6
¿Qué sucede si decido ir a otro médico que no es mi proveedor de atención primaria?	6
¿Cómo puedo obtener atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de atención primaria haya cerrado?	6
¿Qué es el Programa de Lock-in de Medicaid.....	7
Planes de incentivos para doctores	7
Cambio de planes médicos	7
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud? ¿Cuándo entra en vigor mi cambio de plan de salud?	7
¿Con quién debo comunicarme?	7
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?	7
¿Molina puede solicitar que me saquen de su plan (por falta de cumplimiento, etc.)?.....	8
Beneficios	8
¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?.....	8
¿Cómo puedo obtener estos servicios?	9

¿Existen límites para alguno de los servicios cubiertos?	9
¿Qué servicios no son beneficios cubiertos?	9
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?	10
Medicaid para el Cáncer de Seno y Cervical (MBCC, por sus siglas en inglés).....	10
¿Qué es MBCC?	10
¿Qué servicios tengo disponibles como miembro de MBCC?	10
¿Puedo seguir consultando los mismos proveedores?	11
¿Con quién me comunico si tengo preguntas?.....	11
Beneficios de atención médica aguda.....	11
¿Cuáles son mis beneficios de atención aguda?	11
¿Cómo puedo obtener estos servicios ¿A qué número llamo para enterarme de estos servicios?.....	11
Beneficios de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)	11
¿Cuáles son los beneficios de cuidado y apoyo a largo plazo (LTSS)?	11
¿Cómo puedo obtener estos servicios? ¿A qué número llamo para enterarme de estos servicios?	12
Community First Choice (CFC)	12
¿Qué es Community First Choice (CFC)? ¿Quién es elegible para servicios de CFC?.....	12
¿Qué servicios CFC están disponibles?.....	12
Beneficios de valor agregado	12
¿Qué beneficios adicionales obtiene un miembro de Molina Healthcare?	12
¿Cómo puedo obtener estos beneficios?	13
¿Qué clases de educación de salud ofrece Molina Healthcare?.....	13
Control de enfermedades	13
¿Qué otros servicios Molina me puede ayudar a obtener?	13
Atención médica y otros servicios.....	14
¿Qué significa médicamente necesario?.....	14
¿Qué es atención médica de rutina?	14
¿Qué tanto puedo esperar para que me atiendan?	15
¿Qué es la atención médica urgente?	15
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?	15
¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?	15
¿Qué es atención médica de emergencia?	15
¿Qué tanto puedo esperar para que me atiendan?	16
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por el plan de salud?.....	16
¿Qué hago si mi hijo necesita atención dentales de emergencia?	16
¿Qué es la posestabilización?	16
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	16
¿Qué sucede si estoy fuera del estado?	16
¿Qué hago si estoy fuera del país?.....	16
¿Y soy trabajador de campo migrante?.....	16
Atención especializada	17
¿Qué ocurre si necesito consultar un médico especial? (Especialista).....	17
¿Qué tanto puedo esperar para que me atienda un especialista?	17
¿Puede un especialista ser considerado un proveedor de atención primaria?	17
¿Qué es una remisión?	17
¿Qué servicios no necesitan una remisión?	17

Segunda opinión.....	17
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	17
Consejos generales de atención médica	17
Salud conductual, mental o abuso de sustancias (drogas).....	18
¿Cómo consigo ayuda si tengo una problema de salud mental, de alcohol o de drogas?	18
¿Necesito una remisión para esto?	18
¿Cuáles son los servicios de rehabilitación de salud mental y Administración de Casos con enfoque en salud mental? ¿Cómo puedo obtener estos servicios?	18
Medicamentos recetados	18
¿Cómo obtengo mis medicamentos?.....	18
¿Cómo encuentro una farmacia de la red?	19
¿Qué sucede si voy a una farmacia que no está dentro de la red?	19
¿Qué llevo a la farmacia?	19
¿Qué hago si necesito que me envíen mis medicamentos?	19
¿A quién llamo si tengo problemas para conseguir mis medicamentos?	19
¿Qué pasa si no aprueban la receta que el doctor pidió?	19
¿Qué sucede si pierdo mi medicamento(s)?.....	19
¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?.....	19
¿Dónde puedo encontrar respuestas a los beneficios de medicamentos?	20
¿Qué sucede si también tengo Medicare?	20
¿Cómo recibo mis medicamentos si me encuentro en un centro de enfermería?.....	20
Servicios de planificación familiar	20
¿Cómo puedo conseguir servicios de planificación familiar?	20
¿Necesito una remisión para esto?	20
¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?	20
Programa de Administración de Casos para Niños y Mujeres Embarazadas (CPW)	21
¿Qué es el Programa de Administración de Casos para Niños y Mujeres Embarazadas (CPW)?.....	21
¿Quién puede obtener un Administrador de Casos?	21
¿Qué hacen los Administradores de Casos?	21
¿Qué tipo de ayuda puede recibir?.....	21
¿Cómo puedo usted obtener un Administrador de Casos?	21
¿Qué es Intervención Temprana en la Infancia (EIC)?	21
¿Necesito una remisión para esto?	22
¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?	22
Coordinación de servicios.....	22
¿Qué es Coordinación de Servicios?.....	22
¿Qué hará por mí un Coordinador de Servicios?.....	22
¿Cómo puedo hablar con un Coordinador de Servicios?	23
Transporte médico que no es de emergencia	23
¿Qué son los servicios de NEMT?	23
¿Qué servicios forman parte de los servicios de NEMT?	23
Cómo obtener transporte.....	24

Visión.....	24
¿Cómo obtengo servicios de visión?	24
Servicios dentales	24
¿Qué servicios dentales cubre Molina para los niños?	24
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por el plan de salud?	25
Servicios de interpretación en consultas con el médico	25
¿Puede alguien interpretarme la conversación con mi médico? ¿A quien debo llamar para solicitar un intérprete?.....	25
¿Con cuánto tiempo de anticipación necesito llamar para conseguir un intérprete?	25
¿Cómo puedo conseguir un intérprete que esté presente en el consultorio de mi proveedor?	25
Atención de obstetricia ginecología	25
¿Qué sucede si necesito cuidado de obstetra ginecólogo? ¿Tengo derecho a elegir un obstetra / ginecólogo?	25
¿Cómo selecciono un obstetra ginecólogo?	26
Si no selecciono un obstetra ginecólogo, ¿tengo acceso directo? ¿Necesitaré una remisión médica?	26
¿Qué tanto pronto me pueden atender despues de contactar al obstetra ginecólogo para cita?	26
¿Qué ocurre si estoy embarazada? ¿A quién necesito llamar?	26
¿Puedo quedarme con mi obstetra ginecólogo si no está con Molina?.....	26
¿Qué otros servicios, actividades o educación ofrece Molina a las mujeres embarazadas?	26
¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?	26
¿Puedo seleccionar el proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca?	26
¿Cómo y cuándo puedo cambiar al proveedor de atención primaria de mi bebé?	27
¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?	27
¿Cómo y cuándo informarle a Molina sobre el nacimiento de mi bebé?	27
¿Cómo y cuándo le aviso a mi trabajador de caso?	27
¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y yo ya no reciba cobertura con Medicaid?).....	27
Otra información importante.....	29
¿A quién llamo si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude?	29
¿Qué ocurre si estoy muy enfermo para tomar decisiones sobre mi atención médica?	29
¿Qué son las directivas anticipadas?	29
¿Cómo consigo un formulario para una directiva anticipada?	29
¿Qué necesito hacer si necesito ayuda para llenar mi solicitud de renovación?	29
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?.....	30
¿Qué hago si recibo una factura de mi médico? ¿Con quién debo comunicarme? ¿Qué información necesitarán?.....	30
¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?	30
¿Qué tengo que hacer si me mudo?.....	30
¿Qué sucede si también tengo otro seguro médico además de Medicaid?	31
Derechos y responsabilidades de los miembros.....	31
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	31
Proceso de presentación de quejas.....	33
¿Qué hago si tengo una queja? ¿Con quién debo comunicarme?.....	33
¿Puede alguien de Molina ayudarme a presentar una queja?.....	34
¿Cuánto tiempo llevará procesar mi queja?	34
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?	34
¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación para quejas?	34

Proceso de apelación	34
¿Cómo sabré si los servicios fueron denegados?	34
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que tiene cobertura pero que Molina lo niega o lo limita?	35
¿Puedo continuar obteniendo servicios que ya están aprobados?	35
¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?	35
¿Qué tan pronto necesito pedir una apelación?	35
¿Mi solicitud debe ser por escrito?	35
¿Puede alguien de Molina ayudarme a presentar una apelación?	36
¿Puedo pedir una Audiencia Imparcial Ante El Estado?	36
Apelaciones aceleradas	36
¿Qué es una apelación acelerada?	36
¿Cómo solicito una apelación acelerada? ¿Mi solicitud debe ser por escrito?	36
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?	36
¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?	36
¿Qué ocurre si Molina deniega la petición de una apelación acelerada?	37
Audiencia Imparcial Ante El Estado	37
¿Puedo pedir una Audiencia Imparcial Ante El Estado?	37
¿Cómo reportar abuso, maltrato, descuido o explotación?	37
¿Cómo puedo reportar un presunto abuso o maltrato, descuido o explotación?	38
¿Qué es abuso, maltrato, descuido o explotación?	38
Cómo reportar el abuso, maltrato, descuido y la explotación	38
Información sobre fraude y abuso	38
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	38
Información disponible cada año	39
Su privacidad	40
Su información médica protegida	40
¿Por qué utiliza o comparte Molina su PHI?	40
¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para utilizar o compartir su PHI?	40
¿Cuáles son sus derechos a privacidad?	40
¿Cómo protege Molina su PHI?	41
¿Qué debe hacer Molina conforme a los requerimientos legales?	41
¿Qué puede hacer si cree que sus derechos a privacidad no han sido protegidos?	41
Revisión de nuevos procedimientos médicos	41
Apéndice A: Servicios de valor agregado	42
Apéndice B: Terminología de atención administrada	44
Apéndice C: Notificación de las normas de privacidad	46

Introducción

¡Bienvenido a Molina!

Bienvenido a Molina Healthcare of Texas (Molina). Gracias por elegirnos como su plan de salud. Ahora usted es miembro de un plan de salud también conocido como el programa STAR+PLUS.

Queremos hacer todo lo posible para ayudarle con sus necesidades médicas. Colaboraremos con usted y su médico para asegurarnos que usted recibe el cuidado que necesita. Queremos ayudar a eliminar cualquier dificultad que tenga al obtener atención médica. Contamos con empleados listos para ayudarle con sus preguntas o inquietudes; no dude en llamarnos.

Este Manual del miembro puede ayudarle con las preguntas que tenga sobre cómo obtener atención médica, cuáles son sus beneficios y cualquier otro tema. Si necesita ayuda con este manual, puede llamarnos gratuitamente al (866) 449-6849.

También puede pedir este manual en otros formatos, que incluyen audio, letra grande, sistema Braille y otros idiomas. El Departamento de Servicios para Miembros le puede ayudar a conseguir uno de estos manuales. Solo llámenos y díganos el tipo de manual que necesita.

También puede encontrar información sobre nosotros en el internet. Nuestra página web es: www.MolinaHealthcare.com.

En la página web, usted puede:

- encontrar una copia del Manual del miembro;
- encontrar una lista de proveedores de Molina;
- cambiar su proveedor de atención primaria;
- ordenar un formulario provisional de verificación.

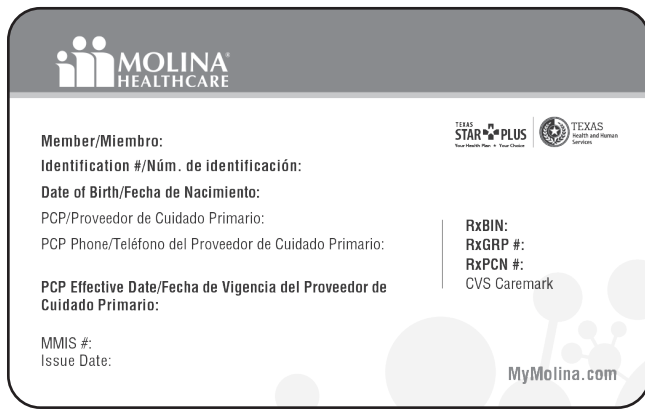
¡El Departamento de Servicios para Miembros de Molina está para servirle!

Nuestras horas de servicio son de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local), excepto los días festivos. Tenemos empleados a su disposición que lo pueden ayudar en inglés y español. Si habla un idioma que no sea inglés, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Contamos con un servicio de intérpretes que pueden ayudarle en cualquier otro idioma.

Línea gratuita del Departamento de Servicios para Miembros: (866) 449-6849

Tarjetas de identificación de Molina

Tarjeta de identificación (ID) del miembro STAR+PLUS



Members: Call Molina Healthcare 24/7 Member Service at (866) 449-6849. For Hearing Impaired, Call the TTY/ Texas Relay English at (800) 735-2989, or 711; Spanish at (800) 662-4954, or 711. **Directions for what to do in an Emergency:** In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. **Service Coordination:** (866) 409-0039 **Prior Authorization:** Some services require Prior Authorization. Call Member Services if you have questions about which services require Prior Authorization. **Behavioral Health Services Crisis Line:** (800) 818-5837, Hearing Impaired Service (800) 955-8770 24 hour/7 days a week Toll-Free

Miembros: Llamar a Molina Healthcare 24/7 al Departamento de Servicio al cliente al (866) 449-6849. Para personas con problemas auditivos, llamar al TTY/Texas Relay Ingles (800) 735-2989 o 711; Español al (800) 662-4954 o 711 **Instrucción en caso de emergencia:** En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. **Coordinación de Servicios:** (866) 409-0039 **Autorización Previa:** Algunos servicios requieren autorización previa. Llame a Servicios para miembros si tiene preguntas sobre qué servicios requieren autorización previa. **Línea de Crisis de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias:** (800) 818-5837; servicios para las personas con déficit auditivo, (800) 955-8770, gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

PRACTITIONERS/PROVIDERS/HOSPITALS: For prior authorization, post stabilization, eligibility, claim or benefit information call (866) 449-6849. **Hospital Admissions:** Authorization must be obtained by the hospital prior to all non-emergency admissions. **Claims Submission:** PO Box 22719, Long Beach, CA 90801 **For EDI Submissions:** Payor ID 20554

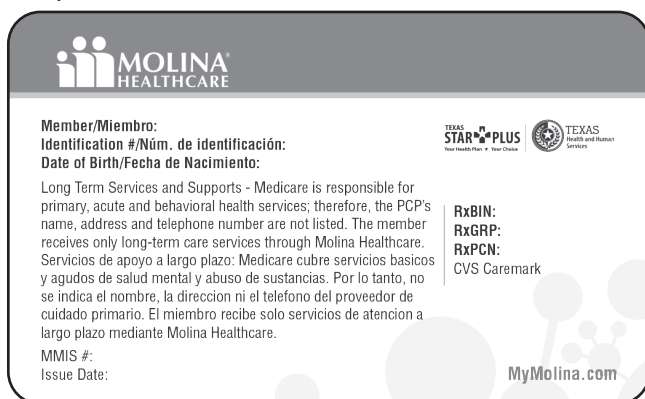
MolinaHealthcare.com

Cómo leer su tarjeta

Frente	Reverso
Nombre del plan y nombre del programa de salud	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
Nombre del miembro, n.º de identificación del miembro y fecha de nacimiento	Qué hacer durante una emergencia
Nombre o número de teléfono del médico de atención primaria	Información de autorización previa
Fecha de emisión de la tarjeta de identificación / fecha de vigencia del médico de atención primaria	Información de contacto de salud conductual

Si usted tiene tanto Medicare como Medicaid, su tarjeta de identificación de Molina no mostrará el nombre o número de teléfono del médico. Su tarjeta de identificación mostrará solo servicios de atención a largo plazo únicamente.

Tarjeta de identificación de STAR+PLUS DUAL Medicaid



MEMBERS: Call Molina Healthcare 24/7 Member Service at (866) 449-6849. For Hearing Impaired, Call the TTY/ Texas Relay English at (800) 735-2989, or 711; Spanish at (800) 662-4954, or 711. **Directions for what to do in an Emergency:** In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. **Service Coordination:** (866) 409-0039 **Behavioral Health Services Crisis Line:** (800) 818-5837, Hearing Impaired Service (800) 955-8770 24 hour/7 days a week Toll-Free

Miembros: Llamar a Molina Healthcare 24/7 al Departamento de Servicio al cliente al (866) 449-6849. Para personas con problemas auditivos, llamar al TTY/Texas Relay Ingles (800) 735-2989 o 711; Español al (800) 662-4954 o 711 **Instrucción en caso de emergencia:** En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. **Coordinación de Servicios:** (866) 409-0039 **Línea de Crisis de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias:** (800) 818-5837; servicios para las personas con déficit auditivo, (800) 955-8770, gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Claims Submission: PO Box 22719, Long Beach, CA 90801 **For EDI Submissions:** Payor ID 20554

MolinaHealthcare.com

Cómo leer su tarjeta

Frente	Reverso
Nombre del plan de salud y nombre del programa: STAR+PLUS	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
Nombre del miembro, n.º de identificación del miembro y fecha de nacimiento	Qué hacer durante una emergencia
Servicios y apoyo a largo plazo	Coordinación de servicio
Fecha de emisión de la tarjeta de identificación	Información de contacto de salud conductual

Si usted tiene Medicare, su tarjeta de identificación no mostrará un proveedor de atención primaria. Tendrá escrito “Beneficios de cuidados a largo plazo solamente”.

¿Cómo usar su tarjeta de identificación?

Muestre su tarjeta de identificación cuando necesite recibir servicios de atención médica. También necesita mostrar "Your Texas Benefits Medicaid". Debe llevarla consigo todo el tiempo. No necesita mostrar su tarjeta de identificación antes de obtener cuidado de emergencia.

¿Cómo reemplazar una tarjeta de identificación perdida o robada?

Si ha perdido o le han robado su tarjeta de identificación llame gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. Usted puede obtener una nueva tarjeta de identificación.

La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits

Cuando lo aprueban para recibir Medicaid, usted recibirá una tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de identificación de Medicaid de todos los días. Debe llevarla y protegerla como lo haría con la licencia de manejar o una tarjeta de crédito. La tarjeta tiene una cinta magnética con su número de identificación de Medicaid. El doctor puede usar la tarjeta para saber si usted tiene beneficios de Medicaid cuando vaya a una cita.

Solo le entregarán una tarjeta, y solo recibirá una tarjeta nueva si la pierde o se la roban. Si pierde o le roban la tarjeta de identificación de Medicaid, puede obtener una nueva llamando sin costo al 1-800-252-8263, o pedir e imprimir una tarjeta temporal por internet en www.YourTexasBenefits.com.

Si no está seguro de que tiene cobertura de Medicaid, puede llamar gratis al 1-800-252-8263 para saberlo. También puede llamar al 211. Primero, escoja un idioma y después escoja la opción 2.

Su historia médica es una lista de los servicios médicos y medicamentos que usted recibió por medio de Medicaid. La divulgamos a los doctores de Medicaid para ayudarles a decidir qué atención médica necesita usted. Si no quiere que los doctores vean su historia médica por medio de una red segura en Internet, llame gratis al 1-800-252-8263.

La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits tiene impreso en el frente estos datos:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid.
- La fecha en que le enviaron la tarjeta.
- El nombre del programa de Medicaid en que está inscrito si recibe:
 - › Medicare (QMB, MQMB)
 - › Programa de Salud para la Mujer de Texas (TWHP)
 - › Cuidado de hospicio

- › STAR Health
- › Medicaid de emergencia, o
- Elegibilidad Condicional para Mujeres Embarazadas (PE).
- La fecha en que la HHSC hizo la tarjeta para usted.
- La información que la farmacia necesita para cobrar a Medicaid.
- El nombre y teléfono del plan de salud en que está inscrito.
- El nombre de su doctor y de su farmacia si está en el Programa Medicaid Lock-in Limitado de Medicaid.

El dorso de la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits tiene un sitio web al que puede ir (www.yourtexasbenefits.com) y un número de teléfono al que puede llamar (1-800-252-8263) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

Puede usar el portal para beneficiarios de Medicaid para hacer todo lo siguiente (tanto para usted como para otra persona a cuya información médica o dental tenga acceso):


- Ver, imprimir o pedir una nueva tarjeta de YTB de Medicaid
- Ver sus planes de seguro médico y dental
- Ver los detalles de sus beneficios
- Ver las alertas de STAR y STAR Kids de Pasos Sanos de Texas
- Ver las alertas públicas
- Ver los diagnósticos y tratamientos
- Ver su historial de vacunas
- Ver los medicamentos recetados
- Elegir si da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental

Para acceder al portal, visite www.YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en Entrar al sistema.
- Introduzca su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en Crear una cuenta.
- Haga clic en Maneje su cuenta o sus aplicaciones.
- Vaya a la sección “Enlaces rápidos”.
- Haga clic en Servicios de Medicaid y CHIP.
- Haga clic en Ver servicios e información de salud disponibles.

Nota: El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid muestra información solo de los beneficiarios actuales. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.

Muestra de su tarjeta "Your Texas Benefits Medicaid":

 Your Texas Benefits Health and Human Services Commission	
Member name:	
Member ID:	Note to Provider: Ask this member for the card from their Medicaid medical plan. Providers should use that card for billing assistance. No medical plan card?
Issuer ID:	Date card sent: Pharmacists can use the non-managed care billing information on the back of this card.

Need help? ¿Necesita ayuda? 1-800-252-8263
<p>Members: Keep this card with you. This is your medical ID card. Show this card to your doctor when you get services. To learn more, go to www.YourTexasBenefits.com or call 1-800-252-8263.</p> <p>Miembros: Lleve esta tarjeta con usted. Muestre esta tarjeta a su doctor al recibir servicios. Para más información, vaya a www.YourTexasBenefits.com o llame al 1-800-252-8263.</p> <p>THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY OR PAYMENT FOR SERVICES.</p> <p>Providers: To verify eligibility, call 1-855-827-3747. Non-pharmacy providers can also verify eligibility at www.YourTexasBenefitsCard.com. Non-managed care pharmacy claims assistance: 1-800-435-4165.</p> <p>Non-managed care Rx billing: RxBIN: 610084 / RxPCN: DRTXPROD / RxGRP: MEDICAID</p> <p style="text-align: right;">TX-CA-1213</p>

Formulario de verificación provisional – Formulario 1027-A

Si pierde la tarjeta "Your Texas Benefits Medicaid" tendrá que acudir a la oficina de beneficios local de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, por sus siglas en inglés) o llame al 1-800-252-8263 o al 2-1-1. La HHSC le proporcionará un formulario provisional de verificación, llamado Formulario 1027-A. Usted puede usar este formulario hasta que reciba su tarjeta "Your Texas Benefits Medicaid".

Proveedor de atención primaria (PCP)

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un proveedor de atención primaria es su médico principal. También puede ser una enfermera o clínica. Este médico le conoce bien. Su médico principal tratará la mayoría de sus necesidades médicas. Si no puede hacerlo, usted será remitido a un proveedor que sí pueda. El nombre y teléfono de su médico están en su tarjeta de identificación.

AVISO: si tiene Medicare y Medicaid, Medicare paga a su médico. No necesita seleccionar un médico o proveedor de atención primaria de Molina. Puede continuar asistiendo a su médico de Medicare.

¿Cómo obtengo servicios médicos?

Debe recibir toda su atención médica con proveedores de Molina. Su Directorio de proveedores tiene una lista de los proveedores que participan en la organización, la cual incluye una lista de nombres, especialidades, direcciones, números telefónicos de proveedores contratados, así como cualificaciones profesionales como universidad, estado de residencia y de certificación del Junta Médica. El Directorio de proveedores puede encontrarse en nuestra página web o si quiere una copia, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. Su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) le puede ayudar con lo siguiente:

- chequeos médicos
- pruebas y resultados
- pruebas de laboratorio
- vacunas
- enfermedades
- consultas con especialistas
- visitas al hospital

También si usted tiene Medicare, no necesita seleccionar un médico o proveedor de atención primaria de Molina.

¿Qué necesito llevar a mi cita médica?

Debe llevar su tarjeta de identificación de Molina y su tarjeta "Your Texas Benefits Medicaid" cuando vaya al médico o reciba cualquier servicio de atención médica.

¿Cómo puedo cambiar de proveedor de atención primaria?

Si quiere cambiar de proveedor de atención primaria, solo llame al Departamento de Servicios para Miembros sin costo al (866) 449-6849. Molina puede ayudarle a encontrar un nuevo proveedor de atención primaria.

¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria? (Clínicas de salud rural o centros de salud acreditados a nivel federal)

Sí, un proveedor de atención primaria también puede ser una clínica, como un centro de salud acreditado a nivel federal (FQHC, por sus siglas en inglés) o una clínica de salud rural (RHC, por sus siglas en inglés).

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su proveedor de cuidado primario, o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario llamándonos gratis al (866) 449-6849 o escribiendo a:

Molina Healthcare of Texas
Attn: Enrollment Department
5605 N. MacArthur Blvd., Suite 400
Irving, TX 75038

¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de proveedor de atención primaria?

Su cambio de proveedor de atención primaria entrará en vigor el primer día del siguiente mes en que hizo la solicitud.

¿Existen razones por las que me puedan negar mi pedido de cambio de proveedor de cuidados primarios?

Sí, su solicitud de cambio de médico puede ser denegada si:

- el proveedor de atención primaria que usted quiere no está recibiendo nuevos pacientes;
- el proveedor de atención primaria que usted quiere ya no está con Molina.

¿Puede mi proveedor de atención primaria pedir que me cambien a otro proveedor de cuidados primarios por falta de cumplimiento?

Sí, su proveedor de atención primaria puede solicitar un cambio si usted:

- falta a menudo a las consultas y no llama a su proveedor de atención primaria para avisar que no asistirá;
- no sigue los consejos de su proveedor de atención primaria;
- usted y su proveedor de atención primaria no se llevan bien.

¿Qué sucede si decido ir a otro médico que no es mi proveedor de atención primaria?

Usted puede ir a cualquier médico que no sea su proveedor de atención primaria si necesita:

- atención de emergencia las 24 horas en una sala de emergencias;
- atención de salud conductual;
- atención de obstetricia / ginecología;
- servicios de Pasos Sanos de Tejas.

Debe ir a su proveedor de atención primaria para la mayoría de otros servicios. Si su proveedor de atención primaria no le brinda servicio, se le remitirá a uno que si lo haga.

¿Cómo puedo obtener atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de atención primaria haya cerrado?

Su proveedor de atención primaria contará con alguien para ayudarle después que su consultorio haya cerrado. Después de horas de consulta, solo llame si tiene una necesidad que requiere cuidado urgente. Si es una emergencia, diríjase a la sala de emergencia más cercana o llame al 911.

El número de teléfono de su proveedor de atención primaria está en la parte de delante en su tarjeta de identificación de Molina. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día. Cuando les llame, infórmeles cuál es su problema médico y ellos le ayudarán a decidir la mejor manera para resolver su necesidad médica.

AVISO: si usted también tiene cobertura de Medicare, no será asignado a un médico y el número de teléfono no estará en su tarjeta de identificación.

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

Si usted no sigue las reglas de Medicaid, puede que le asignen al Programa Lock-in. Este programa revisa cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid no cambian. Cambiar a una MCO diferente no cambiará su estado en el programa.

Para evitar que lo pongan en el Programa Lock-in de Medicaid:

- Escoja una farmacia en particular y úsela todo el tiempo.
- Asegúrese de que su doctor de cabecera, dentista primario o los especialistas a los que le envían, sean los únicos doctores que le receten medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes doctores.

Para más información, llame sin costo al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

Planes de incentivos para doctores

Molina no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los Servicios Médicamente Necesarios cubiertos para los miembros. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de cuidado primario (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al (866) 449-6849 para más información.

Cambio de planes médicos

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud? ¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de STAR, STAR Kids o STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera.

Si llama para cambiar de plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el día primero del mes siguiente. Si llama después del 15 del mes, el cambio entrará en vigor el día primero del segundo mes siguiente.

Por ejemplo:

- Si llama el día 15 de abril o antes, el cambio entrará en vigor el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entrará en vigor el 1 de junio.

¿Con quién debo comunicarme?

Llame a la Línea de ayuda del Programa STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

Usted puede cambiar sus planes de salud tan seguido como quiera, pero no más de una vez al mes.

¿Molina puede solicitar que me saquen de su plan (por falta de cumplimiento, etc.)?

Sí, Molina puede solicitar que se cancele su inscripción del plan de salud si:

- deja que alguien más use su tarjeta de ID de Molina Healthcare of Texas;
- deja que alguien más use su tarjeta "Your Texas Benefits Medicaid"; o
- es muy difícil para su médico ayudarle.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas tomará la decisión final sobre todas las solicitudes de cancelación de inscripción. Si hay algún cambio en su plan de salud, le enviarán una carta.

Aviso: no se asignará ningún proveedor de atención primaria a miembros de STAR+PLUS que tienen cobertura con Medicare.

Beneficios

¿Cuáles son mis beneficios médicos?

Aquí hay una lista de **algunos** de los servicios médicos que puede obtener de Molina. Algunos de sus beneficios tienen límites. Para recibir más información, llame sin costo al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

Sus beneficios	
Servicios de ambulancia para emergencias y no emergencias	Chequeos médicos y servicios del Programa de Cuidado Integral (CCP, por sus siglas en inglés) para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años de edad) por medio del Programa Pasos Sanos de Tejas.
Servicios de audiología	Evaluación bucal y esmalte de fluoruro en el Hogar Médico, en conjunto con el chequeo médico de Pasos Sanos de Tejas para niños de 6 a 35 meses de edad.
Servicios de salud conductual	Medicamentos y sustancias biológicas para pacientes ambulatorios
Servicios de maternidad proporcionados por un médico y enfermera partera titulada (CNM, por sus siglas en inglés) en un centro de maternidad autorizado	Medicamentos y sustancias biológicas administrados durante la hospitalización.
Servicios de parto proporcionados en un centro de maternidad autorizado	Podología
Servicios para examen de detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer	Atención prenatal
Servicios quiroprácticos	Servicios de atención primaria
Diálisis	Servicios de prevención, incluyendo un examen anual de bienestar del adulto para pacientes de 21 años de edad en adelante.
Suministros y equipo médico duradero	Radiología, imagenología y radiografías
Servicios de Intervención Temprana en la Infancia (ECI, por sus siglas en inglés)	Servicios de médico especialista
Servicios de emergencia	Terapias – ocupacional, física y del habla
Servicios de planificación familiar	Trasplante de órganos y tejidos
Servicios de atención médica domiciliaria	Visión (incluye optometría y lentes)

Sus beneficios	
Servicios de hospital, incluyendo servicios de internación y ambulatorios	Telemedicina
Laboratorio	Telesalud
Mastectomía / reconstrucción de seno y los procedimientos de seguimiento relacionados	Servicios en centro de enfermería
Cartuchos de lipasa inmovilizada - Efectivo el 1 de marzo de 2021	Consultas de física médica - Efectivo el 1 de marzo de 2021
Servicios de atención médica a largo plazo basados en la comunidad como:	
Servicios de Asistente Personal (PAS)	Servicios de salud y actividades durante el día (DAHS)
Servicios a domicilio y comunitarios (HCBS, por sus siglas en inglés) de exención STAR+PLUS tales como:	
Servicios de Asistente Personal (PAS)	Servicios de respiro fuera y dentro del hogar
Servicios de enfermería en el hogar	Servicios de Auxilio para Emergencias (ERS)
Comidas de entrega a domicilio	Modificaciones menores del hogar
Dispositivos adaptables y equipo médico, suministros médicos	Cuidado Suplente para Adultos (AFC, por sus siglas en inglés)
Asistencia para las actividades de la vida diaria	Servicios de Asistencia de Transición (TAS, por sus siglas en inglés)
Terapias (ocupacional, física y del habla)	Servicios de salud y actividades durante el día (DAHS)
Servicios dentales	Servicios de rehabilitación cognoscitiva
Administración financiera	Consulta de apoyo
Ayuda de empleo	Empleo con apoyo
Servicios de Community First Choice (CFC) como:	
Servicios de Ayudante Personal (PAS)	Adquisición, mantenimiento y servicios para el desarrollo de destrezas
Servicios de Auxilio para Emergencias (ERS)	Administración de apoyo

¿Cómo puedo obtener estos servicios?

Su proveedor de atención primaria le brindará la mayoría de los servicios. Si su proveedor de atención primaria no le brinda un servicio, lo enviará a un proveedor que sí pueda. Si tiene una emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana.

¿Existen límites para alguno de los servicios cubiertos?

Algunos de los servicios cubiertos pueden tener limitaciones. Si tiene preguntas acerca de un servicio específico, llame sin costo al Departamento de Servicios para Miembros al: (866) 449-6849.

¿Qué servicios no son beneficios cubiertos?

Los servicios que no están cubiertos por Medicaid no tendrán cobertura con su plan de salud de Molina. Algunos de los servicios que no tienen cobertura se enumeran a continuación. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener una lista completa de los servicios que no están cubiertos.

- acupuntura
- cirugía plástica o cosmética que no sea médicamente necesaria
- maternidad subrogada

Si tiene una pregunta si un servicio está cubierto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (866) 449-6849 y pida ayuda. Si usted recibe un servicio que no está cubierto, es posible que tenga que pagar por este.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Los medicamentos recetados están cubiertos cuando:

- el medicamento se encuentra en el Formulario de proveedores de medicamentos de Texas;
- la receta médica se surte en una farmacia de la red;
- las ordena su PCP u otro médico que lo está tratando a usted o su hijo.

Puede consultar la Guía de acceso a atención médica de calidad, localizada en la sección del Programa de mejoramiento de calidad de nuestra página web, MolinaHealthcare.com, o llame al Departamento de Servicios para Miembros si quiere saber más sobre sus beneficios de medicamentos y el proceso de farmacia.

Pueden mis beneficios de STAR+PLUS cambiar si estoy en un centro de enfermería?

No, sus beneficios de STAR+PLUS no cambiarán si usted está en un centro de enfermería. Para más información, llame a su Coordinador de servicios al (866) 409-0039 o al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

Medicaid para el Cáncer de Seno y Cervical (MBCC)

Las mujeres en el programa de Cáncer de Seno y Cervical (MBCC, por sus siglas en inglés) de Medicaid recibirán todos los servicios de Medicaid, incluyendo tratamiento para cáncer, a través del programa de atención médica administrada de STAR+PLUS Medicaid.

¿Qué es MBCC?

MBCC proporciona Medicaid a las mujeres que se diagnostican con cáncer de seno o cervical o ciertas afecciones precancerosas. Las mujeres que se inscribieron en MBCC deben volver a inscribirse en el programa cada 6 meses para mantener su elegibilidad y continuar con los beneficios completos de Medicaid.

Una mujer puede recibir los servicios de MBCC si:

- no cuenta con cobertura;
- entre 18 años de edad y hasta el mes en que cumple 65 años;
- es ciudadana estadounidense o inmigrante que reúne los requisitos;
- es residente de Texas;
- tiene un índice de 200% o menos según el nivel federal de pobreza.

¿Qué servicios tengo disponibles como miembro de MBCC?

Usted recibirá todos los servicios de Medicaid incluyendo el tratamiento para cáncer por medio de STAR+PLUS. En el programa STAR+PLUS, usted recibirá:

- medicamentos recetados ilimitados;
- un Coordinador de Servicios que le ayudará a encontrar los proveedores adecuados para todas sus necesidades;
- un Proveedor de atención primaria (PCP) que se asegurará que se satisfacen todas sus necesidades;
- Servicios de Valor Añadido, son servicios adicionales para los miembros de Molina sin costo adicional.

¿Puedo seguir consultando los mismos proveedores?

Usted puede seguir consultando a su médico si es parte de la red de proveedores de Molina. Si su médico no es parte de nuestra red, usted puede seguir consultándolo por 90 días. Después tendrá que encontrar un nuevo médico. El Departamento de Servicios para Miembros le puede ayudar a encontrar un nuevo médico. Molina respetará todas las autorizaciones por seis meses, hasta que la autorización expire o hasta que se emita una nueva.

¿Con quién me comunico si tengo preguntas?

Puede comunicarse al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local. También, usted puede llamar al Coordinador de Servicios al (866) 409-0039.

Beneficios de atención médica aguda

¿Cuáles son mis beneficios de atención aguda?

Los beneficios de atención médica aguda incluyen servicios como consultas con su médico, radiografías, análisis de laboratorio y otros beneficios médicos. Para más información sobre beneficios de atención médica aguda, llame a su Coordinador de Servicios al (866) 409-0039 o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. Recuerde que si usted tiene Medicare y Medicaid, Medicare cubre los beneficios de atención aguda.

¿Cómo puedo obtener estos servicios? ¿A qué número llamo para enterarme de estos servicios?

Llame al consultorio de su proveedor de atención primaria y hágales saber qué servicio necesita. Su médico lo ayudará a obtener los servicios que necesita. Para algunos de los servicios enumerados puede ir directamente al proveedor que brinda los servicios. Llame a su Coordinador de servicios al (866) 409-0039 o al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

AVISO: por favor, recuerde que si usted tiene Medicare, Medicare cubre la atención médica aguda.

Beneficios de Atención y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)

¿Cuáles son los beneficios de atención y apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los servicios de atención y apoyos a largo plazo son beneficios que ayudan a que usted esté seguro y sea independiente en su hogar o comunidad. Usted puede obtener servicios de atención a largo plazo si necesita ayuda con atención médica cotidiana y necesidades básicas. Algunos de estos servicios incluyen ayuda para vestirse, bañarse o ir al baño; preparar comidas; hacer tareas domésticas leves, así como ayuda en la compra de provisiones.

Otros beneficios de atención y apoyo a largo plazo (LTSS) de STAR+PLUS:

Algunos miembros de STAR+PLUS pueden obtener otros servicios a largo plazo que están basados en sus necesidades médicas. Estos se denominan Servicios de exención de STAR+PLUS (usted puede haber escuchado que estos servicios les llaman CBA):

- dispositivos de adaptación como: sillas de ruedas, andadores, bastones y equipo médico duradero
- cuidado suplente para adultos
- servicios de asistencia para las actividades de la vida diaria
- servicios dirigidos al consumidor
- servicios de auxilio para emergencias
- comidas de entrega a domicilio
- modificaciones menores del hogar
- servicios en centro de enfermería
- asistente de cuidado personal
- servicio de respiro

- servicios de terapia (física, ocupacional, del habla)
- supervisión de protección
- servicios de asistencia de transición
- servicios dentales
- terapia de rehabilitación cognitiva

¿Cómo puedo obtener estos servicios? ¿A qué número llamo para enterarme de estos servicios?

Puede conseguir información sobre estos servicios si llama al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. Puede también ponerse en contacto con un miembro del equipo de Coordinador de Servicios para que le ayude, llamando al (866) 409-0039.

Community First Choice (CFC)

¿Qué es Community First Choice (CFC)? ¿Quién es elegible para servicios de CFC?

Los beneficios de Community First Choice (CFC, por sus siglas en inglés) proporcionan apoyos y servicios basados en el Hogar y la Comunidad para miembros de Medicaid con discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD, por sus siglas en inglés) o discapacidades físicas.

Los miembros que necesitan un nivel de cuidado institucional (ejemplo: hospital, centro de enfermería, centro de cuidado intermedio, etc.) y quienes necesiten ayuda o quieran ser más independientes pueden ser elegibles para servicios de CFC. Los miembros que viven en un hogar comunitario es posible que puedan obtener estos servicios. Para más información sobre elegibilidad, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Qué servicios CFC están disponibles?

CFC proporciona servicios tales como:

- Servicios de Ayudante Personal (PAS): ayuda con las actividades de la vida diaria y las tareas relacionadas con la salud.
- Servicios de recuperación de habilidades: servicios que ayudan a los miembros a aprender nuevas habilidades y a cuidarse a sí mismos.
- Servicios de auxilio para emergencias: ayuda si los miembros viven solos o están solos la mayor parte del día.
- Administración de apoyo: capacitación sobre cómo seleccionar, administrar y despedir a los ayudantes.

Si cree que necesita servicios de CFC, su Coordinador de Servicios será capaz de ayudarle a programar una evaluación. Si tiene preguntas sobre los servicios CFC o elegibilidad, llame a su Coordinador de Servicios o al Departamento de Servicios para Miembros.

Beneficios de Valor Agregado

¿Qué beneficios adicionales obtiene un miembro de Molina Healthcare?

En Molina Healthcare, nos preocupamos por su salud. Es por eso que nos enfocamos en brindarle los Servicios de Valor Añadido, atención médica de calidad y el apoyo que necesita para mantenerse sano. ¡Todo sin costo alguno para los miembros de Molina! Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre estos beneficios. En la página 42 de este manual se encuentra una lista completa de los Servicios de valor agregado, incluidas las limitaciones o restricciones. Esta lista también está disponible en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Podemos ayudarlo a obtener estos servicios. Sus servicios de valor agregado y el manual para miembros se actualizan de vez en cuando. Puede encontrar las versiones más recientes en nuestro sitio web visitando MolinaHealthcare.com o llamando a Servicios para Miembros al (866) 449-6849. Podemos enviarle una copia de las versiones más recientes.

¿Qué clases de educación de salud ofrece Molina Healthcare?

Molina quiere ayudar a usted y a su familia a mantenerse sanos. Podemos ayudarlo a encontrar clases de educación de salud cerca de su casa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar sobre estas clases.

Algunas de las clases son para:

- Dejar de fumar
- Perder peso
- Embarazo y parto
- Cuidado infantil
- Crianza de hijos

Control de enfermedades

También tenemos programas para ayudarlo a manejar condiciones de salud. Algunas de estas afecciones son asma, enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, EPOC y diabetes; también tenemos un programa especial para ayudarla si está embarazada. El programa ofrece materiales educativos, llamadas telefónicas y asesoría. Usted puede participar de una manera que maneje mejor sus necesidades.

Si tiene alguna de las condiciones de salud mencionadas anteriormente, usted estará inscrito. Comenzará a recibir materiales educativos y boletines. Si la afección de su hijo es más grave, es posible que reciba una llamada de un Administrador de Casos o Coordinador de servicios. Trabajarán con usted y su médico para ayudarlo a asegurarse de que usted tiene lo que necesita para seguir saludable. Si usted quiere más información acerca de alguno de estos programas, por favor comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

¿Qué otros servicios Molina me puede ayudar a obtener? (servicios sin tarifa fija)

Molina puede ayudarlo a obtener algunos servicios cubiertos por Medicaid pago por servicio en vez de Molina. A continuación tiene algunas de las agencias que cubren el servicio que Molina puede ayudarlo a obtener:

- Pasos Sanos de Tejas Dental (incluyendo ortodoncia);
- Pasos Sanos de Tejas, investigaciones de plomo en el medio ambiente (ELI, por sus siglas en inglés);
- Programa de Intervención Temprana en la Infancia (EIC, por sus siglas en inglés);
- Salud Escolar y Servicios Relacionados de Tejas (SHARS, por sus siglas en inglés);
- Departamento de Servicios Auxiliares y de Rehabilitación de Texas (DARS);
- Programa de Descubrimiento y Desarrollo Vocacional para Niños Ciegos;
- Estampillas para comida;
- Programa de Nutrición Suplementario para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés);
- Administración de casos para niños y mujeres embarazadas.

Para obtener información sobre estos servicios o cómo obtenerlos, llame a su Coordinador de servicios al (866) 409-0039. O llame sin costo al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

Atención médica y otros servicios

¿Qué significa médicamente necesario?

Médicamente necesario significa:

1. Para los miembros desde nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:
 - a. servicios de detección y para la vista y la audición; y
 - b. otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental y abuso de sustancias, que son necesarios para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental:
 - i. tiene que cumplir con los requisitos del acuerdo conciliatorio parcial de *Alberto N., et al. v. Traylor, et al.*; y
 - ii. puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.
2. Para los miembros mayores de 20 años, servicios no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:
 - a. son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoren una discapacidad, que provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del miembro;
 - b. se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;
 - c. cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
 - d. son acordes con el diagnóstico del padecimiento;
 - e. son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
 - f. no son experimentales ni de estudio; y
 - g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor; y
3. Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud mental y abuso de sustancias que:
 - a. son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;
 - b. cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;
 - c. se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro;
 - d. se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
 - e. no se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
 - f. no son experimentales ni de estudio; y
 - g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

¿Qué es atención médica de rutina?

Atención médica de rutina es cuando usted acude a su proveedor de atención primaria para un chequeo médico sin estar enfermo. Este cuidado médico es importante para mantenerse en buen estado de salud. Algunas de las cosas que se pueden hacer durante estas consultas son el examen de cuidado preventivo de la mujer, chequeo para su hijo de Pasos Sanos de Tejas o un examen físico de rutina completo.

¿Qué tanto puedo esperar para que me atiendan?

Cuando llama a su proveedor de atención primaria para recibir atención médica de rutina, usted obtendrá una cita dentro de 14 días del día en que llama.

¿Qué es la atención médica urgente?

La atención urgente es otro tipo de atención. Hay algunas enfermedades y lesiones que quizás no sean emergencias pero pueden convertirse en una emergencia si no se tratan dentro de 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Quemaduras o cortadas pequeñas
- Dolores de oído
- Dolores de garganta
- Torceduras o esguinces musculares

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?

Para la atención urgente, debe llamar al consultorio de su doctor incluso por la noche y los fines de semana. El doctor le dirá qué hacer. En algunos casos, el doctor quizás le diga que vaya a la clínica de atención urgente. Si el doctor le dice que vaya a una clínica de atención urgente, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte Medicaid de Molina. Para recibir ayuda, llámenos gratis al (866) 449-6849. También puede llamar a nuestra Línea de Ayuda de Enfermeras las 24 horas al (866) 648-3537 para que le ayuden a obtener la atención que necesita.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

Podrá ver su doctor dentro de 24 horas para una cita de cuidado urgente. Si su doctor le dice que vaya a una clínica de cuidado urgente, no necesita llamar a la clínica antes de ir. La clínica de cuidado urgente tiene que aceptar Molina Medicaid.

¿Qué es atención médica de emergencia?

Atención médica de emergencia

La atención médica de emergencia se presta para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia.

Padecimiento médico de emergencia significa:

Un padecimiento médico que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (incluso dolor muy fuerte) que la persona prudente, que tenga conocimientos promedio sobre la salud y la medicina, podría deducir que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

1. poner en grave peligro la salud del paciente;
2. ocasionar problemas graves en las funciones corporales;
3. ocasionar disfunción grave de algún órgano vital o parte del cuerpo;
4. causar desfiguración grave; O
5. en el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud de la mujer o del feto.

Padecimiento de salud mental y abuso de sustancias de emergencia significa:

Cualquier padecimiento, sin importar la naturaleza o causa del padecimiento, que según la opinión de una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina:

1. requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; O
2. hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

Servicios de emergencia y Atención de emergencia significan:

Servicios cubiertos de paciente interno y externo que brinda un proveedor certificado para prestar esos servicios y que se necesitan para valorar o estabilizar un padecimiento médico o de salud mental y abuso de sustancias de emergencia, entre ellos, los servicios de atención de posestabilización.

¿Qué tanto puedo esperar para que me atiendan?

Deberían atenderle lo más pronto posible. El personal de la sala de emergencias decidirá según su afección. Si necesita ayuda para llegar a sala de emergencias, llame al 911.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por el plan de salud?

Molina cubre servicios limitados dentales de emergencia en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, lo cual incluye el pago para lo siguiente:

- Tratamiento para luxación mandibular.
- Tratamiento para traumatismo de los dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías.
- Hospital, doctores y servicios médicos relacionados, como medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos gratis al (866) 449-6849 o llame al 911.

¿Que es la posestabilización?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por Medicaid que lo mantienen en un estado estable después de recibir atención médica de emergencia.

¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al (866) 449-6849 y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al (866) 449-6849.

¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

Si necesita atención médica mientras viaja fuera del estado, llámenos gratuitamente al (866) 449-6849 y le ayudaremos a encontrar un médico. Si necesita servicios de emergencia mientras viaja, acuda a un hospital cercano, luego llámenos gratuitamente al (866) 449-6849.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Y si soy trabajador de campo migrante?

Si piensa salir de la región, puede recibir su examen más pronto.

Atención especializada

¿Qué ocurre si necesito consultar un médico especial? (Especialista)

Su proveedor de atención primaria le ayudará si necesita consultar a un especialista o si necesita un servicio especial. Su proveedor de atención primaria se asegurará de que reciba la atención que necesita. Recuerde que si usted tiene Medicare y Medicaid, Medicare cubre los beneficios de atención aguda.

¿Qué tanto puedo esperar para que me atienda un especialista?

Cuando llama para programar una cita con un especialista, lo atenderán dentro de los primeros (30) días. Si su necesidad médica es urgente, lo atenderán dentro de las primeras (24) horas.

¿Puede un especialista ser considerado un proveedor de atención primaria?

Sí, si le gustaría que un especialista fuera su proveedor de atención primaria y el médico está de acuerdo, usted puede comunicarse sin costo al (866) 449-6849 para recibir ayuda.

¿Qué es una remisión?

Una “remisión” es una aprobación para obtener ciertos servicios médicos. Molina no requiere remisiones; sin embargo, algunos servicios pueden necesitar autorización previa (PA, por sus siglas en inglés). De ser necesario, su proveedor de atención primaria le ayudará a obtener una PA.

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

Molina no requiere remisiones; sin embargo, algunos servicios pueden necesitar autorización previa (PA, por sus siglas en inglés). Si no está seguro si un servicio necesita una PA, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Segunda opinión

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Para pedir una segunda opinión, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Le ayudarán. Su médico también puede llamar y solicitar que le den una segunda opinión.

A continuación, ofrecemos algunas de las razones por las que usted quisiera recibir una segunda opinión:

- No está seguro si necesita la cirugía que su médico está planeando hacer.
- Usted no está seguro del diagnóstico de su médico o del plan médico para una necesidad médica difícil o grave.
- Su médico no está seguro de un diagnóstico porque su afección es confusa.
- Usted ha hecho lo que su médico le ha indicado, pero no está mejorando.

Cuando un médico da una segunda opinión, él o ella le entregará un informe escrito a usted y a su primer médico.

Consejos generales de atención médica

- Tenga un papel activo en su atención médica: planee por adelantado.
- Programe sus consultas a una hora conveniente para usted.
- Si le preocupa esperar mucho, pida su cita a una hora en que el consultorio no esté tan ocupado.

- Mantenga una lista de preguntas que quiera hacerle a su médico.
- Vuelva a surtir su receta antes de que se quede sin medicamento.

Aproveche al máximo su visita al médico

- Haga una lista de las preguntas que quiere hacer antes de ir a la cita.
- Haga preguntas a su médico.
- Pregunte sobre efectos secundarios posibles de los medicamentos que le han recetado.
- Informe a su médico si está tomando algún té o hierbas. Además, informe a su médico sobre vitaminas o medicamentos sin receta que esté usando.

Si visita a su médico cuando está enfermo:

- Intente darle a su médico tanta información como pueda.
- Informe a su médico si su condición está empeorando o si se siente igual.
- Informe a su médico si ha estado tomando algo.
- Recuerde llevar sus medicamentos consigo a todas sus citas con su médico.

Salud conductual, mental o abuso de sustancias (drogas)

¿Cómo consigo ayuda si tengo un problema de salud mental, de alcohol o de drogas?

Llame a nuestra Línea de Servicio al Cliente de Salud Conductual al (866) 449-6849. No necesita llamar a su proveedor de atención primaria para que le aprueben estos servicios. Si usted o su hijo tiene una necesidad de cuidado de emergencia o crisis, no necesita llamar primero, acuda al centro de atención de emergencia más cercano o llame al 911. También puede llamar a nuestra Línea para Crisis de Salud Conductual las 24 horas del día al (800) 818-5837. Siempre habrá alguien para ayudarle.

¿Necesito una remisión para esto?

No, no necesita pedirle a su proveedor de atención primaria que consiga una remisión para estos servicios.

¿Cuáles son los servicios de rehabilitación de salud mental y Administración de Casos con enfoque en salud mental? ¿Cómo puedo obtener estos servicios?

Los servicios de rehabilitación de salud mental y Administración de Casos con enfoque en salud mental están disponibles para adultos que recibe Medicaid quienes han sido evaluados y están determinados a sufrir enfermedad mental grave y persistente (SPMI, por sus siglas en inglés), (como esquizofrenia, depresión grave, trastorno bipolar), así como niños y adolescentes de 3 a 17 años de edad con un diagnóstico de enfermedad mental quienes exhiben una alteración emocional severa (SED, por sus siglas en inglés) (como un trastorno de conducta). Si necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina, al (866) 449-6849 o llame a su Coordinador de Servicios al (866) 409-0039.

Medicamentos recetados

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que necesita. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez pida el medicamento recetado por usted.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Usted tiene que acudir a una farmacia de la red de Molina. Puede surtir su receta en la mayoría de las farmacia en Texas, incluyendo Walgreens, Kroger, HEB, Randall's, Target, Wal-Mart y CVS. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, comuníquese sin costo con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. También puede ingresar al internet. Nuestro sitio web es www.MolinaHealthcare.com. Puede pulsar en el enlace "find a pharmacy" (encontrar una farmacia). Esto le mostrará la lista de farmacias.

¿Qué sucede si voy a una farmacia que no está dentro de la red?

Usted tiene que ir a una farmacia de Molina para que sus medicamentos estén cubiertos, y nosotros le podemos ayudar a encontrar una. Solo llame sin costo al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

Llámenos si se encuentra fuera del estado y necesita recetas de emergencia. Podemos ayudarle a encontrar una farmacia de Molina. Si no hay farmacias de Molina, posiblemente podremos colaborar con la farmacia para pagar por el medicamento o usted tenga que pagar por su receta. Tendrá que enviarnos el recibo para que Molina pueda reembolsarle.

¿Qué llevo a la farmacia?

Tiene que llevar su tarjeta de ID de Molina, su tarjeta "Your Texas Benefits Medicaid" y la receta que su médico le dio.

¿Qué hago si necesito que me envíen mis medicamentos?

Si no puede salir de su casa, Molina puede ofrecerle una farmacia de pedidos por correo. Esto se hace a través de los servicios de correo de CVS Caremark. Comuníquese sin costo al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

¿A quién llamo si tengo problemas para conseguir mis medicamentos?

Podemos ayudarle. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

Si tiene Medicare y Medicaid, sus recetas tienen cobertura de Medicare. Molina puede cubrir costos de su propio bolsillo por algunos medicamentos.

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para 3 días.

Llame a Molina al (866) 449-6849 para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿Qué sucede si pierdo mi medicamento(s)?

Si pierde o le roban sus medicamentos, su farmacia puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (866) 449-6849 para que le ayuden.

¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?

Ciertos equipos médicos duraderos (DME) y productos que se encuentran normalmente en una farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los miembros, Molina paga por nebulizadores, artículos para la ostomía y otros artículos y equipo si son médicamente necesarios. Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), Molina también

paga artículos médicamente necesarios, como medicamentos recetados por un doctor que se compran sin receta, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales.

Llame a (866) 449-6849 para más información sobre estos beneficios.

¿Dónde puedo encontrar respuestas a los beneficios de medicamentos?

Debe hablar con su proveedor sobre cualquier medicamento que necesite. Si necesita saber más sobre sus beneficios de medicamentos y el proceso de farmacia o más información, puede visitar nuestra página web. Si necesita más información, consulte la sección de la guía de acceso al Programa de mejoramiento de calidad en nuestra página web, o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

¿Qué sucede si también tengo Medicare?

Si usted tiene Medicaid y Medicare, usted tendrá sus medicamentos recetados de Medicare. Molina puede cubrir costos de su propio bolsillo por algunos medicamentos.

¿Cómo recibo mis medicamentos si me encuentro en un centro de enfermería?

En cualquier farmacia de la red de Molina, le pueden surtir su medicamento.

- Un miembro de familia o alguien a quien usted elija le puede llevar el medicamento.
- Le pueden enviar el medicamento a través de nuestro servicio de farmacia por correo.
- Algunas farmacias locales también tienen servicio de entrega a domicilio.

*Consulte con el centro de enfermería para ver qué método cumple con sus reglas.

Servicios de planificación familiar

¿Cómo puedo conseguir servicios de planificación familiar?

Servicios de planificación familiar, como control natal y asesoramiento, son confidenciales; usted no necesita pedir a su médico que consiga estos servicios. Puede acudir a cualquier proveedor de planificación familiar que acepte Medicaid.

¿Necesito una remisión para esto?

No, no necesita pedirle a su proveedor de atención primaria que le consiga estos servicios.

¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?

Puede encontrar en Internet la dirección de los proveedores de planificación familiar cercanos en www.dshs.state.tx.us/famplan/, o puede llamar a Molina al (866) 449-6849 para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

Programa de Administración de Casos para Niños y Mujeres Embarazadas (CPW)

¿Qué es el Programa de Administración de Casos para Niños y Mujeres Embarazadas (CPW, por sus siglas en inglés)?

El CPW ofrece servicios a niños con necesidades o riesgos de salud, desde el nacimiento hasta los 20 años de edad y a mujeres de cualquier edad con embarazo de alto riesgo.

Administración de Casos para Mujeres Embarazadas y Niños

¿Necesita ayuda para encontrar y recibir servicios? Quizás un administrador de casos pueda ayudarle.

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

Los niños, adolescentes, adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 20 años, y las mujeres embarazadas que reciben Medicaid y:

- Tienen problemas de salud, o
- Corren un alto riesgo de desarrollar problemas de salud.

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos se reunirá con usted y entonces:

- Se enterará de qué servicios necesita usted.
- Encontrará servicios cerca de donde vive.
- Le enseñará cómo encontrar y recibir otros servicios.
- Se asegurará de que usted está recibiendo los servicios que necesita.

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los administradores de casos pueden ayudarle a:

- Recibir servicios médicos y dentales.
- Obtener artículos o equipo médicos.
- Trabajar en asuntos escolares o educativos.
- Tratar otros problemas.

¿Cómo puede usted obtener un administrador de casos?

Llame gratis al programa Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Para saber más, vaya a: www.dshs.state.tx.us/caseman

¿Qué es Intervención Temprana en la Infancia (EIC)?

Intervención Temprana en la Infancia (EIC, por sus siglas en inglés) es un programa estatal para familias con niños, hasta los tres años de edad, que tienen discapacidades o retrasos del desarrollo. ECI proporciona evaluaciones y valoraciones, sin costo a las familias de Molina, para determinar la elegibilidad y necesidad de los servicios. ECI acude a las familias y se enfoca en trabajar con el niño y la familia en su entorno familiar, tal como la casa, casa de la abuela o centro de cuidado infantil.

La Intervención Temprana en la Infancia da respuesta a las necesidades cruciales de niños y familias al:

- promover desarrollo y aprendizaje;
- proporcionar apoyo a las familias;
- coordinar servicios; y
- disminuir la necesidad de programas especiales costosos.

Características del servicio de ECI:

- proceso de planeación individualizado
- servicios centrados en la familia
- Administración de Casos
- entornos conocidos
- proveedores profesionales
- planes para continuar servicios

Si necesita más información sobre ECI o para remitir a un niño, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849 o a la línea directa de consulta de DARS al (800) 628-5115.

¿Necesito una remisión para esto?

No se necesita remitir un diagnóstico médico ni un retraso del desarrollo confirmado. Tan pronto como se sospeche un retraso, los niños tienen que ser remitidos a ECI, aún si es al nacer.

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

Para localizar el programa ECI que sirve en su área, visite la página web del Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación (DARS, por sus siglas en inglés) de Texas al <https://citysearch.hhsc.state.tx.us/>, seleccione la ciudad o condado donde vive del menú desplegable y pulse el botón de "Search" (búsqueda).

Uno o más programas de ECI aparecerán junto con la dirección, n.º de teléfono, correo electrónico y página web (si están disponible). Debe haber varios programas en su ciudad o condado. Para reducir su búsqueda, siga las direcciones en el sitio web.

Usted también puede llamar al Departamento de para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor de ECI.

Coordinación de Servicios

¿Qué es Coordinación de Servicios?

La Coordinación de servicios es un servicio especial para miembros de STAR+PLUS para ayudarle a manejar su salud, servicios y apoyos a largo plazo y necesidades de atención médica de salud conductual. Al inscribirse en Molina, le asignarán un Coordinador de servicios. El trabajo del Coordinador de servicios es ayudarlo con todas las necesidades de atención de la salud.

¿Qué hará por mí un Coordinador de Servicios?

Su Coordinador de Servicios:

- lo llamará y lo conocerá a usted y se enterará de sus necesidades de atención médica, de servicios y apoyos a largo plazo y de atención médica de salud conductual;
- usará una "encuesta preventiva" para ayudar a decidir si necesita más ayuda de inmediato;

- hablará con los Administradores de Casos, proveedores, farmacéuticos u otras personas que usted indique que son importantes para sus necesidades de atención;
- le ayudará a encontrar los servicios que necesita;
- redactará un plan con usted y con la ayuda de su proveedor de atención primaria;
- se mantendrá en contacto con usted para controlar su salud y hará un seguimiento de su plan de servicios.

¿Cómo puedo hablar con un Coordinador de servicios?

Puede comunicarse con su Coordinador de Servicios por teléfono sobre preguntas y preocupaciones. Llame a su Coordinador de Servicios al (866) 409-0039.

Transporte

Servicios de Transporte Médico que no es de Emergencia (NEMT)

¿Qué son los servicios de NEMT?

Los servicios de NEMT proporcionan transporte a las citas médicas que no son de emergencia para los miembros que no tienen otras opciones de transporte. Estos viajes incluyen los traslados al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares en los que usted recibe servicios de Medicaid. Estos viajes NO incluyen los viajes en ambulancia.

¿Qué servicios forman parte de los servicios de NEMT?

- Pases o boletos para transporte, como el transporte público en y entre ciudades o estados, incluyendo el tren o el autobús.
- Servicios de transporte aéreo comercial.
- Servicios de transporte a la demanda, que es el transporte desde su casa al lugar de la cita en autobús privado, minivan o automóvil, incluidos los vehículos accesibles para sillas de ruedas, si es necesario.
- Reembolso del millaje para un participante a cargo del transporte individual (ITP) por un viaje verificado y completo a un servicio médico cubierto. El ITP puede ser usted, un responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo de las comidas relacionadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios médicos. La tarifa diaria de las comidas es de \$25 por día para usted y \$25 por día para un acompañante aprobado.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo del alojamiento relacionado con un viaje de larga distancia para obtener servicios médicos. Los servicios de alojamiento se limitan a la estancia de una noche y no incluyen los servicios utilizados durante la estancia, como llamadas telefónicas, servicio de habitaciones o servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios de NEMT autorizados.

Si necesita que un acompañante viaje a su cita con usted, servicios de NEMT cubrirá los gastos de transporte de su acompañante.

Los niños de 14 años o menos deben ir acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado. Los jóvenes de 15 a 17 años deben ir acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado o tener el consentimiento de un padre, tutor u otro adulto autorizado en los archivos para viajar solos. El consentimiento de los padres no es necesario si el servicio médico es de carácter confidencial.

Cómo obtener transporte

Su MCO le proporcionará información sobre cómo solicitar servicios de NEMT. Debe solicitar los servicios NEMT con la mayor anticipación posible, y al menos dos días hábiles antes de necesitar el servicio de NEMT. Solo en determinadas circunstancias, podrá solicitar el servicio NEMT con menos anticipación. Estas circunstancias incluyen la recogida después de recibir el alta de un hospital; los viajes a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados; y los viajes por problemas de salud urgentes. Un problema de salud urgente es aquel que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o doloroso como para requerir tratamiento en un plazo de 24 horas.

En caso de cancelación de la cita médica, deberá notificar a su MCO tan pronto como sea posible antes del viaje aprobado y programado.

¿A quién llamo para que me lleve a una cita médica? Puede comunicarse con Access2Care al (866) 462-4857 para programar el transporte a citas de atención médica que no sean de emergencia. Access2Care está disponible para programar sus servicios de transporte las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Asegúrese de programar sus servicios de transporte lo antes posible y con al menos 48 horas de anticipación.

Visión

¿Cómo obtengo servicios de visión?

Usted puede recibir atención para la vista de rutina. Tiene que acudir a un proveedor de cuidado para la vista. La lista de proveedores se encuentra en la sección de Visión de su Directorio de proveedores. No necesitará una remisión de su proveedor de atención primaria para recibir atención de rutina para la vista. Si tiene un problema médico de los ojos, necesita llamar primero a su proveedor de atención primaria. Si su médico no puede tratar el problema médico, lo enviará a un médico oftalmólogo que sí pueda. Los miembros adultos mayores de 21 años de edad reciben un examen de visión y marcos médicamente necesarios y ciertos lentes de plástico cada 24 meses.

Servicios dentales

¿Qué servicios dentales cubre Molina para los niños?

Molina cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o centro de servicio ambulatorio, lo cual incluye, pero no limitado a, el pago para lo siguiente:

- Tratamiento para luxación de la mandíbula.
- Tratamiento para lesiones traumáticas a los dientes y las estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías.

Molina cubre el hospital, doctores y servicios médicos relacionados de los padecimientos anteriores. Esto incluye los servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia u otros medicamentos.

Molina también es responsable de pagar el tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.

El plan dental de Medicaid de su hijo ofrece todos los otros servicios dentales, entre ellos, servicios que previenen las caries y servicios para arreglar los problemas dentales. Llame al plan dental del niño para aprender más sobre los servicios dentales que ofrecen.

Para miembros de exención de STAR+PLUS que son adultos y que necesitan servicios dentales, usted debe recibir los servicios de un dentista contratado con el plan dental de Molina. Cuando los servicios dentales requieren anestesia en

un centro de atención ambulatoria, sus servicios dentales se pagan a través del beneficio dental disponible para usted. La anestesia se paga bajo el beneficio de Medicaid. Si usted tiene Medicare, la anestesia se cubre bajo Medicare.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por el plan de salud?

Molina cubre servicios limitados dentales de emergencia en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, lo cual incluye el pago para lo siguiente:

- Tratamiento para luxación mandibular.
- Tratamiento para traumatismo de los dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías.
- Hospital, doctores y servicios médicos relacionados, como medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos gratis al (866) 449-6840 o llame al 911.

Servicios de interpretación en consultas con el médico

¿Puede alguien interpretarme la conversación con mi médico? ¿A quién debo llamar para solicitar un intérprete?

Cuando programe una consulta médica, informe al proveedor que necesita un intérprete. Si el proveedor no tiene a nadie que le interprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (866) 449-6849 y le ayudaremos.

¿Con cuánto tiempo de anticipación necesito llamar para conseguir un intérprete?

Llame tan pronto haga la cita con un médico.

¿Cómo puedo conseguir un intérprete que esté presente en el consultorio de mi proveedor?

Cuando llame para hacer su cita, informe a la persona con la que hable que necesita un intérprete durante su consulta. Si no le pueden ayudar, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Atención de obstetricia / ginecología

¿Qué sucede si necesito cuidado de obstetra ginecólogo? ¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?

Aviso Importante Para La Mujer

Molina Healthcare of Texas le permite escoger a cualquier ginecoobstetra, esté o no en la misma red que su proveedor de cuidado primario.

Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra sin un envío a servicios del proveedor de cuidado primario. Un ginecoobstetra le puede brindar:

- Un examen preventivo para la mujer cada año.
- Atención relacionada con el embarazo.
- Tratamiento de los problemas médicos de la mujer.
- Envíos para ver a un especialista de la red.

¿Cómo selecciono un obstetra ginecólogo?

Usted puede elegir cualquier obstetra ginecólogo indicado en el Directorio de proveedores de Molina. Su obstetra ginecólogo programará una cita con usted dentro de las primeras 2 semanas de su llamada.

Si no selecciono un obstetra ginecólogo, ¿tengo acceso directo? ¿Necesitaré una remisión médica?

Usted tiene acceso directo a consultar un obstetra ginecólogo sin remisión de su proveedor de atención primaria. Usted puede elegir cualquier obstetra ginecólogo indicado en el Directorio de proveedores.

¿Qué tan pronto me pueden atender después de contactar al obstetra ginecólogo para una cita?

La atenderán dentro de las primeras dos (2) semanas desde el día que llamó para hacer una cita.

¿Qué ocurre si estoy embarazada? ¿A quién necesito llamar?

Por favor, comuníquese con Molina tan pronto sepa que está embarazada. Molina le ayudará a recibir la atención que necesita.

Nuestros panfletos educativos, así como otra información, contestará cualquier pregunta que pueda tener sobre el embarazo.

¿Puedo quedarme con mi obstetra ginecólogo que no esté con Molina?

Usted puede consultar un médico que no sea parte de la red de Molina si:

- usted está en las últimas tres semanas de embarazo cuando comenzó cobertura con Molina; o
- si usted tiene un problema de salud que el cambiarse a un nuevo médico sería inseguro. Si no, usted necesitará consultar un médico de Molina.

¿Qué otros servicios, actividades o educación ofrece Molina a las mujeres embarazadas?

Molina tiene un programa justo para mujeres embarazadas. Este programa ofrece información para llevar un embarazo saludable. Le dirá cosas importantes que hacer para usted misma. Le dirá cosas importantes que hacer para su bebé. Usted trabajará con alguien que la ayudará durante el tiempo que esté embarazada. Esta persona también la ayudará con lo que tenga que hacer después de que su bebé haya nacido.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849 para ayudarlo a encontrar un centro. Puede visitar Molinahealthcare.com para encontrar un proveedor en su área.

¿Puedo seleccionar el proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca? (Esto no se aplica a los miembros que también tienen Medicare)

Sí, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Le ayudaremos a encontrar un proveedor de atención primaria para su bebé. Necesitaremos su nombre y su número de identificación.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar al proveedor de atención primaria de mi bebé? (Esto no se aplica a los miembros que también tienen Medicare)

Usted puede cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé si llama al Departamento de Servicios para Miembros. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor de atención primaria para su bebé. Usted no puede cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé más de una vez al mes.

¿Cómo registro a mi bebé recién nacido?

Es importante registrar a su bebé en Medicaid tan pronto como nazca. Para obtener más información sobre cómo inscribir a su bebé, llame a la Línea de ayuda de Medicaid al 1-800-964-2777. El personal de la línea de ayuda le dirá qué necesita hacer para mantener la cobertura de su bebé con Medicaid. Verifique con el trabajador social del hospital antes de irse a casa y asegúrese de llenar la solicitud. Usted también puede llamar al 2-1-1 para encontrar la oficina local de la HHSC para asegurarse que recibieron la solicitud de su bebé.

¿Cómo y cuándo informarle a Molina sobre el nacimiento de mi bebé?

Necesita llamar lo más pronto posible al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (866) 449-6849 para avisarnos que tuvo a su bebé.

¿Cómo y cuándo le aviso a mi trabajador de caso?

Llame a la oficina de beneficios de su HHSC local y avíseles que su bebé nació.

Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y ya no reciba cobertura de Medicaid)?

Después del nacimiento de su bebé, es posible que usted pierda su cobertura de Medicaid. Podría recibir algunos servicios de atención médica por medio del Programa de Salud para la Mujer de Texas y del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). Estos servicios son para las mujeres que solicitan los servicios y son aprobadas.

Programa de Salud para la Mujer de Texas

El Programa de Salud para la Mujer de Texas brinda exámenes de planificación familiar, pruebas de detección relacionadas y control de la natalidad a las mujeres entre 18 y 44 años cuyos ingresos del hogar no exceden los límites de ingresos del programa (185% del nivel federal de pobreza). Usted tiene que presentar una solicitud para saber si puede recibir servicios por medio de este programa.

Para más información acerca de los servicios disponibles por medio del Programa de Salud para la Mujer de Texas, escriba, llame o visite el sitio web:

Texas Women's Health Program
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Teléfono: 1-800-335-8957
Sitio web: www.texaswomenshealth.org/
Fax: (gratis): 1-866-993-9971

Programa Atención Primaria de Salud del DSHS

El Programa Atención Primaria de Salud del DSHS atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden recibir la misma atención por medio de un seguro u otro programa. Para recibir servicios por medio de este programa, los

ingresos de las personas no deben exceder los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Las personas aprobadas para recibir servicios tendrán que pagar un copago, pero a nadie se le niega los servicios por falta de dinero.

La Atención Primaria de Salud se centra en la prevención de enfermedades y la detección e intervención tempranas de problemas de salud. Los servicios principales que se prestan son:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de salud preventivos, incluso vacunas y educación sobre la salud, así como pruebas de laboratorio, radiografías, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico adecuados.

Los servicios secundarios que se podrían prestar son servicios de nutrición, pruebas de detección, atención médica en casa, servicios dentales, transporte a las citas médicas, medicamentos que ordena el doctor (medicamentos recetados), equipo médico duradero, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies (servicios de podología) y servicios sociales.

Usted podrá solicitar los servicios de Atención Primaria de Salud en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en <http://txclinics.dshs.texas.gov/chcl/>.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Atención Primaria de Salud, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/phc/
Teléfono: (512) 776-7796
Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS

El programa Atención Primaria de Salud Ampliado brinda servicios primarios, preventivos y de detección a las mujeres de 18 años o más cuyos ingresos no exceden los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión se prestan a través de clínicas comunitarias contratadas por el DSHS. Los trabajadores comunitarios de salud ayudan a asegurar que las mujeres reciban los servicios de prevención y detección que necesitan. Algunas clínicas podrían ofrecer ayuda con la lactancia materna.

Usted puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en <http://txclinics.dshs.texas.gov/chcl/>.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/ephc/Expanded-Primary-Health-Care.aspx
Teléfono: (512) 776-7796
Fax: (512)-776-7203
Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa de Planificación Familiar del DSHS

El Programa de Planificación Familiar tiene clínicas en todo el estado que ofrecen a hombres y mujeres planificación familiar de calidad, a bajo costo y fácil de usar.

Para encontrar una clínica en su región, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en <http://txclinics.dshs.texas.gov/chcl/>.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Planificación Familiar, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/famplan/
Teléfono: (512) 776-7796
Fax: (512)-776-7203
Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Otra información importante

¿A quién llamo si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude?

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Le ayudaremos a obtener más información de cómo recibir ayuda para sus necesidades especiales de atención médica. Le podemos informar sobre los servicios que Molina tiene en su área. También de los recursos comunitarios en su área. Es importante informar a su proveedor de atención primaria que tiene necesidades especiales de atención médica. Llame a su proveedor de atención primaria para hacer una cita y hablar acerca de sus necesidades especiales.

¿Qué ocurre si estoy muy enfermo para tomar decisiones sobre mi atención médica?

También nos puede mandar una carta que se llama Directiva Anticipada que comunica a las personas lo que usted quiere que suceda si se enferma gravemente. Si necesita más información en cómo escribir una Directiva anticipada, Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. Le podemos mandar formularios para que llene para que los demás sepan el tipo de atención médica que quiere si llega a estar muy enfermo para decirles.

¿Qué son las directivas anticipadas?

Una directiva anticipada es una carta que usted escribe para decirles a los demás el tipo de atención médica que quiere si se encuentra demasiado enfermo. También puede usar esta carta para otorgarle a alguien el derecho a tomar estas decisiones por usted, en caso de que usted se ponga muy enfermo para tomar las decisiones por sí mismo.

¿Cómo consigo un formulario para una directiva anticipada?

Puede obtener los formularios de directivas anticipadas llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. Esto le ayudará a obtener la información que necesita para llenar esos formularios.

¿Qué necesito hacer si necesito ayuda para llenar mi solicitud de renovación?

Cómo renovar

Las familias deben renovar su cobertura de Medicaid cada año. En los meses anteriores a que se termine la cobertura de su hijo, la HHSC le enviará el paquete de renovación familiar por correo. El paquete de renovación contiene una

solicitud. También incluye una carta pidiendo actualizar los ingresos de la familia y deducciones de costos. La familia necesita:

- revisar la información en la solicitud de renovación;
- corregir cualquier información incorrecta;
- firmar y fechar todas las áreas de la solicitud;
- revisar las opciones del plan de salud, si el plan de salud de Medicare está disponible;
- regresar la solicitud de renovación y los comprobantes antes de la fecha límite.

Una vez que la HHSC recibe la solicitud de renovación y los comprobantes, el personal verificará si los niños de la familia aún reúnen los requisitos para su programa actual o para un programa distinto. Si se envía al niño a otro programa (Medicaid o CHIP), la HHSC enviará una carta a la familia informándoles sobre la remisión y después evaluará para ver si el niño puede obtener beneficios en otro programa. Si el niño reúne los requisitos, la cobertura en el nuevo programa (Medicaid o CHIP) comenzará el mes que sigue al último mes de la cobertura del otro programa. Durante la renovación, la familia puede elegir nuevos planes médicos y dentales, comunicándose al centro de llamadas de CHIP / Medicaid para Niños al (800) 964-2777.

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la vuelve a tener dentro de seis (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo proveedor de cuidado primario de antes.

¿Qué hago si recibo una factura de mi médico? ¿Con quién debo comunicarme? ¿Qué información necesitarán?

El programa STAR+PLUS no tiene copagos. Su médico no debería facturarle por un servicio cubierto. Si recibe una factura de un médico, llame al consultorio del médico y asegúrese de que tengan su información de Medicaid y cualquier otra información de póliza de seguro disponible. Toda la información que su médico necesita para facturar a Molina por los servicios están en su tarjeta de ID.

También puede obtener ayuda si llama al Departamento de Servicios para Miembros de Molina. Un miembro del equipo le ayudará con su factura del médico. Para ayudarlo, ellos necesitarán:

- el nombre del paciente;
- el número de identificación de Medicaid del miembro;
- la fecha de servicio;
- el nombre del médico que le envía la factura;
- el monto que están facturando.

¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?

No. No le pueden enviar una cuenta por los gastos de participación en los costos de Medicare, lo cual incluye deducibles, coaseguro y copagos.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de Molina al (866) 449-6849. Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Molina, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Molina, hasta que la HHSC cambie su dirección.

¿Qué sucede si también tengo otro seguro médico además de Medicaid?

Medicaid y seguro privado

Usted tiene que avisar al personal de Medicaid sobre cualquier seguro médico privado que tenga. Debe llamar a la línea directa de Medicaid de Recursos para Terceros y actualizar el expediente de su caso de Medicaid si:

- Le cancelan el seguro médico privado.
- Consigue nueva cobertura de seguro.
- Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros.

Puede llamar gratis a la línea directa al 1-800-846-7307.

Si tiene otro seguro, aun puede llenar los requisitos de Medicaid. Cuando usted le dice al personal de Medicaid que tiene otro seguro médico, asegura que Medicaid solo pague lo que el otro seguro médico no paga.

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo porque tiene seguro médico privado además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también tienen que enviar una solicitud de pago a su compañía de seguro privado.

Derechos y responsabilidades de los miembros

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

DERECHOS DEL MIEMBRO:

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un proveedor de cuidado primario. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de proveedor de cuidado primario.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y de escoger a un proveedor de ese plan.
 - c. Cambiar de proveedor de cuidado primario.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de cuidado primario.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
 - a. Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
 - b. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
 - a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones y audiencias imparciales. Esto incluye el derecho de:

- a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Pedir una audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - d. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
 - e. Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
 7. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.
 8. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
 9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.

Usted tiene derecho a sugerir cambios a la política de derechos y responsabilidades de miembros de Molina Healthcare.

Usted también tiene derecho a enviar una factura por servicios cubiertos, si es aplicable, por favor envíela a:

Molina Healthcare
PO BOX 22719
Long Beach, CA 90801

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO:

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b. Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c. Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - b. Escoger su plan de salud y su proveedor de cuidado primario sin demora.
 - c. hacer cualquier cambio de plan de salud y de proveedor de cuidado primario, según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
 - d. Acudir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.

- f. siempre llamar primero a su proveedor de cuidado primario para sus necesidades médicas que no sean de emergencia;
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de consultar a un especialista;
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Tiene que compartir con su proveedor de cuidado primario toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Informar a su proveedor de cuidado primario sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - c. Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
 4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
 - b. Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

RESPONSABILIDADES ADICIONALES DEL MIEMBRO MIENTRAS USA SERVICIOS DE NEMT

1. Cuando solicite servicios de NEMT, debe proporcionar la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte.
2. Debe seguir todas las normas y reglamentos que afectan a sus servicios de NEMT.
3. Debe devolver los fondos anticipados que no haya utilizado. Debe proporcionar un comprobante de que acudió a su cita médica antes de recibir futuros fondos anticipados.
4. No debe agredir o acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras solicite o reciba servicios de NEMT.
5. No debe perder los boletos de autobús o las fichas y debe devolver los boletos de autobús o las fichas que no utilizó. Debe utilizar los boletos o las fichas de autobús únicamente para acudir a su cita médica.
6. Solo debe utilizar los servicios de NEMT para ir y volver de sus citas médicas.
7. Si ha hecho arreglos para un servicio de NEMT, pero algo cambia y ya no necesita el servicio, debe comunicarse lo antes posible con la persona que le ayudó a programar el transporte.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en www.hhs.gov/ocr.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en www.hhs.gov/ocr.

Proceso de presentación de quejas

¿Qué hago si tengo una queja? ¿Con quién debo comunicarme?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al (866) 449-6849 para explicarnos el problema. Un Defensor de Servicios para Miembros de Molina puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al (866) 449-6849. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de Molina Healthcare, puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando gratis al 1-866-566-8989. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services
Commission Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247

Si tiene acceso al internet, puede enviar la queja a: hhs.texas.gov/managed-care-help

¿Puede alguien de Molina ayudarme a presentar una queja?

Sí, queremos ayudarlo con su proceso de queja. Cuando tenga una queja, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para recibir ayuda con su queja. Línea sin costo del Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

¿Cuánto tiempo llevará procesar mi queja?

Su queja se manejará dentro de los primeros (30) días naturales a partir de la fecha en que Molina reciba su queja por escrito. Esto podría tomar menos de 30 días. Usted recibirá una carta que le dice de qué manera se resolvió su queja. Esta carta le explicará el proceso completo de quejas y apelaciones. También le informará sobre sus derechos de apelación. Si el reclamo es por una emergencia en un hospital para pacientes internados o una atención en curso, Molina atenderá su reclamo en un (1) día laboral.

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?

Cuando recibamos su queja, le enviaremos una carta dentro de los primeros cinco días naturales informándole que tenemos su queja.

Analizaremos su queja y tomaremos una decisión. Le enviaremos una carta informando el resultado. No tardaremos más de 30 días naturales para terminar este proceso.

¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación de quejas?

Sí, si usted no está contento con los resultados de su queja, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros. Ahí le ayudarán a organizar una reunión con el Panel de apelación de quejas. El panel de apelación de Molina incluye un médico, un miembro y un empleado de Molina. Los proveedores conocerán su tipo de queja. Los miembros del panel no han estado involucrados en su caso antes. Nosotros le avisaremos que recibimos su apelación. Con una carta usted estará informado del procedimiento de apelación de queja completo. Esta carta le informará sobre su derecho a presentar una apelación.

Proceso de apelaciones

¿Cómo sabré si los servicios fueron denegados?

Si Molina deniega sus servicios, le enviaremos una carta.

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que tiene cobertura pero que Molina lo niega o lo limita?

Si no está de acuerdo con la decisión de Molina de denegar o limitar sus servicios, puede pedir una apelación. Una apelación es cuando usted o su representante le pide a Molina revisar de nuevo los servicios o medicamentos que denegamos o limitamos.

Si le pide a alguien que sea su representante y que presente una apelación en su nombre, también debe enviar una carta a Molina para dejarnos saber que usted ha elegido a una persona para que lo represente. Para su privacidad y seguridad, debemos tener esta información por escrito. Puede enviar una carta a:

Molina Healthcare of Texas
Attn: Member Complaints & Appeals
P. O. Box 165089
Irving, TX 75016

¿Puedo continuar obteniendo servicios que ya están aprobados?

Sí. Para seguir recibiendo los servicios que fueron aprobados, pero que ahora están siendo denegados o limitados, usted debe presentar su apelación dentro de los primeros 10 días de la fecha en que recibió una carta diciéndole que un servicio estaba denegado o limitado, o a partir de la fecha en que los servicios terminarán. Si usted pide continuar con los servicios mientras su apelación se encuentra pendiente, es posible que tenga que pagar por estos servicios.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

Le enviaremos una carta dentro de 5 días hábiles después de haber recibido su solicitud de apelación. La carta le informará que recibimos su apelación y estamos trabajando en ella. Tomaremos la decisión final dentro de 30 días a partir del día en que recibimos su apelación a menos que nosotros necesitemos más información de su parte o su representante. Si necesita más información, es posible que nos tome hasta 14 días más para completar su apelación. Si extendemos el proceso de apelaciones, le enviaremos una carta. La carta le informará la razón de la demora. También, si tiene más información que nosotros podamos considerar, puede pedirnos que extendamos el proceso hasta por 14 días. Molina le enviará a usted y su médico una carta con la decisión definitiva.

Puede pedir una apelación acelerada si usted o su doctor creen que su salud puede estar en grave peligro si tiene que esperar hasta 30 días por la decisión. Tomaremos nuestra decisión dentro de 1 día después de recibir toda su información.

¿Qué tan pronto necesito pedir una apelación?

La apelación necesita presentarse dentro de 30 días a partir de la fecha de la carta que le informa que todos o parte de sus servicios han sido denegados o limitados.

¿Mi solicitud debe ser por escrito?

No, usted puede solicitar una apelación por teléfono. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y alguien le puede ayudar a presentar su apelación. Después de su llamada telefónica, usted y su representante debe dar seguimiento con una solicitud por escrito firmada, a menos que se solicite una apelación acelerada. Cuando llame, pida ayuda para presentar su apelación.

Número de teléfono gratuito: (866) 449-6849

También puede presentar su apelación por escrito y enviarla a:

Molina Healthcare of Texas
Attn: Member Complaints & Appeals
P. O. Box 165089
Irving, TX 75016

¿Puede alguien de Molina ayudarme a presentar una apelación?

Sí, alguien en el Departamento de Servicios para Miembros le puede ayudar a presentar su apelación. Cuando llame, pida ayuda para presentar su apelación.

¿Puedo pedir una Audiencia Imparcial Ante El Estado?

También puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal dentro de los 120 días posteriores del proceso de apelación de Molina, a menos que usted haya pedido una apelación acelerada. Si necesita más información, consulte la sección de apelaciones aceleradas y Audiencia Imparcial Estatal a continuación.

Apelaciones aceleradas

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada ocurre cuando el plan de salud tiene que tomar rápidamente una decisión debido a su estado de salud, y el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud.

¿Cómo solicito una apelación acelerada? ¿Mi solicitud debe ser por escrito?

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir presentar una apelación acelerada. Nosotros le ayudaremos. Puede solicitar una apelación acelerada llamando por teléfono o por escrito.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para presentar una apelación acelerada. Cuando llame, simplemente dígalos que quiere presentar una apelación acelerada, ellos sabrán trabajar en la apelación rápidamente.

Número de teléfono gratuito: (866) 449-6849.

Si envía la apelación acelerada por escrito, envíela a:

Molina Healthcare of Texas
Attn: Member Complaints & Appeals
P. O. Box 165089
Irving, TX 75016

¿Cuáles son los plazos de una apelación acelerada?

Molina tomará una decisión dentro de un (1) día hábil. Para apelaciones aceleradas, nosotros le mandaremos una carta informándole que nos estamos encargando de su apelación. También le enviaremos una carta a su proveedor informándole que su apelación se ha resuelto.

¿Qué ocurre si Molina deniega la solicitud de apelación acelerada?

Molina puede tomar la decisión de que su apelación no debería ser acelerada. Si se toma esta decisión, vamos a seguir el proceso de apelación estándar. Tan pronto como esto se decida, le llamaremos para hacerle saber que se seguirá el procedimiento de apelación estándar. También vamos a hacerle saber enviándole una carta dentro de los 2 días siguientes a la fecha en que solicitó la apelación acelerada.

Solicitud denegada para una apelación acelerada

Si no está de acuerdo con la decisión, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal acelerada.

Audiencia Imparcial Ante El Estado

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud y diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un doctor u otro proveedor médico puede ser su representante. Si quiere cuestionar una decisión tomada por el plan de salud, usted o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial dentro de 120 días de la fecha de la carta de decisión del plan de salud. Si no pide la audiencia imparcial dentro de los 120 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial. Para pedir una audiencia imparcial, usted o su representante debe enviar una carta al plan de salud.

Molina Healthcare of Texas
Attention Complaint & Appeal Dept.
P. O. Box 165089
Irving, TX 75016

O llamarlos a al (866) 449-6849.

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado o reducido, por lo menos hasta oír la decisión final de la audiencia, si pide una audiencia imparcial a más tardar: (1) 10 días de calendario después de la fecha en que el plan le envíe la notificación de acción, o (2) la fecha en que el servicio será reducido o suspendido según la carta del plan. Si no pide una audiencia imparcial antes de esta fecha, el servicio que el plan de salud le negó será suspendido.

Si pide una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se hacen por teléfono. En la audiencia, usted o su representante puede decir por qué necesita el servicio que el plan de salud le negó.

La HHSC le dará la decisión final dentro de 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.

Cómo reportar abuso, maltrato, descuido y explotación

¿Cómo puedo reportar un presunto abuso, maltrato, descuido o explotación?

Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, incluso estar libre de abuso, maltrato, descuido y explotación.

¿Qué es abuso, maltrato, descuido y explotación?

El abuso o maltrato es daño mental, emocional, físico o sexual, o el hecho de no prevenir estos daños.

El descuido causa hambre, deshidratación, exceso o falta de medicación, condiciones de vida insalubres, etc. El descuido también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La explotación es el mal uso de los recursos de otra persona para obtener beneficios personales o monetarios. Esto incluye cobrar cheques de Seguro Social o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), abusar de una cuenta de cheques conjunta y tomar propiedad y otros recursos.

Cómo reportar el abuso, maltrato, descuido y la explotación

La ley requiere que usted informe sobre sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación, incluso el uso no aprobado de restricciones o aislamiento cometido por un proveedor.

Llame al 9-1-1 para situaciones de emergencia o que ponen en peligro la vida.

Informe por teléfono (si no es una emergencia); las 24 horas del día, los 7 días de la semana, gratis

Informe al Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS) llamando al 1-800-647-7418 si la persona que sufre abuso, maltrato, descuido o explotación vive en o recibe servicios de alguno de los siguientes:

- Un centro para convalecientes;
- Un centro de asistencia con la vida diaria;
- Un centro de cuidado de adultos durante el día;
- Un proveedor de cuidado temporal de adultos con licencia, o
- Una agencia de Servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA) o una agencia de servicios de salud en casa.

Las sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación cometidos por una HCSSA también se tienen que reportar al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS).

Informe al DFPS sobre cualquier otra sospecha de abuso, maltrato, descuido o explotación llamando al 1-800-252-5400.

Informe electrónicamente (si no es una emergencia)

Vaya a <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio web seguro. Usted tendrá que crear una cuenta y un perfil protegidos por una contraseña.

Información útil al presentar un informe

Al informar sobre el abuso, maltrato, descuido o la explotación, es útil tener el nombre, la edad, la dirección y los teléfonos de cada persona involucrada.

Información sobre fraude y abuso

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe

beneficios está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico.
- Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de Medicaid.
- Está usando la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona.
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, escoja uno de los siguientes:

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us/> debajo de la caja marcada “I WANT TO” clic “Report Waste, Abuse, and Fraud Online” para llenar una forma en línea; O
- Denúncielo directamente al plan de salud:

Molina Healthcare of Texas
Attention Compliance Officer
1660 N. Westridge Circle
Irving, Texas 75038
1-866-606-3889

Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible.

- Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:
 - › El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor
 - › El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.)
 - › El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe
 - › El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
 - › El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
 - › Las fechas de los sucesos
 - › Un resumen de lo ocurrido
- Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:
 - › El nombre de la persona
 - › La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe
 - › La ciudad donde vive la persona
 - › Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

Para reportar un asunto en línea, visite: <https://molinahealthcare.Alertline.com>.

Información disponible cada año

Como miembro de Molina, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes.
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.

- Información sobre los trámites de queja, apelación y audiencia imparcial.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - › La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización.
 - › El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia.
 - › Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o su equivalente local.
 - › Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - › Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia
 - › Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de cuidado primario no presta.
- Las pautas de práctica de Molina.

Su privacidad

Su información médica protegida

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Molina utiliza y comparte su información para proporcionarle beneficios médicos. Molina quiere informarle cómo se utiliza o comparte su información. PHI son siglas en inglés que significan información médica protegida. La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores que Molina utiliza o comparte.

¿Por qué utiliza o comparte Molina su PHI?

- Para proveerle tratamiento.
- Para pagar por su atención médica.
- Para supervisar la calidad de la atención médica que recibe.
- Para informarle sobre sus opciones en atención médica.
- Para administrar nuestro plan de salud.
- Para usar o compartir la información protegida sobre la salud (PHI) para otros propósitos según lo exige o permite la ley.

¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para utilizar o compartir su PHI?

Molina necesita su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI para cualquier propósito no enumerado anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos a privacidad?

- Ver su PHI.
- Obtener una copia de su PHI.
- Corregir su PHI.

- Pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras.
- Obtener una lista de determinadas personas o lugares a quienes les hemos dado su PHI.

¿Cómo protege Molina su PHI?

Molina emplea varias maneras para proteger la PHI a través de nuestro plan de salud. Esto incluye la PHI en forma escrita, oral o PHI en una computadora. A continuación figuran algunas maneras en que Molina protege la PHI:

- Molina cuenta con políticas y normas para proteger la PHI.
- Molina limita las personas que pueden ver la PHI. Únicamente el personal de Molina que necesite conocer la PHI podría utilizarla y compartirla.
- El personal de Molina está capacitado para proteger y resguardar la PHI.
- El personal de Molina debe acordar por escrito el cumplimiento de las reglas y de las políticas que protegen y resguardan la PHI.
- Molina resguarda la PHI en nuestras computadoras. La PHI en nuestras computadoras se mantiene privada y se resguarda con la utilización de contraseñas y cortafuegos.

¿Qué debe hacer Molina conforme a los requerimientos legales?

- Mantener su PHI privada.
- Suministrarle su información por escrito, tal como la presente, acerca de nuestras obligaciones y normas de privacidad sobre su PHI.
- Cumplir con las condiciones de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad.

¿Qué puede hacer si cree que sus derechos a privacidad no han sido protegidos?

- Llame o escriba a Molina y presente una queja.
- Presente una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

No tomaremos ninguna medida en su contra. Su acción no afectará de ninguna manera su atención médica.

La información antedicha es solamente un resumen. Nuestra Notificación de las Normas de Privacidad contiene más información sobre cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestra notificación de privacidad se incluye en el Apéndice A. También está disponible en nuestra página web en: MolinaHealthcare.com. Puede recibir una copia de nuestra notificación de las normas de privacidad llamando al teléfono gratuito al: (866) 449-6849.

Revisión de los nuevos procedimientos médicos

Como miembro del plan de salud de Molina, uno de sus beneficios cubiertos incluye el hecho de que nosotros buscamos avances médicos, como equipo, pruebas y cirugías novedosos. Cada situación se revisa según el caso, y a veces utilizamos una evaluación especial para asegurarnos que es la adecuada para usted. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

APÉNDICE A: SERVICIOS DE VALOR AGREGADO

Vigentes a partir del 1 de septiembre de 2021

Línea telefónica de consejos de enfermería las 24 horas

Nuestras enfermeras pueden responder sus preguntas las 24 horas, los 7 días de la semana. Comuníquese a estos teléfonos: en inglés, (888) 275-8750; en español, (866) 648-3537.

Boletos para reuniones del Programa Weight Watchers®

Para miembros de Medicaid sin beneficios duales, a partir de los 15 años y con un IMC de 30 o más, y para miembros diabéticos con un resultado de la prueba de hemoglobina A1c de 8 o más. El educador de salud determinará la cantidad total de boletos para reuniones que se entregarán.

Tarjeta de regalo de \$50 de Academy®

Para la compra de ropa deportiva por parte de miembros de Medicaid sin beneficios duales, de 18 años o más y que finalicen el programa Weight Watchers®.

Servicios dentales para adultos

Hasta \$250 por año para chequeos dentales, radiografías y limpieza, para miembros a partir de los 21 años. Los miembros deben estar inscritos en el momento del servicio.

Tarjeta de regalo de \$20 por hacerse un examen oftalmológico por la diabetes cada año

Solo para miembros de Medicaid con diabetes y sin beneficios duales. El examen ocular para miembros con diabetes

Cuatro visitas al año a un dietista registrado, para miembros de Medicaid con diabetes y sin beneficios duales de 21 años o más

Hasta \$80 anuales: Una tarjeta de regalo de \$20 por hacerse un análisis para medir la HbA1c en sangre cada 6 meses

Tarjeta de regalo adicional de \$20 por obtener un A1c menor de 8. Solo para miembros de Medicaid con diabetes y sin beneficios duales, que tengan dos análisis para medir la A1c realizado por un médico perteneciente a la red.

Tarjeta de regalo de \$20 para miembros de Medicaid sin beneficios duales que asistan a una visita de seguimiento en los 30 días posteriores a su salida del hospital

Una tarjeta de regalo cada 30 días después de la hospitalización y una visita de seguimiento con el médico confirmada. Máximo de \$80 por año.

Asignación de \$100 cada dos años para actualización de marcos, anteojos o lentes de contacto

Limitado solo a miembros actualmente inscritos en Medicaid sin beneficios duales.

Tarjeta de regalo de \$20 por hacerse una mamografía cada año

Para las mujeres afiliadas a Medicaid sin beneficios duales y de 50 a 74 años, en riesgo promedio, que se realicen una mamografía recomendada.

Tarjeta de regalo de \$30 por completar una visita a consultorio por una condición de salud mental después de una hospitalización

Para miembros de Medicaid sin beneficios duales que hagan una visita al consultorio de un especialista en salud conductual dentro de los 7 días de una hospitalización por una condición de salud mental, y una tarjeta de regalo adicional de \$30 por una visita a consultorio dentro de los 30 días de una hospitalización por una condición de salud mental.

Hasta \$40 anuales: Tarjeta de regalo de \$20 para miembros con depresión grave

Para los miembros Medicaid sin beneficios duales diagnosticados con depresión grave y que actualmente tomen medicamentos antidepresivos, que lleven tomando sus medicamentos durante 84 días, y una tarjeta de regalo adicional de \$20 por tomarse los medicamentos durante 180 días.

Hasta \$120 anuales: Tarjeta de regalo de \$30 para medicamentos de venta libre

Cada tres meses, mediante solicitud, para medicamentos de venta libre y otros suministros médicos o de salud no cubiertos por Medicaid. Limitado a miembros actualmente inscritos en Medicaid solamente, sin beneficios duales. La tarjeta de regalo no puede utilizarse para comprar alimentos o agua.

Tarjeta de regalo de \$20

Para miembros de Medicaid sin beneficios duales con diagnóstico de esquizofrenia o bipolaridad que estén tomando medicamentos antipsicóticos y se hagan un análisis de HbA1c una vez al año.

Visitas a domicilio

Hasta 8 horas adicionales de servicios de cuidado de relevo por año calendario para miembros actualmente inscritos que no puedan cuidar de sí mismos por no tener o por necesitar ayuda para un cuidador no remunerado. El servicio debe ser autorizado por un coordinador de servicios de Molina. Para miembros que no son STAR+PLUS Waiver de 21 años o más.

Comidas entregadas a domicilio

Hasta 10 comidas entregadas a domicilio cada año después de salir de un hospital o un centro de enfermería. El servicio debe ser autorizado por un coordinador de servicios de Molina. Para miembros que no son STAR+PLUS Waiver de 21 años o más.

Servicios del Sistema de Respuesta de Emergencias

Para miembros actualmente inscritos a los cuales se les determina la necesidad de dicho servicio. El servicio debe ser autorizado por un coordinador de servicios de Molina. Para miembros de STAR+PLUS no exentos mayores de 21 años y no se aplica a miembros elegibles de Community First Choice.

Tarjeta de regalo de \$75

año, para miembros con diabetes y sin beneficios duales actualmente inscritos que renueven su medicamento para la diabetes durante 6 meses seguidos.

Tarjeta de regalo de \$20

Para afiliadas actualmente inscritas sin beneficios duales de 21 a 64 años con riesgo promedio de cáncer de cuello uterino que completen un examen recomendado de detección de esta enfermedad que vivan en las áreas de servicio de Bexar, Dallas, El Paso, Harris e Hidalgo.

Tarjeta de regalo de \$25

Para afiliadas actualmente inscritas sin beneficios duales de 21 a 64 años con riesgo promedio de cáncer de cuello uterino que completen un examen recomendado de detección de esta enfermedad que vivan en el área de servicio de Jefferson.

Descuento de hasta \$35

Para un accesorio de asiento que cabe en un andador para que los miembros actualmente inscritos usen con su andador.

Balanza de peso corporal

Una vez al año, para miembros de Medicaid sin beneficios duales con insuficiencia cardíaca congestiva.

Bolsa de accesorios por única vez, para miembros inscritos recientemente**Tarjeta de regalo de \$75**

Cada año, para miembros sin beneficios duales con diagnóstico de hipertensión arterial que renueven sus medicamentos para esta enfermedad durante 6 meses seguidos.

APÉNDICE B: TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

Apelación: una solicitud para que su organización de atención administrada revise una denegación o una queja nuevamente.

Queja: una queja formal que usted comunica a su plan o aseguradora de salud.

Copago: una cantidad fija (por ejemplo, \$ 15) que paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero (DME): equipo solicitado por un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura de DME puede incluir, entre otros: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para diabéticos.

Condición médica de emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños.

Transporte médico de emergencia: servicios de ambulancia terrestre o aérea para una afección médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias: servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia: evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos: servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.

Queja formal: una queja a su seguro médico o plan

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios de atención médica, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria.

Seguro médico: contrato que requiere que su aseguradora pague los costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.

Atención médica en el hogar: servicios de atención médica que una persona recibe en un hogar.

Servicios de hospicio: servicios para brindar comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere admisión como paciente internado y, por lo general, requiere pasar la noche.

Medicamento necesario: servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

Red: las instalaciones, los proveedores y los proveedores con los que su aseguradora o plan de salud ha contratado para brindar servicios de atención médica.

Proveedor no participante: un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora de salud o plan para brindarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de su aseguradora o plan de salud para obtener servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En casos limitados, como cuando no hay otros proveedores, su aseguradora de salud puede contratar el pago de un proveedor no participante.

Proveedor participante: un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora de salud o plan para brindarle servicios cubiertos.

Servicios médicos: servicios de atención médica que proporciona o coordina un médico con licencia (M.D. - Doctor en medicina o D.O. - Doctor en medicina osteopática).

Plan: un beneficio, como Medicaid, que proporciona y paga sus servicios de atención médica.

Autorización previa: una decisión de su asegurador o plan de salud de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero que usted o su proveedor han solicitado es médicamente necesario. Esta decisión o aprobación, a veces llamada autorización previa, aprobación previa o certificación previa, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.

Prima: la cantidad que debe pagarse por su plan o seguro médico.

Cobertura de medicamentos recetados: seguro o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados y los medicamentos

Medicamentos con receta: medicamentos y medicamentos que por ley requieren receta.

Médico de atención primaria: un médico (M.D. - Doctor en medicina o D.O. - Doctor en medicina osteopática) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor de atención primaria: un médico (MD - Doctor en medicina o DO - Doctor en medicina osteopática), enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor: un médico (M.D. - Doctor en Medicina o D.O. - Doctor en Medicina Osteopática), profesional de la salud o centro de atención médica con licencia, certificación o acreditación según lo requiera la ley estatal.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios de atención médica, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a conservar, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que una persona estaba enferma, herida o discapacitada.

Atención de enfermería especializada: servicios de enfermeras con licencia en su propio hogar o en un hogar de ancianos.

Especialista: un médico especialista se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Atención de urgencia: atención por una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias

APÉNDICE C: NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DE MOLINA HEALTHCARE OF TEXAS

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of Texas ("**Molina Healthcare**", "**Molina**", "**nosotros**" o "**nuestro**") utiliza y comparte su información médica protegida para proporcionarle sus beneficios médicos. Utilizamos y compartimos su información para efectuar tratamiento, pagos y funciones de atención médica. Asimismo, usamos y compartimos su información por otras razones conforme lo permite y exige la ley. Tenemos la obligación de mantener su información médica privada y respetar las condiciones de esta notificación. La fecha que entró en vigor esta notificación es el 23 de septiembre del 2013.

PHI son las siglas en inglés que significan información de salud protegida. PHI significa información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores que Molina utiliza o comparte.

¿Por qué utiliza o comparte Molina su PHI?

Utilizamos o compartimos su PHI para proporcionarle beneficios de atención médica. Su PHI se utiliza o comparte para efectuar tratamiento, pagos y funciones de atención médica.

Para el tratamiento

Molina puede utilizar o compartir su PHI para proporcionarle o coordinar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su estado de salud con un especialista. Esto ayuda al especialista a discutir el tratamiento con su médico.

Para pagos

Molina puede utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones sobre pagos. Esto puede incluir reclamos, autorizaciones para el tratamiento y decisiones sobre la necesidad médica. Su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados pueden ser incluidos en la factura. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. También, le informaríamos al médico sobre la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

Para las funciones de atención médica

Molina puede utilizar o compartir su PHI para la administración de nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos utilizar información de su reclamo para informarle acerca de un programa de salud que podría ayudarle. Asimismo, podemos utilizar o compartir su PHI para resolver preocupaciones del miembro. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas actividades diarias. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a:

- mejoramiento de calidad;
- medidas en programas de salud para ayudarles a miembros con ciertas enfermedades (como el asma);
- realizar o coordinar revisiones médicas;
- servicios legales, incluyendo fraude o detección de abuso y los programas de enjuiciamiento;
- acciones que nos permiten cumplir con la ley;
- responder a las necesidades de los miembros, incluyendo la resolución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. También, podemos usar su PHI para darle recordatorios acerca de sus citas. Es posible que se utilice su PHI para proporcionarle información sobre tratamientos adicionales u otros beneficios relacionados con la salud.

¿Cuándo puede Molina utilizar o compartir mi PHI sin obtener su autorización (aprobación) por escrito?

La ley le permite o exige a Molina utilizar o compartir su PHI para varios otros propósitos que incluyen:

Cuando lo exige la ley

Utilizaremos o compartiremos su información conforme lo exige la ley. Compartiremos su PHI cuando lo obligue la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) lo exija. Esto puede incluir un proceso judicial, otro tipo de revisión legal, o cuando se exige para el cumplimiento de la ley.

Salud pública

Su PHI se puede utilizar o compartir para las actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de atención médica

Su PHI se puede utilizar o compartir con agencias del gobierno. Es posible que se necesite su PHI para realizar auditorías.

Investigación médica

En determinados casos su PHI se puede utilizar o compartir para investigaciones médicas.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI se puede utilizar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su PHI se puede utilizar o compartir con la policía para ayudar a encontrar un sospechoso, testigo o desaparecido.

Salud y seguridad

Su PHI se puede utilizar o compartir para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Su PHI se puede utilizar o compartir con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo sería para proteger al Presidente.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o negligencia.

Indemnización al trabajador

Su PHI se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Otras divulgaciones

Su PHI se puede compartir con directores de funerarias o médicos forenses para ayudarles a hacer su trabajo.

¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para utilizar o compartir su PHI?

Molina necesita su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI para un propósito distinto a aquellos enumerados en esta notificación. Molina necesita su autorización antes de divulgar su PHI para lo siguiente: (1) el uso y divulgación de la mayoría de las notas clínicas de psicoterapia; (2) el uso y divulgación para los propósitos de mercadotecnia; y (3) el uso y divulgación que involucra la venta de la PHI. Usted puede cancelar una aprobación escrita que nos haya otorgado. Su cancelación no se aplicará hacia las acciones que ya hayamos realizado como resultado de la aprobación que nos otorgó previamente.

¿Cuáles son sus derechos de información de salud?

Usted tiene el derecho a:

- **Solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI (Compartir su PHI)** Puede pedirnos que no compartamos su PHI para efectuar tratamiento, pagos o funciones de atención médica. También, puede pedirnos que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas que usted nombre que estén involucrados en su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su petición. Tendrá que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición.
- **Petición de comunicación privada de PHI**
Puede pedirle a Molina que le proporcione su PHI en una determinada manera o en un cierto lugar para ayudarle a mantener su PHI privada. Cumpliremos con peticiones razonables, si nos informa cómo la divulgación de toda o parte de su PHI podría poner su vida en riesgo. Tendrá que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición.
- **Enmienda a su PHI**
Puede pedir que se realice una modificación (cambio) a su PHI. Esto incluye sólo aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Tendrá que presentar esta petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición. Puede presentarnos una carta de desacuerdo si rechazamos su petición.
- **Recibir un resumen de las divulgaciones de su PHI (compartir su PHI)**
Puede pedir que le proporcionemos una lista de las partes particulares con quienes hemos compartido su PHI durante los seis años antes de la fecha de su petición. La lista no incluirá la PHI compartida de las siguientes maneras:
 - › para tratamiento, pago o funciones de atención médica;
 - › para personas sobre su propia información protegida (PHI);
 - › cuando se comparte con su autorización;
 - › en incidentes de uso o divulgación de lo contrario permitidos o requeridos bajo las leyes aplicables;
 - › la PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para los propósitos de inteligencia; o
 - › como parte de un conjunto de datos limitados conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos un honorario razonable por cada lista si la solicita más de una vez en un período de 12 meses. Tendrá que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición.

Puede realizar cualquiera de las peticiones antedichas u obtener una copia impresa de esta notificación. Por favor, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849 / (877) 319-6828 - el Área de Servicio Rural de CHIP (RSA, por sus siglas en inglés).

¿Qué puede hacer si sus derechos no se han protegido?

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede quejarse ante Molina y el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Su atención y beneficios no cambiarán de ninguna manera.

Puede presentarnos una queja a:

Molina Healthcare of Texas
Manager of Member Services
84 N.E. Loop 410, Suite 200
San Antonio, TX 78216
Teléfono: (866) 449-6849 / (877) 319-6828 - Área de Servicio Rural de CHIP (RSA, por sus siglas en inglés).

Puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de lo EE. UU. en:

Office of Civil Rights
U.S. Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
1301 Young Street, Suite 1169
Dallas, TX 75202
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD);
(214) 767-0432 (FAX)

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina tiene la obligación de:

- mantener su PHI privada;
- suministrarle información por escrito, tal como la presente notificación, acerca de nuestras obligaciones y normas de privacidad sobre su PHI;
- proporcionarle una notificación en el evento que ocurra alguna infracción en la seguridad de su PHI no protegida;
- no utilizar ni divulgar su información genética para el proceso de suscripción;
- Cumplir con los términos de esta notificación.

Esta notificación está sujeta a cambios.

Molina se reserva el derecho a cambiar en cualquier momento sus normas de información y los términos de esta notificación. Si lo hacemos, los nuevos términos y normas se aplicarán a toda PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación a los materiales, Molina publicará la notificación enmendada en nuestro sitio web y enviará la notificación enmendada, o enviará información acerca de las modificaciones de los materiales y cómo obtener la notificación modificada en nuestra siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos por Molina.

Información de contacto

Si tiene cualquier pregunta, comuníquese a la siguiente oficina:

Molina Healthcare of Texas
Attention: Manager of Member Services
84 N.E. Loop 410, Suite 200
San Antonio, TX 78216



Your Extended Family.

**Notificación de no discriminación
Molina Healthcare of Texas
Medicaid**

Molina Healthcare of Texas (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas a los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todo miembro, sin discriminar basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. Molina no excluye personas ni las trata de manera diferente debido a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. Esto incluye identidad de género, embarazo y estereotipo de sexo.

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

- Ayuda y servicios para personas con discapacidades
 - intérpretes capacitados en el lenguaje de señas
 - material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos accesibles electrónicamente y braille)
- Servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen entendimiento limitado del inglés
 - intérpretes capacitados
 - material escrito traducido a su idioma
 - material escrito de manera sencilla con lenguaje fácil de entender

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849, TTY / TTD al (800) 346-4128.

Si usted cree que Molina no ha cumplido en proporcionar estos servicios o lo ha tratado de forma diferente basándose en su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género, usted puede presentar una queja. Puede presentar su queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para escribir su queja, le podemos ayudar. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889 o TTY al 711. Envíe su queja por correo al:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

También puede enviar su queja por correo electrónico al civil.rights@molinahealthcare.com. O envíe su queja por fax al (713) 623-0645.



Your Extended Family.

**Notificación de no discriminación
Molina Healthcare of Texas
Medicaid**

También puede entablar una queja sobre derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

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

También puede enviarlo usando el portal de la página web de la Oficina para Quejas sobre Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-449-6849 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-449-6849 (TTY: 711).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-449-6849 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-449-6849 (TTY: 711)。
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-449-6849 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-449-6849 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
Urdu	ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ ເສັ້ນຄ່າ, ຕມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-449-6849 (TTY: 711).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-449-6849 (TTY: 711).
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-449-6849 (TTY : 711).
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-449-6849 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Persian (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-866-449-6849 تماس بگیرید. (TTY: 711)
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-449-6849 (TTY: 711).
Gujarati	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-449-6849 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-449-6849 (телетайп: 711).
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 1-866-449-6849 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
Laotian	ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ ເສັ້ນຄ່າ, ຕມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-449-6849 (TTY: 711).

Esta página está intencionalmente en blanco

Esta página está intencionalmente en blanco