

Welcome to **Molina Healthcare.**

Your Extended Family.

MolinaHealthcare.com



STAR+PLUS Nursing Facility Member
Handbook January 2024
(866) 449-6849

4313775TX0119

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.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-449-6849 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-449-6849 (TTY: 711).

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).

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)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-449-6849 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-449-6849 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-449-6849 (TTY: 711).

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).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-449-6849 (TTY : 711).

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।

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)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-449-6849 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-449-6849 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-449-6849 (телетайп: 711).

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。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-449-6849 (TTY: 711).

Thank you for choosing Molina Healthcare!

Ever since our founder, Dr. C. David Molina, opened his first clinic in 1980, it has been our mission to provide quality health care to everyone. We are here for you. And today, as always, we treat our members like family.

The most current version of the handbook is available at [MolinaHealthcare.com](https://www.molinahealthcare.com)

In this handbook you will find helpful information about:

- Quick Reference Phone Numbers (pg 01)
- Health Care is a Journey (pg 03)

Your Membership (pg 05)

- ID card (pg 06)

Your Doctor (pg 07)

- Find your Doctor (pg 08)
- Schedule your First Visit (pg 09)
- Interpreter Services (pg 09)

Your Benefits (pg 11)

- Molina Network (pg 12)
- Vision (pg 13)
- Covered Drugs (pg 14)

Your Extras (pg 15)

- MyMolina (pg 16)
- Health and Education Incentive Programs (pg 16)
- Service Coordination (pg 17)
- Transportation (pg 17)
- Care Management (pg 18)
- Community Resources (pg 18)

Your Policy (pg 19)

- **Member ID Cards (pg 20)**

- Sample ID Cards (pg 20)
- How to read your card (pg 20)
- How to use your ID card (pg 21)
- How to replace a lost or stolen card (pg 21)
- Your Texas Benefits (YTB) Medicaid ID Card (pg 21)
- Sample of Your Texas Benefits Medicaid ID Card (pg 22)
- Temporary Verification Form – Form 1027-A (pg 22)

- **Primary Care Provider (pg 22)**

- What is a Primary Care Provider? (pg 22)
- How Do I Get Medical Services? (pg 22)
- Will I be assigned a Primary Care Provider if I have Medicare? (pg 23)
- How do I see my Primary Care Provider if s/he does not visit my nursing home? (pg 23)
- How can I change my Primary Care Provider? (pg 23)
- When will my Primary Care Provider change become effective? (pg 23)
- How can I get specialty care? (pg 23)
- What is the Medicaid Lock-In Program? (pg 23)

- **Appointment Guidelines (pg 24)**

- What do I do in an emergency? (pg 24)
- What if I need hospital care? (pg 24)

- **Health Care and Other Services (pg 24)**

- What does Medically Necessary mean? (pg 24)
- What is routine medical care? (pg 25)
- How soon can I expect to be seen for routine medical care? (pg 25)
- What is Emergency Medical Care? (pg 25)
- How soon can I expect to be seen? Do I need prior authorization? (pg 26)
- Are Emergency Dental Services Covered? (pg 26)
- Are Non-Emergency Dental Services covered? (pg 27)
- What is Post-Stabilization? (pg 27)

- **Specialist Care (pg 27)**

- What if I need to see a special doctor? (specialist) (pg 27)
- How soon can I expect to be seen by a specialist? (pg 27)

- **Second Opinion (pg 27)**

- How can I ask for a second opinion? (pg 27)

Your Policy (continued)

- **Family Planning Services (pg 27)**

- How do I get family planning services? (pg 27)
- Do I need a referral for this? (pg 27)
- Where do I find a family planning service provider? (pg 27)

- **OB/GYN Care (pg 28)**

- What if I need OB/GYN care? Do I have the right to pick an OB/GYN? (pg 28)
- How do I pick an OB/GYN? (pg 28)
- If I do not pick an OB/GYN, do I have direct access? Will I need a referral to see an OB/GYN? (pg 28)
- How soon can I be seen after contacting my OB/GYN for an appointment? (pg 28)
- Can I stay with my OB/GYN if they are not with Molina? (pg 28)

- **Covered Services (pg 28)**

- What are my health care benefits? (pg 28)
- How do I get these services? (pg 29)
- Are there any limits to any covered services? (pg 30)

- **Acute Care Benefits (pg 30)**

- What are my acute care benefits? (pg 30)

- How do I get acute care services? What number do I call to find out about these services? (pg 30)
- What services can I still get through Medicaid but are not covered by Molina? (pg 30)

- **Long-Term Services and Supports (LTSS) Benefits (pg 30)**

- What are Long-Term Services and Supports (LTSS) benefits? (pg 30)
- How do I get these services? What number do I call for more information? (pg 31)
- What are my nursing facility LTSS benefits? (pg 31)
- How would my benefits change if I moved into the community? (pg 31)

- **Approval Process (pg 31)**

- What is a referral? (pg 31)
- What services do not need a referral? (pg 31)

- **Services Not Covered (pg 31)**

- What services are not covered benefits? (pg 31)

Your Policy (continued)

- **Getting Care While Traveling (pg 32)**

- What if I get sick when I am out of the facility/or traveling out of town? (pg 32)
- What if I am out of State? (pg 32)
- What if I am out of the country? (pg 32)

- **Molina Value Added Services (pg 32)**

- What extra benefits does a member of Molina Healthcare get? (pg 32)
- How can I get these Value Added benefits? (pg 32)
- What health education classes does Molina Healthcare offer? (pg 32)

- **Disease Management (pg 33)**

- **Behavioral Health, Mental or Substance (Drug) Abuse Services (pg 33)**

- How do I get help if I have behavioral health issues, mental health, alcohol, or drug problems? (pg 33)
- Do I need a referral for behavioral health or substance abuse care? (pg 33)
- What are Mental Health Rehabilitation Services and Mental Health Targeted Care Management? How do I get these services? (pg 33)

- **Prescription Drugs (pg 33)**

- What are my prescription drug benefits (Non-Duals)? (pg 33)

- How do I get my medications? (pg 34)

- How do I get my medications if I am in a Nursing Facility? (pg 34)

- Which drug stores can I use? How do I find a network drug store? (pg 34)

- What if I go to a drug store not in the network? (pg 34)

- What do I bring with me to the drug store? (pg 34)

- What if I need my medications delivered to me? (pg 34)

- Who do I call if I have problems getting my medications? (pg 35)

- What if I can't get the medication my doctor ordered approved? (pg 35)

- What if I lose my medication(s)? (pg 35)

- What if I also have Medicare? (pg 35)

- Where can I find answers to drug benefits questions? (pg 35)

- **Service Coordination (pg 35)**

- What is Service Coordination? (pg 35)

- What will a Service Coordinator do for me? (pg 35)

- How can I talk with a Service Coordinator? (pg 36)

- Who do I call if I have special health care needs and need someone to help me? (pg 36)

Your Policy (continued)

- **Transportation (pg 36)**

- What transportation services are offered? (pg 36)
- How do I get this service? Who do I call? (pg 36)

- **Vision (pg 36)**

- How do I get eye care services? (pg 36)

- **Interpreter Services at Doctor's Visits (pg 36)**

- Can someone interpret for me when I talk with my doctor? Who do I call? (pg 36)
- How far in advance do I need to call to get an interpreter? (pg 36)
- How can I get a face-to-face interpreter in the provider's office? (pg 37)

- **General Health Care Tips (pg 37)**

- **How Does Molina Pay for Your Care? (pg 37)**

- Physician Incentive Plans (pg 37)

- **Payment and Bills (pg 37)**

- What if I get a bill from my nursing facility? Who do I call? What information will they need? (pg 37)
- What is Applied Income, and what are my responsibilities? (pg 38)
- Can my Medicare provider bill me for services or supplies if I am in both Medicare and Medicaid? (pg 38)
- What do I have to do if I move? (pg 38)

- What if I have other health insurance in addition to Medicaid? (pg 38)

- **Looking at What's New (pg 39)**

- **Eligibility and Enrollment (pg 39)**

- Membership Termination (pg 39)
- What happens if I lose my Medicaid coverage? (pg 39)

- **Ending Your Membership (pg 39)**

- What if I want to change health plans? When will my health plan change become effective? (pg 39)
- Who do I call for information on how to change my health plan? (pg 39)
- How many times can I change health plans? (pg 39)
- Can Molina Healthcare of Texas request that I be dropped from their plan (for non-compliance, etc.)? (pg 40)

- **Complaints and Appeals (pg 40)**

- Filing a Complaint or Appeal (pg 40)
- What should I do if I have a complaint about my health care, my provider, my service coordinator, or my health plan? Who do I call? (pg 40)
- Can someone from Molina help me file a complaint? (pg 40)

Your Policy (continued)

- How long will it take to process my complaint? (pg 40)
- What are the requirements and time frames for filing a complaint? (pg 41)
- If I am not satisfied with the results, who else can I contact once I have gone through Molina's complaint process? (pg 41)
- Do I have the right to meet with a Complaint Appeal Panel? (pg 41)
- How will I find out if services are denied or limited? (pg 41)
- What can I do if my doctor asks for a service or medicine for me that is covered but Molina denies it or limited it? (pg 42)
- Can I continue getting the services that were already approved? (pg 42)
- What are the time frames for the appeal process? (pg 42)
- How soon do I need to ask for an appeal? (pg 42)
- Does my request have to be in writing? (pg 42)
- Can someone from Molina help me file an appeal? (pg 43)
 - Can I ask for a State Fair Hearing? (pg 43)
- **Expedited Appeals (pg 43)**
 - What is an expedited appeal? (pg 43)
 - How do I ask for an expedited appeal? Does my request have to be in writing? (pg 43)
 - Who can help me in filing an expedited appeal? (pg 43)
 - What are the time frames for an expedited appeal? (pg 43)
 - What happens if Molina denies the request for an expedited appeal? (pg 43)
- **State Fair Hearing (pg 44)**
 - Can I ask for a State Fair Hearing? (pg 44)
- **Rights and Responsibilities (pg 44)**
 - What are my rights and responsibilities? (pg 44)
- **Advance Directives (pg 47)**
 - What if I am too sick to make a decision about my medical care? (pg 47)
 - What is an Advance Directive? (pg 47)
 - How do I get an Advance Directive form? (pg 47)
- **Abuse, Neglect, and Exploitation (pg 47)**
 - What are Abuse, Neglect, and Exploitation? (pg 47)

Your Policy (continued)

- **Fraud, Waste and Abuse (pg 48)**
 - Do you want to report Waste, Abuse, or Fraud? (pg 48)
 - Definitions (pg 49)
- **Information Available on a Yearly Basis (pg 50)**
- **Member Privacy (pg 51)**
 - Your Protected Health Information (pg 51)
 - Why does Molina use or share Protected Health Information (PHI)? (pg 51)
 - When does Molina need your written authorization (approval) to use or share your PHI? (pg 51)
 - What are your privacy rights? (pg 51)
 - How does Molina protect your PHI? (pg 51)
- What must Molina do by law? (pg 52)
- What can you do if you feel your privacy rights have not been protected? (pg 52)
- **Definitions (pg 52)**
- **Appendix A: Notice of Privacy Practices (pg 53)**

NOTE: Member Services is here to help you get your covered services. Call us with any questions about your benefits or coverage at (866) 449-6849. Member Services is open Monday - Friday from 8:00 a.m. - 5:00 p.m., local time, except on state-approved 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.

Behavioral Health Service representatives are ready to help you 24 hours a day, 7 days a week.

We can help you in English and Spanish. We have interpreters who can help with any other language. Members who are deaf or hard of hearing can call Relay Texas TTY (711). You can ask for your member handbook in other forms, which include audio, large print, braille and other languages. If you are hearing or sight impaired, special help can be provided.

Quick Reference

Need

Emergency

Online Access

Getting Care

Action

Call 911. If you are in a critical situation, contact your Nursing Facility staff right away. They will help you get the emergency care you need.

- Find or change your doctor
- Update your contact information
- Request an ID card
- Get health care reminders
- Track office visits

- Urgent Care
 - Minor illnesses
 - Minor injuries
- Physicals and checkups
- Preventive care
- Immunizations (shots)

Go to [MyMolina.com](https://www.myl Molina.com) and sign up

Find a provider at:
[MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://www.MolinaHealthcare.com/ProviderSearch)

Call Your Doctor: Name and Phone

Urgent Care Centers

Find a provider or urgent care center
[MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://www.MolinaHealthcare.com/ProviderSearch)

24-Hour Nurse Advice Line
(888) 275-8750 (English)
(866) 648-3537 (Spanish)
TTY:711

A nurse is available 24 hours a day,
7 days a week.

Your Plan Details

- Questions about your plan
- Questions about programs or services
- ID card issues
- Language services
- Transportation
- Help with your visits

Member Services

(866) 449-6849

TTY 711 (English)/

(800) 662-4954 (Spanish)

Monday through Friday,
8 a.m. – 5 p.m.

To schedule a ride to an appointment
or for non-emergency ambulance
transportation, contact your
Nursing Facility

Service Coordination

(866) 409-0039

Monday through Friday
8 a.m. - 5 p.m., local time

Behavioral Health

Customer Service

(866) 449-6849

Behavioral Health

Crisis Line

(800) 818-5837

Dental Services

(888) 703-6999

Vision Services

(866) 518-2602

Changes/Life Events

- Coverage
- Contact Info
- Moving into a new Nursing Facility
- Moving back into the community
- Marriage
- Divorce

Texas Department of Aging and Disability (DADS)

(800) 458-9858

Social Security Administration

(800) 772-1213

TTY (800) 325-0778

Ombudsman Managed Care Assistance Team

(866) 566-8989

STAR+PLUS

Program Helpline

(800) 964-2777

Health care is a journey and you are on the right path:



1. Review your Welcome Kit

You should have received your Molina Healthcare ID card. Please keep it with you at all times. If you haven't received your ID card yet, visit [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) or call Member Services.



2. Register for MyMolina

Signing up is easy. Visit [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) to change your Primary Care Provider (PCP), view service history, request a new ID card and more. Connect from any device, any time!



3. Talk about your health

We'll call you for a short interview about your health. It will help us identify how to give you the best possible care. Please let us know if your contact info has changed.



4. Get to know your PCP

PCP stands for Primary Care Provider. He or she will be your personal doctor. To choose or change your doctor, go to [MyMolina.com](https://www.mymolina.com) or call Member Services. Call your doctor within the next 90 days to schedule your first visit.



5. Get to know your benefits

With Molina you have health coverage and free extras. We offer free health education and people dedicated to your care.

Your Membership

ID Card

There is one ID for each member.

Your name — Member/Miembro:

Your identification number — Identification #/ Núm. de identificación:

Your doctor — Date of Birth/ Fecha de Nacimiento:

Your doctor's phone number — PCP/ Proveedor de Cuidado Primario:
PCP Phone/ Teléfono del Proveedor de Cuidado Primario:

PCP Effective Date/ Fecha de Vigencia del Proveedor de Cuidado Primario:

MMS #:
Issue Date: _____

RxBIN:
RxGRP #:
RxPCN #:
CVS Caremark

MyMolina.com

The date card was issued

You need your ID card to:



See your doctor, specialist or other provider



Go to an emergency room



Go to urgent care



Go to a hospital



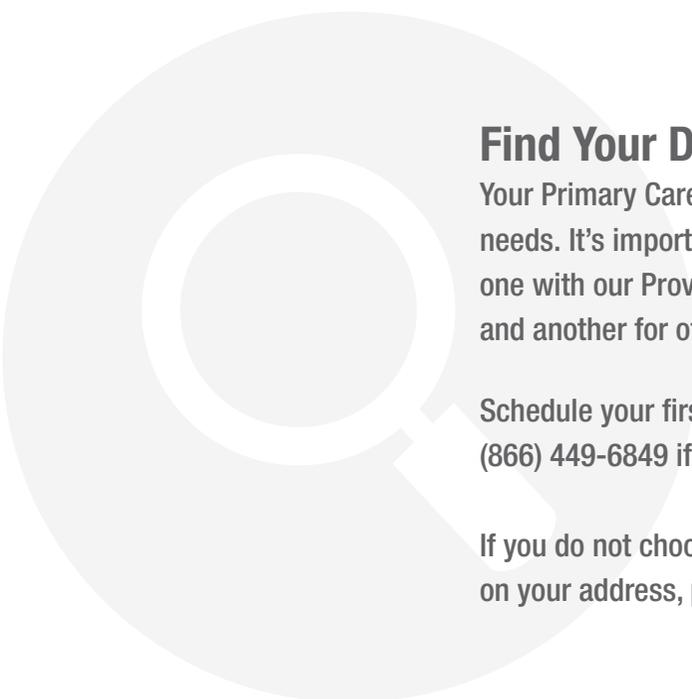
Get medical supplies and/or prescriptions



Have medical tests

If you are also covered by Medicare, your ID card will not include your PCP's information. You can find more information about ID cards on page 20.

Your Doctor



Find Your Doctor

Your Primary Care Provider (PCP) knows you well and takes care of all your medical needs. It's important to have a doctor who makes you feel comfortable. It's easy to choose one with our Provider Directory, which is a list of doctors. You can pick a doctor for you and another for others in your family, or one who sees all of you.

Schedule your first visit to get to know your doctor. Call Molina Healthcare at (866) 449-6849 if you need help making an appointment or finding a doctor.

If you do not choose a doctor, Molina will do it for you. Molina will choose a doctor based on your address, preferred language and doctors your family has seen in the past.

Schedule Your First Visit

Visit your doctor within 90 days of signing up. Learn more about your health. And let your doctor know more about you.

Your doctor will:

- Treat you for most of your routine health care needs
- Review your tests and results
- Prescribe medications
- Refer you to other doctors (specialists)
- Admit you to the hospital if needed

Interpreter Services

If you need to speak in your own language, we can assist you. An interpreter can help you talk to your provider, pharmacist, or other medical service providers. We offer this service at no cost to you. An interpreter can help you:

- Make an appointment
- Talk with your provider
- File a complaint, grievance or appeal
- Learn about the benefits of your health plan

If you need an interpreter, call the Member Services Department. The number is on the back of your member ID card. You can also ask your provider's staff to call the Member Services Department for you. They will help you get an interpreter to assist you during your appointment.

You must see a doctor that is part of Molina.

If for any reason you want to change your primary doctor, go to [MyMolina.com](https://www.myl Molina.com). You can also call Member Services.

If you change your doctor, Molina Healthcare will send you a new ID card. The new ID card will show the date you can start seeing the new doctor.



Remember, you can call the Nurse Advice Line at any time. Our nurses can help if you need urgent care.

Your Benefits

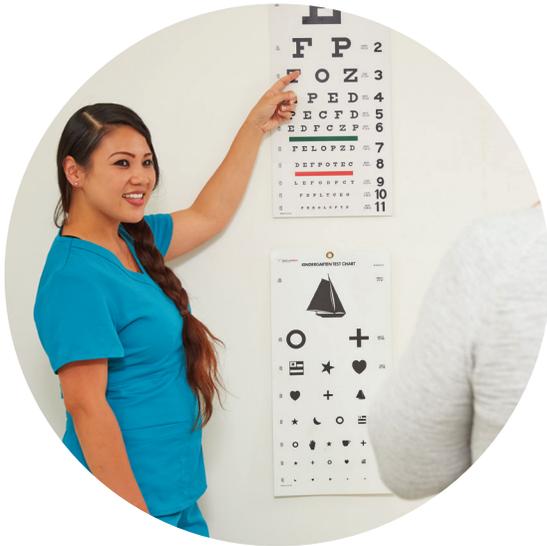
A white stethoscope icon is centered within a light gray circular background. The stethoscope is depicted with two earpieces at the top and a chest piece at the bottom, with tubing connecting them.

Molina Network

We have a growing family of doctors and hospitals. And they are ready to serve you. Visit providers who are part of Molina. You can find a list of these providers at MolinaHealthcare.com/ProviderSearch. Call Member Services if you need a printed copy of this list.

The online directory contains provider information such as names, telephone numbers, addresses, specialties and professional qualifications.

For a full list of covered services, and to see which services require prior approval, please refer to page 28.



Vision

We are here to take care of the whole you.

Molina covers eye exams for members 2 years of age and up. And one pair of eyeglasses (frames and lenses) every 24 months.

Please check your Molina Healthcare Provider Directory to find optometrists or physicians that can provide you with these services at [MyMolina.com](https://www.mymolina.com).

Covered Drugs

Molina Healthcare covers all your medically necessary medications.

We use a preferred drug list (PDL). These are the drugs we prefer your doctor to prescribe.

Most generic drugs are included in the list. You can find a list of the preferred drugs at [MyMolina.com](https://www.myl Molina.com).

There are also drugs that are not covered. For example, drugs for erectile dysfunction, weight loss, cosmetic purposes and infertility are not covered.

We are on your side. We will work with your doctor to decide which drugs are the best for you.



Your Extras

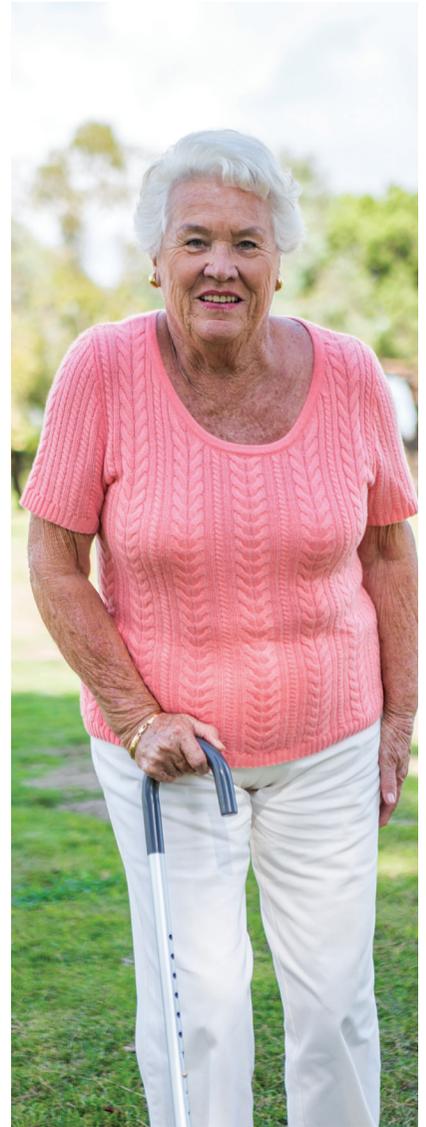
MyMolina.com: Manage your health plan online

Connect to our secure portal from any device, wherever you are. Change your doctor, update your contact info, request a new ID card and much more. To sign up, visit [MyMolina.com](https://www.mymolina.com).

Health Education and Incentive Programs

Live well and stay healthy! Our free programs help you control your weight, stop smoking or get help with chronic diseases. You get learning materials, care tips and more. We also have programs for expectant mothers. If you have asthma, diabetes, heart problems or any other chronic illness, one of our nurses or Care Managers will contact you. You can also sign up on [MyMolina.com](https://www.mymolina.com), our secure member portal, or call the Health Management Department.

- Chronic illnesses: (866) 891-2320
- Weight Management, Stop Smoking, and other programs: (866) 472-9483



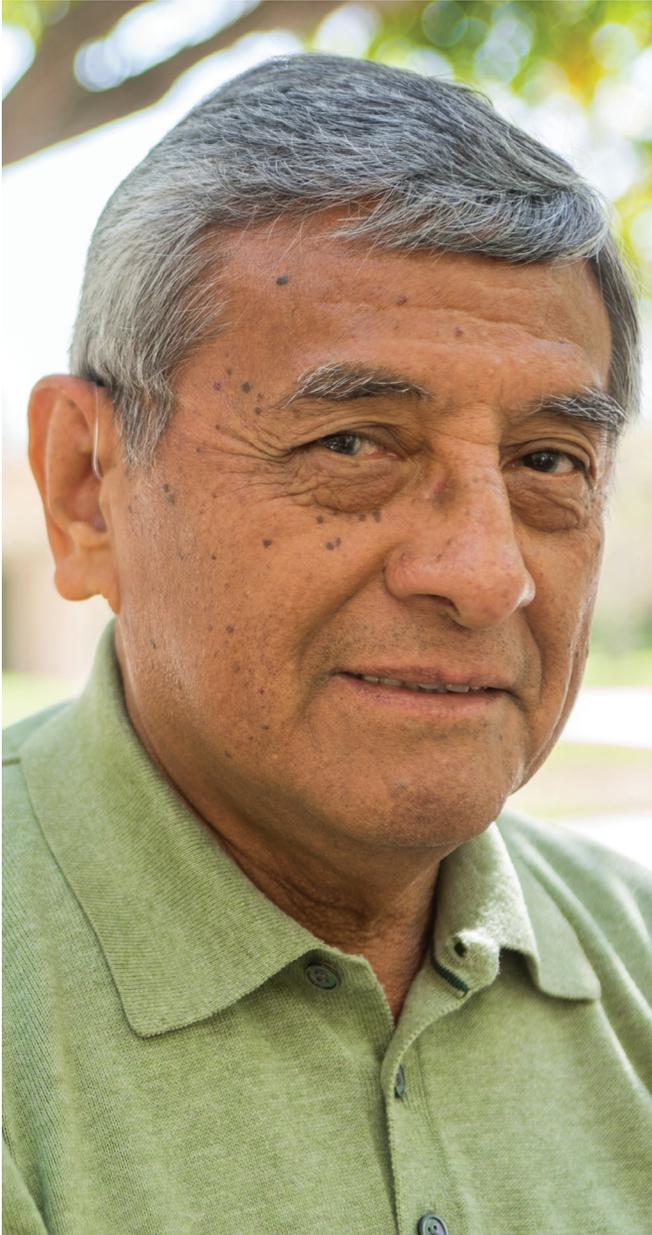
Service Coordination

Service Coordination is a special service for STAR+PLUS Members to help you manage your health, long-term services and supports and behavioral health needs. Your Service Coordinator will be assigned to you when you join Molina and will help you with all of your health care needs. You can contact your Service Coordinator for assistance by calling (866) 409-0039.

Transportation

Your Nursing Facility can help you get to and from your appointments. Contact your Nursing Facility Staff for transportation services. See page 36 for more details.





Care Management

We have a team of nurses and social workers ready to serve you. They are called Care Managers. They are very helpful. They will give you extra attention if you have:

- Asthma
- Behavioral health disorders
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
- Diabetes
- High blood pressure
- High-risk pregnancy

Community Resources

We are part of your community. And we work hard to make it healthier.

Local resources, health events and community organizations are available to you. They provide great programs and convenient services. Best of all, most of them are free or at low cost to you.

- Call 2-1-1. This is a free and confidential service that will help you find local resources. Available 24/7
- Department of Health
- Women, Infant, Children (WIC)
- Texas Department of Assistive and Rehabilitative Services

Your Policy

Member ID Cards

STAR+PLUS Nursing Facility Member 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 an emergency call 911 to 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 Service 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 Servicios al cliente al (866) 449-6849. Para personas con problemas auditivos, llamar al TTY/Texas Relay Inglés (800) 735-2989 o 711. **Instrucciones 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:** 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.

PRACTICIONES/PROVEEDORES HOSPITALIS: 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**

STAR+PLUS Dual Nursing Facility Medicaid Member 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 an 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 Servicios al cliente al (866) 449-6849. Para personas con problemas auditivos, llamar al TTY/Texas Relay Inglés (800) 735-2989 o 711. **Instrucciones 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/ Program Name	Member Services Contact Information
Member Name/Member Identification Number/ Date of birth	What to do in an emergency
Name of Primary Care Physician (PCP)/ Phone Number of PCP	Service Coordination Information
Date the ID Card was issued/ Effective Date of Primary Care Physician	Behavioral Health Contact Information

How to read your card

Front	Back
Name of Health Plan/ Program Name	Member Services Contact Information
Member Name	What to do in an emergency
Member Identification Number/ Date of birth	Service Coordination Information
Long Term Services and Supports Information	Behavioral Health Contact Information

How to use your ID card?

Show your ID card whenever you get health care services. You will also need to show Your Texas Benefits Medicaid Card. You should carry it with you always. 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 is lost or stolen, call Molina Member Services toll free at (866) 449-6849. You can get a new ID Card.

Your Texas Benefits (YTB) Medicaid ID Card

When you are approved for Medicaid, you will get a YTB Medicaid ID 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 your card is lost or stolen. If your Medicaid ID card is lost or stolen, you can get a new one by calling toll-free (855) 827-3748 or by going online to 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 (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 (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 ((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.

Your Texas Benefits Medicaid website:
www.YourTexasBenefits.com

Adult Medicaid clients can now see their available health information online by visiting www.YourTexasBenefits.com.

You can:

- View your benefit and case information.
- View, print, and order Medicaid ID cards.
- View and set up your, or your families, Texas Health Steps Alerts and email notifications.
- Choose whether or not to share your available health information.
- View available health information such as:
 - Health events
 - Prescription drugs
 - Past Medicaid visits
 - Lab information
 - Vaccination information

To access the portal, visit YourTexasBenefits.com

- To get started, you will need to: Click “View my case”
- Follow the steps for setting up an account or logging in.
- Once you have logged in, click on the “Medicaid” tab in the upper right part of the screen.
- Find your case.
- Click on “View Services and Health History” tab.

If you have questions, call (855) 827-3748 or email ytb-card-support@hpe.com

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? Pharmacists can use the non-managed care billing information on the back of this card.
Issuer ID:	Date card sent:

Temporary Verification Form - Form 1027-A

If you lose Your Texas Benefits Medicaid card, contact your local Health and Human Services Commission (HHSC) Benefits Office. Call (800) 252-8263 or 2-1-1. HHSC will give you a temporary verification called Form 1027-A. You can use it until you get your Texas Benefits Medicaid Card.

Primary Care Provider (PCP)

What is a Primary Care Provider?

A Primary Care Provider (PCP) is your main doctor. It can also be a nurse, clinic or the doctor that comes to your nursing facility. This doctor knows you well. He or she will treat most of your health needs or refer you to a provider who can. Your doctor's name and phone number are on your ID card, unless you have Medicare.

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. It includes a list of provider's names, specialties, addresses, phone numbers and professional qualifications such as medical school, residency and board

certification status. The Provider Directory can be found on our website. If you would like a copy, call Member Services at (866) 449-6849.

Your PCP can help you with:

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

You may also see these providers for physical exams and preventive care:

- Federal Qualified Health Centers
- Rural Health Clinics
- County Health Departments

Will I be assigned a Primary Care Provider if I have Medicare?

No, you will not be assigned a Primary Care Provider if you have Medicare.

How do I see my Primary Care Provider if s/he does not visit my nursing home?

You or someone who does so on your behalf can call your Primary Care Provider to make an appointment. The nursing facility staff can help arrange your transportation to your appointment.

How can I change my Primary Care Provider?

Molina can help you change your Primary Care Provider. You or someone who does so on your behalf can call Member Services at (866) 449-6849.

When will my Primary Care Provider change become effective?

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

How can I get specialty care?

Your PCP will take care of most of your needs. There will be times when you will need to see other types of doctors. These doctors are called specialists. It is a good idea to check your Provider Directory or with Member Services if the doctor is part of Molina.

What is the Medicaid Lock-in Program?

You may be placed 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 placed 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 Member Services toll free at (866) 449-6849.

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

Appointment Guidelines

Your doctor's office should make appointments in this time frame:

Appointment Type	When you should get the appointment
Urgent Care	Within 24 hours
Routine or non-urgent care	Within 14 days
Well-child preventive care	Within 14 days of enrollment for newborns Within 60 days of enrollment for other eligible child members Existing Members should receive their well-child preventive care according to the Texas Health Steps schedule
Adult preventive care	Within 90 days
Specialist	Within 30 days

What do I do in an emergency?

If you think you need emergency care, or if you are in a critical situation, contact your nursing facility staff right away. They will help you to get the emergency care you need.

What if I need hospital care?

Sometimes you need hospital care. Sometimes hospital care is not an emergency. If this happens, contact your nursing facility staff. They can help arrange for non-emergency hospital care. Molina may need to approve this. Emergency care does not need approval from Molina. Emergency care does not need to be approved by your nursing facility staff.

Health Care and Other Services

What does Medically Necessary Mean?

Medically Necessary means:

- For Members age 21 and over, non-behavioral health related health care services that are:
 - 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;
 - provided at appropriate facilities and at the appropriate levels of care for the treatment of a member's health conditions;
 - consistent with health care practice

- guidelines and standards that are endorsed by professionally recognized health care organizations or governmental agencies;
- consistent with the diagnoses of the conditions;
- no more intrusive or restrictive than necessary to provide a proper balance of safety, effectiveness, and efficiency;
- not experimental or investigative; and
- not primarily for the convenience of the member or provider; and
- For Members age 21 and over, behavioral health services that:
 - 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;
 - are in accordance with professionally accepted clinical guidelines and standards of practice in behavioral health care;
 - are furnished in the most appropriate and least restrictive setting in which services can be safely provided;
 - are the most appropriate level or supply of service that can safely be provided;
 - could not be omitted without adversely affecting the member's mental and/or physical health or the quality of care rendered;
 - are not experimental or investigative; and
 - are not primarily for the convenience of the member or provider.

Molina will determine medical necessity for Nursing Facility Add-on Services and Acute Care Services only. Nursing Facility Add-on Services include, but are not limited to emergency dental services, physician-ordered rehabilitative services, customized power wheel chairs, and audio communication devices.

What is routine medical care?

Routine medical care is when you see your PCP for a check-up without being sick. This care is important to keep you in good health. An example of this is a full routine physical. You can be seen by a physician at least once a year or as needed to meet your medical needs.

How soon can I expect to be seen for routine medical care?

You can call your PCP for routine medical care. You can be seen by a physician at least once every 30 days for the first 90 days after admission, and at least once every 60 days after that, or as needed. Your Service Coordinator can also help to line up your routine medical care. If you need more help, call your Service Coordinator at (866) 409-0039, or Member Services at (866) 449-6849.

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? Do I need a prior authorization?

You should be seen as soon as possible. The emergency room staff will decide based on your medical condition. Contact your nursing facility staff if you need help getting to the emergency room. No, Prior Authorization is not required for medical emergency services.

Are Emergency Dental Services Covered?

Molina covers limited emergency dental services for the following:

- Dislocated jaw
- Traumatic damage to teeth and supporting structures
- Removal of cysts
- Treatment of oral abscess of tooth or gum origin
- Drugs for any of the above conditions

Molina is responsible for emergency dental services provided to Medicaid Members in a hospital or ambulatory surgical center setting. We will pay for hospital, physician, and related medical services (e.g., anesthesia and drugs). Covered emergency dental procedures include, but are not limited to:

- Alleviation of extreme pain in oral cavity associated with serious infection or swelling
- Repair of damage from loss of tooth due to trauma (acute care only, no restoration)
- Open or closed reduction of fracture of the maxilla or mandible
- Repair of laceration in or around oral cavity

- Excision of neoplasms, including benign, malignant and premalignant lesions, tumors and cysts
- Incision and drainage of cellulitis
- Root canal therapy. Payment is subject to dental necessity review and pre- and post- operative x-rays are required
- And extractions: single tooth, permanent; single tooth, primary; supernumerary teeth; soft tissue impaction; partial bony impaction; complete bony impaction; surgical extraction of erupted tooth or residual root tip

Are Non-Emergency Dental Services covered?

Molina is not responsible for paying for routine dental services provided to Medicaid members. Molina is responsible, however, for paying for treatment and devices for craniofacial anomalies.

What is Post-Stabilization?

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

Specialist Care

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

If you need a special service or special doctor, your PCP will help you. Your Service Coordinator can coordinate your visits to a specialist. 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.

Second Opinion

How can I ask for a second opinion?

If you do not agree with your provider's plan of care for you, you have the right to a second opinion. Talk to another provider or out-of-network provider. This service is at no cost to you. Call Member Services to learn how to get a second opinion.

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. Ask your nursing facility or Service Coordinator to help you find a provider near you.

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 <http://www.dshs.texas.gov/famplan> or you can call Molina at (866) 449-6849 for help in finding a family planning provider.

OB/GYN Care

What if I need OB/GYN care? Do I have the right to pick 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 pick 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 you need help, call Member Services or your Service Coordinator. Your nursing facility staff can help you make this call.

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

You have direct access to see an OB/GYN. You do not need a referral from your PCP. 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.

Can I stay with my OB/GYN if they are not with Molina?

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

- You are pregnant when you start your coverage with Molina and you are seeing a doctor that is not a Molina doctor. You can still see that doctor if you are in the last three months of your pregnancy.
- You can also see that doctor 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.

Covered Services

What are my health care benefits?

Here is a list of **some** medical services you can get from Molina. Some of your benefits have limits. Call Member Services at (866) 449-6849 for details about benefit limitations or other information.

Covered Services	
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

Covered Services - Continued	
Audiology services, including hearing aids, for children and adults	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
Prenatal Care	Drugs and biologicals provided in an inpatient setting
Birth Services provided by a physician and Certified Nurse Midwife (CNM) in a licensed birthing center	Podiatry
Birth services provided by a licensed birthing center	Nursing Facility Services
Cancer Screening, diagnostic, and treatment services	Primary Care Services
Chiropractic Services	Preventive Services, including an annual adult well check for patients 21 years of age and over

Covered Services - Continued	
Dialysis	Radiology, Imaging, and X-rays
Durable Medical Equipment and Supplies	Specialty Physician Services
Early Childhood Intervention (ECI) 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 reduction, and related follow-up procedures	

How do I get these services?

Your PCP provides most services. If your PCP does not give you a service, you will be sent to a provider who can. If you have an emergency, contact your nursing facility staff. They can help you get to the nearest Emergency Room or coordinate emergency transport and/or services you may need.

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 at (866) 449-6849 or contact your nursing facility staff for help making this call.

Acute Care Benefits**What are my acute care benefits?**

Acute care benefits include doctor visits, x-rays, labs, and other medical services. There are several ways to get more information or help coordinating your acute care benefits. Contact your nursing facility staff, call your Service Coordinator at (866) 409-0039, or call Member Services at (866) 449-6849. If you have Medicare and Medicaid, Medicare covers your acute care benefits.

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

Call your PCP and let them know what service you need. Your doctor will help you get it. For some services, you can go directly to the provider who gives them. If you need more help, call your Service Coordinator at (866) 409-0039 or Member Services at (866) 449-6849.

What services can I still get through regular Medicaid but are not covered by Molina?

- Preadmission Screening and Resident Review (PASRR) - PASRR is a federal requirement to help determine whether an individual is not

inappropriately placed in a nursing home for long term care

- Hospice
- Behavioral Health (BH) services in Dallas Service Area

Note: Beginning January 1, 2017, Molina Healthcare will be responsible for Medicaid Behavioral Health Services in the Dallas Service Area

Long-Term Services and Supports (LTSS) Benefits**What are Long-Term Services and Supports (LTSS) benefits?**

Long-Term Services and Supports (LTSS) are benefits that help people who live outside of a nursing facility stay safe and independent in their home or in the community. These people can get LTSS if they need help with daily self-care and living needs. If you ever leave a nursing facility and want to live independently in your community, you may be able to get these services to help you to live with more independence. These services include: helping you dress, bathe, or go to the bathroom; preparing meals; doing light housework; and helping with your grocery shopping.

Other STAR+PLUS, Long-Term Services and Supports (LTSS) benefits:

Some STAR+PLUS members can get other long-term services based on their medical need. These are called

STAR+PLUS Waiver Services (you may have heard them 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 Therapy, Occupational Therapy, and Speech Therapy)
- Protective Supervision
- Transition Assistance Services
- Dental Services
- Cognitive Rehabilitation Therapy
- Employment Assistance
- Supported Employment

How do I get these services? What number do I call for more information?

Call Member Services at: (866) 449-6849. Or call your Service Coordinator at (866) 409-0039.

What are my nursing facility LTSS benefits?

When you are in a nursing facility, all of your self-care needs are provided by the facility where you live.

How would my benefits change if I moved into the community?

If you choose to move into the community, you will be assessed for any of the available services above. LTSS benefits are available to you based upon your program eligibility and assessment needs and preferences. You can contact your Service Coordinator for help at (866) 409-0039.

Approval Process

What is a referral?

A “referral” is an approval for you to get certain medical services. Molina does not require referrals. But some services may require Prior Authorization (PA). PA is a request for a service from your doctor. Your PCP will help you to get PA if it is necessary.

What services do not need a referral?

Molina does not require referrals, but some services may require PA. Molina Healthcare’s medical staff and your doctor review the medical need of your care before services are given. This way, they can make sure it is right for your specific condition.

Talk to your doctor about covered services that do and do not require PA. You can also visit **MolinaHealthcare.com** or call Member Services for more information.

Services Not Covered

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

This is not a complete list of the services that are not covered by Medicaid or Molina Healthcare. If you have a question about whether a service is covered, please call Member Services.

Getting Care While Traveling

What if I get sick when I am out of the facility/or traveling out of town?

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 traveling, 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 out of the state, 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.

Molina Value Added Services

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 for details.

How can I get these Value Added benefits?

In your welcome kit you will find a list of Value Added 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. Some Value Added Services may have restrictions and/or limitations. Member Services can answer questions and help you get these services. You can also call your Service Coordinator at (866) 409-0039, who can help you get these services. We can also mail a copy of the current Value Added Services list or member handbook to you.

What health education classes does Molina Healthcare offer?

To help keep you and your family healthy, Molina offers health education classes near your home. Call your Service Coordinator at (866) 409-0039 to find out more. Your nursing facility staff can also help you contact your Service Coordinator.

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 are: Asthma, Cardiovascular Disease, Congestive Heart Failure, COPD and Diabetes. We have a special program to help you have a healthy pregnancy too. The programs include learning materials, phone calls, and advice. You can take part in a way that best manages your needs.

If you have any of the health conditions above, you will be enrolled. You will receive learning materials and newsletters. If your condition is more severe, you may get a phone call from a Case Manager or Service Coordinator. They will work with you and your doctor to get you what you need to stay well. If you would like to know more about these programs, call Member Services at (866) 449-6849.

Behavioral Health, Mental or Substance (Drug) Abuse Services

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

Call our Behavioral Health Customer Service Line at

(866) 449-6849. You do not need to call your PCP to get an approval for these services. If you have an emergency or need crisis care, contact your nursing facility staff right away. They will help you. 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 behavioral health or substance abuse care?

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?

These 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). For more information, call Member Services at (866) 449-6849, or your Service Coordinator at (866) 409-0039.

Prescription Drugs

What are my prescription drug benefits? (Non-Duals Only)

If you have Medicaid only, Medicaid pays for most medicine your doctor says you need. Prescription drugs are covered when they are medically necessary, are ordered by your doctor or another doctor treating you and are listed on the Texas Medicaid Formulary. The Texas Medicaid Formulary is a list of approved drugs your doctor can order for you. You must go to a Molina network pharmacy to fill your

prescription. Prescription drugs are also covered when they are given to you in an emergency room or hospital and when they are ordered by a plan doctor for a covered service. Call Member Services for questions regarding your prescription drug benefits.

How do I get my medications?

Medicaid pays for most medicine your doctor says you need. Your doctor will write a prescription and send the prescription to you by calling, faxing or submitting by electronic means to the nursing facility to order, fill, dispense and administer to you.

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

Generally, your nursing facility will get your medications from the Molina network pharmacy after they are ordered by your doctor. You will not have to send or take any prescriptions to the pharmacy. The nursing facility staff will administer your medications to you based on the directions from your physician. If you have further questions about receiving your medications while in a Nursing Facility, you may talk with your Nursing Facility staff, your physician, your Service Coordinator or Member Services.

Which drug stores can I use? How do I find a network drug store?

Your nursing facility must use a Molina network pharmacy. You can also get your prescription filled at most drug stores in Texas, including Walgreens, Kroger, HEB, Randall's, Target,

Wal-Mart, and CVS. If you need help finding a pharmacy, call Member Services toll-free at (866) 449-6849.

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

You must use a Molina network pharmacy for your prescription to be covered. For help finding one, call Member Services toll-free at (866) 449-6849 or ask your Service Coordinator. You can also go to **MolinaHealthcare.com** and click on the Find a Pharmacy link. This will show you a list of pharmacies.

If you are out of state and need emergency prescriptions, please call Member Services. We can help you find a Molina pharmacy or work with an out-of-network pharmacy to pay for the medication. You may have to pay for your prescription and send Molina the receipt so we can pay you back, if approved.

What do I bring with me to the drug store?

Your medications will be delivered to you by the Molina Network pharmacy. If you go to a drug store, you will need your Molina ID card, and the prescription your doctor wrote for you.

What if I need my medications delivered to me?

Your medications will be delivered to the nursing facility by the Molina Network pharmacy. You can contact your Service Coordinator if you need a different arrangement. If you need more help, call your Service Coordinator at (866) 409-0039 or Member Services at (866) 449-6849.

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

For help, call your Service Coordinator at (866) 409-0039 or call Member Services at (866) 449-6849.

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 Member Services at (866) 449-6849 for help.

What if I also have Medicare?

If you have Medicaid and Medicare, your prescriptions are covered by Medicare. There will be no change in how you get your prescriptions. You may have additional medications covered by Medicaid that are not covered by Medicare. Medicaid may also pay for your copay on some Medicare covered drugs.

Where can I find answers to drug benefits questions?

Speak to your provider about any medication you need. You can visit our website if you want to know more about your drug benefits and the pharmacy process. For more information, check the Guide to Accessing Quality Healthcare in the Quality Improvement Program section of our website, or call Member Services at (866) 449-6849.

Service Coordination

What is Service Coordination?

Specialized services/care process that includes, but is not limited to:

- Identifying the physical, mental or long-term needs of the Member
- Addressing any unique needs of the member that could improve outcomes and health/well-being
- Assisting the Member to ensure timely and coordinated access to an array of services and/or covered Medicaid eligible services
- Partner with nursing facilities to ensure best possible outcomes for the Member's health & safety
- Coordinate the delivery of services for members who are transitioning back to the community

What will a Service Coordinator do for me?

Service Coordination is a special service for STAR+PLUS Members. It's a way to help you manage your health, long-term service and supports, and behavioral health care needs. When you enroll with Molina, we assign a Service Coordinator to you. They help you with all of your health care needs. Molina provides a Service Coordinator to all STAR+PLUS Members who reside in a nursing facility.

Your Service Coordinator will:

- Call and get to know you, and find out about your health care, behavioral health care and long-term service and supports needs
- Use a "screening survey" to help decide if you

need more help right away

- Talk to case managers, providers, pharmacists or others who are important for your care
- 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 for assistance with questions or concerns by calling (866) 409-0039.

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

You can call your Service Coordinator at (866) 409-0039 or Member Services at (866) 449-6849 for information on how to get help. We can tell you about services that Molina has in your area. Also, it is important to tell your PCP that you have special health care needs.

Transportation

Molina Transportation Services for Nursing Facility Residents

What transportation services are offered?

The Nursing Facility is responsible for providing routine non-emergency transportation services. If medically necessary, Molina provides non-emergency ambulance transportation for Members that require this service.

How do I get this service? Who do I call?

To get non-emergency ambulance transportation, your provider must contact Molina to request authorization for these services. You can contact your Service Coordinator by phone to get non-emergency ambulance transportation. Call (866) 409-0039 to contact your Service Coordinator.

Vision

How do I get eye care services?

You can get routine eye care from a vision care provider. Your Service Coordinator can help you get a provider list from the Vision Section of your Provider Directory. You do not need a referral from your PCP for routine vision care.

If you have a medical problem with your eyes, call your PCP first. If your doctor cannot treat your medical problem, you will be referred to an 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.

Interpreter Services at Doctor's Visits

Can someone interpret for me when I talk with my doctor?

Who do I call?

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 Member Services at (866) 449-6849 for help getting these services.

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.

General Health Care Tips

- Be active in your health care: Plan ahead
- Schedule your visits at a good time for you
- If you worry about waiting too long at the doctor's office, ask for a visit when it is least busy
- 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 drink tea or take herbs. In addition, tell your doctor about any vitamins or over-the-counter medicines you use

Seeing your doctor when you are sick:

- 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 any

medication recently

- Take a list of your medications with you to all doctor appointments

How Does Molina Pay Providers for Your Care?

Molina Healthcare contracts with providers in many ways. Some providers are paid on a fee-for-service basis. This means they are paid each time they see you, and for each procedure they perform. Others are paid a flat amount for each month a member is assigned to their care, whether they see the member or not.

Physician Incentive Plans

Molina rewards doctors for treatments that are cost-effective for people covered by Medicaid. 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.

Molina Healthcare does not reward providers or employees for denying medical coverage or services. Molina Healthcare also does not give bonuses to providers to give you less care. For more information about how providers are paid, please call Member Services.

Payment and Bills

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

If you get a bill from your nursing facility for covered services,

call the nursing facility business office and make sure they have your Medicaid and/or Medicare information and any other insurance policy information. All of the information your nursing facility needs to bill Molina is on your ID Card. Members are responsible for paying Applied Income on a monthly basis.

You can also get help from Member Services. To help you with your nursing facility bill, they will need:

1. The name of the patient
2. The patient's Medicaid ID number
3. The date of service
4. The name of the nursing facility sending you the bill
5. The amount you are being billed for

You may have to pay for services that are not covered. You may also have to pay for services from providers who are not part of our network. If the services were an emergency, you don't have to pay. If you need help, call Member Services.

What is Applied Income, and what are my responsibilities?

It is the Member's personal income that the Member must provide to the nursing facility as part of their cost sharing obligation as a Medicaid beneficiary.

Any time Medicaid is billed by the nursing facility, the member must give their applied income to the facility. The amount is determined by the total amount of monthly income divided by the number of days the Member resides in the

facility each month. The Member is allowed to keep \$60 for themselves for personal needs.

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 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:

1. Your private health insurance is canceled.
2. You get new insurance coverage.
3. You have general questions about third party insurance.

You can call the hotline toll-free at (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.

Looking at What's New

We look at new types of services, and we look at new ways to provide those services. We review new studies to see if new services are proven to be safe for possible added benefits. Molina Healthcare reviews the type of services listed below at least once a year:

- Medical services
- Mental health services
- Medicines
- Equipment

Eligibility and Enrollment Membership Termination

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.

Ending Your Membership

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+PLUS Program Helpline at (800) 964-2777. You can change health plans as often as you want, but not more than once a month.

If you are in the hospital, a residential Substance Use Disorder (SUD) treatment facility, or residential detoxification facility for SUD, you will not be able to change health plans until you have been discharged.

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

Who do I call for information on how to change my plan?

You, or anyone you have authorized to call on your behalf, can call the Texas STAR+PLUS Program Helpline at (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 Healthcare of Texas 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.

Complaints and Appeals

Filing a Complaint or Appeal

If you are unhappy with anything about Molina Healthcare or its providers, contact us as soon as possible. This includes if you do not agree with a decision we have made. We want to know if you're unhappy so that we can help. You, or someone you want to speak for you, can contact us. If you want someone to speak for you, you will need to let us know.

You may file a grievance or an appeal on behalf of a member under the age of 18 without written consent when the individual filing the grievance or appeal belongs to the member's assistance group.

What should I do if I have a complaint about my health care, my provider, my service coordinator, or my health plan? 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 Member Services representative 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 (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
Health Plan Operations - H-320
P.O. Box 85200
Austin, TX 78708-5200
ATTN: Resolution Services

If you can get on the Internet, you can send your complaint in an email to HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us

Can someone from Molina help me file a complaint?

Yes. Call Member Services toll-free at (866) 449-6849. We can help.

How long will it take to process my complaint?

Your complaint will be handled within 30 calendar days from the date it is received. It could take less than 30 days. You will get a letter that tells you how your complaint was

resolved. It 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 time frames for filing a complaint?

When we get your complaint, within five days we will send you a letter telling you we received it. We will look into your complaint. We will decide the outcome and send you a letter that explains it. The process will not take more than 30 days.

If I am not satisfied with the results, who else can I contact once I have gone through Molina's complaint process?

You can call the Texas Health and Human Services Commission toll-free at (800) 566-8989.

You can write to:
Texas Health and Human Services Commission
Health Plan Operations-H-320
P.O. Box 85200
Austin, Texas 78708-5200
ATTN: Resolution Services

If you can get on the Internet, you can send your complaint in an email to HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us.

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 a Molina employee. The doctor 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 when we receive your appeal. A letter will explain the complete complaint and appeal process. This letter will also tell you about your appeal rights.

Molina Healthcare will send you something in writing if we make a decision to:

- Deny a request to cover a service for you;
- Reduce, suspend or stop services before you receive all of the services that were approved; or
- Deny payment for a service you received that is not covered by Molina Healthcare.

We will also send you something in writing if, by the date we should have, we did not:

- Make a decision on whether to cover a service requested for you, or
- Give you an answer to something you told us you were unhappy about.

How will I find out if services are denied or limited?

If Molina denies or limits 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 in whole or that we partially 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 and 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 of 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 may have to pay for these services.

What are the time frames for the appeal process?

If you do not agree with the decision stated in the letter, and you contact us within 30 calendar days to ask that we change our decision. This is called an appeal. The 30

calendar day period begins on the day after the mailing date on the letter. Unless we tell you a different date, we will give you an answer to your appeal in writing within 30 calendar days from the date you contacted us. If we make a decision to reduce, suspend or stop services before you receive all the services that were approved, your letter will tell you how to keep receiving the services if you choose and when you may have to pay for the services.

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. We only delay the process if it is in your best interest. 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.

How soon do I need to ask for an appeal?

The appeal needs to be filed within 30 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. A Member Services Representative 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. If you want help filing your appeal, just ask. Member Services is here for you.
Toll-free number: (866) 449-6849

You can also write your appeal and send it to:

Molina Healthcare of Texas
Attn: Member Complaints and 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.

Can I ask for a State Fair Hearing?

You can also request a State Fair Hearing any time during 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 and 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 processed. We will send your provider a letter telling them that your appeal has been resolved.

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

Molina may decide that your appeal should not be expedited. If so, we will follow the standard appeal process. As soon as this is decided, we will call you to let you know that we will follow the standard appeal process. We will also send 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 90 days of the date on the health plan's letter with the decision. If you do not ask for the fair hearing within 90 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

Attn: Member Complaints and Appeals

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.

Rights and Responsibilities

These right and responsibilities are posted in doctors' offices. They are also posted at MolinaHealthcare.com.

What are my rights and responsibilities?

Member Rights:

- You have the right to respect, dignity, privacy, confidentiality, and nondiscrimination. That includes the right to:
 - Be treated fairly and with respect.
 - Know that your medical records and discussions with your providers will be kept private and confidential.
- 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:
 - Be told how to choose and change your health plan and your primary care provider.
 - Choose any health plan you want that is

- available in your area and choose your primary care provider from that plan.
- Change your primary care provider.
- Change your health plan without penalty.
- Be told how to change your health plan or your primary care provider.
- You have the right to ask questions and get answers about anything you do not understand. That includes the right to:
 - 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.
 - Be told why care or services were denied and not given.
- You have the right to agree to or refuse treatment and actively participate in treatment decisions. That includes the right to:
 - Work as part of a team with your provider in deciding what health care is best for you.
 - Say yes or no to the care recommended by your provider.
- 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:
 - Make a complaint to your health plan or to the state Medicaid program about your health care, your provider or your health plan.
 - Get a timely answer to your complaint.
- Use the plan's appeal process and be told how to use it.
- Ask for a fair hearing from the state Medicaid program and get information about how that process works.
- You have the right to timely access to care that does not have any communication or physical access barriers. That includes the right to:
 - Have telephone access to a medical professional 24 hours a day, 7 days a week to get any emergency or urgent care you need.
 - Get medical care in a timely manner.
 - 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.
 - 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.
 - Be given information you can understand about your health plan rules, including the health care services you can get and how to get them.
- 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.

- 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.
- 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 responsibilities policy.

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

Molina Healthcare
PO BOX 22719
Long Beach, CA 90801

Member Responsibilities:

- You must learn and understand each right you have under the Medicaid program. That includes the responsibility to:
 - Learn and understand your rights under the Medicaid program.
 - Ask questions if you do not understand your rights.
 - Learn what choices of health plans are available in your area.

You must abide by the health plan's and Medicaid's policies and procedures. That includes the responsibility to:

- Learn and follow your health plan's rules and Medicaid rules.
- Choose your health plan and a primary care provider quickly.
- Make any changes in your health plan and primary care provider in the ways established by Medicaid and by the health plan.
- Keep your scheduled appointments.
- Cancel appointments in advance when you cannot keep them.
- Always contact your primary care provider first for your non-emergency medical needs.
- Be sure you have approval from your primary care provider before going to a specialist.
- Understand when you should and should not go to the emergency room.
- You must share information about your health with your primary care provider and learn about service and treatment options. That includes the responsibility to:
 - Tell your primary care provider about your health.
 - Talk to your providers about your health care needs and ask questions about the different ways your health care problems can be treated.
 - Help your providers get your medical records.
- 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:

- Work as a team with your provider in deciding what health care is best for you.
- Understand how the things you do can affect your health.
- Do the best you can to stay healthy.
- Treat providers and staff with respect.
- Talk to your provider about all of your medications.

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 (800) 368-1019. You also can view information concerning the HHS Office of Civil Rights online at. www.hhs.gov/ocr.

Molina members have the right to receive facts about Molina Healthcare, our services, our practitioners, and providers and member rights and responsibilities. You also have the right to suggest changes to Molina's member rights and responsibilities policy.

Advance Directives

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. Your Service Coordinator can also assist you with this task. 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 is an Advance Directive?

An Advance Directive is a letter you write to tell others the type of health care you want if you are too sick to speak for yourself. 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?

Your Service Coordinator can provide you with an Advance Directive form. You can contact your Service Coordinator at (866) 409-0039 or call Member Services at (866) 449-6849 for help.

Abuse, Neglect, and Exploitation

You have the right to respect and dignity, including freedom 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 a person for personal or monetary benefit. 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.

Report 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 number of everyone involved.

Fraud, Waste and Abuse

Fraud, Waste and Abuse

Molina Healthcare's Fraud, Waste and Abuse Plan benefits Molina, its employees, members, providers, payers and regulators by increasing efficiency, reducing waste, and improving the quality of services. Molina Healthcare takes the prevention, detection, and investigation of fraud, waste and abuse seriously, and complies with state and federal laws. Molina Healthcare investigates all suspected cases of fraud, waste and abuse and promptly reports to government agencies when appropriate. Molina Healthcare takes the appropriate disciplinary action, including but not limited to, termination of employment, termination of provider status, and/or termination of membership.

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 (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
5605 N. MacArthur Blvd. Ste 400
Irving, Texas, 75038
(866) 606-3889

To report an issue online, visit:

<https://MolinaHealthcare.AlertLine.com>.

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

Definitions:

Abuse means provider practices that are inconsistent with sound fiscal, business, or medical practices, and result in unnecessary cost to the Medicaid program or in reimbursement for services that are not medically necessary or that fail to meet professionally recognized standards for health care. It also includes recipient practices that result in unnecessary cost to the Medicaid program. (42 CFR §455.2)

Fraud means an intentional deception or misrepresentation made by a person with the knowledge that the deception could result in some unauthorized benefit for them or some

other person. It includes any act that constitutes fraud under applicable Federal or State law. (42 CFR § 455.2)

Waste means health care spending that can be eliminated without reducing the quality of care. Quality Waste includes, overuse, underuse, and ineffective use. Inefficiency Waste includes redundancy, delays, and unnecessary process complexity. For example: the attempt to obtain reimbursement for items or services where there was no intent to deceive or misrepresent, however the outcome of poor or inefficient billing methods (e.g. coding) causes unnecessary costs to the Medicaid/Medicare programs.

Here are some ways you can help stop fraud:

- Don't give your Molina Healthcare ID card, Medical ID Card, or ID number to anyone other than a health care provider, a clinic, or hospital, and only when receiving care
- Never let anyone borrow your Molina Healthcare ID Card
- Never sign a blank insurance form
- Be careful about giving out your social security number

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 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.
 - In case of emergency, follow instructions provided by your Nursing Facility.
 - Facility staff will contact appropriate

- authorities to coordinate emergency transport and/or services.
- 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.

Member Privacy

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.

Your Protected Health Information

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 Protected Health Information (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 share PHI 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. These include 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

Complaining about or reporting Molina will 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 Practices is in Appendix A on page 53. It is also available on our website at **MolinaHealthcare.com**. You can also call Member Services for questions about your privacy or to get a copy of Molina's Notice of Privacy Practices.

Definitions

Appeal – A formal request for Molina Healthcare to review a decision or action.

Authorization – An approval for a service.

Covered Services – Services and supplies covered by Molina Healthcare.

Emergency Medical Condition – A medical problem you think is so serious it must be treated right away by a provider.

Emergency Services – Services provided by a qualified provider that are needed to evaluate, treat, or stabilize an emergency medical condition.

Grievance (Complaint) – A complaint about Molina Healthcare or a health care provider.

Member – A person who is eligible for Medicaid and who is enrolled in the Molina Healthcare plan.

Preventive Health Care – Health care focused on finding and treating health problems and to prevent disease or illness.

Primary Care Provider (PCP) – A Molina Healthcare contracted provider that you have chosen to be your personal provider. Your PCP helps you with most of your medical needs.

Prior Authorization – The process for any service that needs approval from Molina Healthcare before it can take place.

Provider Directory – A list of all of the providers contracted with Molina Healthcare.

Service Area – The geographic area where Molina Healthcare provides services.

Specialist – A provider who focuses on a particular kind of health care.

APPENDIX A: 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 or 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.

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

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 and 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
 Phone: (866) 449-6849

Page left intentionally blank

Page left intentionally blank

Bienvenido a **Molina Healthcare.** ¡Estás en familia!

MolinaHealthcare.com



Centro de enfermería STAR+PLUS Manual del miembro

Enero de 2024
(866) 449-6849

4313775TX0119

Molina Healthcare (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 necesita estos servicios, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (866) 449-6849 TTY / TTD: (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 a civil.rights@molinahealthcare.com. O envíe su queja por fax al (713) 623-0645.

También puede entablar una queja sobre derechos civiles con el Departamento 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 a la página web a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-449-6849 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-449-6849 (TTY: 711).

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).

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)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-449-6849 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-449-6849 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-866-449-6849 (TTY: 711).

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).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-449-6849 (TTY : 711).

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।

توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-866-449-6849 تماس بگیرید.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-449-6849 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-449-6849 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-449-6849 (телетайп: 711).

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。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-449-6849 (TTY: 711).

¡Gracias por elegir Molina Healthcare!

Desde 1980, año en que nuestro fundador, el Dr. C. David Molina, abrió su primera clínica, nuestra misión ha sido proveer atención médica de alta calidad a todos. Estamos aquí para servirle. Y hoy, como siempre, tratamos a nuestros miembros como familia.

La versión más actualizada del manual está disponible en [MolinaHealthcare.com](https://www.MolinaHealthcare.com)

En este manual encontrará información útil sobre:

- Guía rápida de números de telefónicos (pg 01)
- La atención médica es un trayecto (pg 03)

Su membresía (pg 05)

- Tarjeta de identificación (pg 06)

Su médico (pg 07)

- Encuentre a su médico (pg 08)
- Programe su primera consulta (pg 09)
- Servicios de interpretación (pg 09)

Sus beneficios (pg 11)

- Red de Molina (pg 12)
- Visión (pg 13)
- Medicamentos cubiertos (pg 14)

Sus servicios adicionales (pg 15)

- MiMolina (pg 16)
- Educación para la salud y programa de incentivos (pg 16)
- Coordinación de servicio (pg 17)
- Transporte (pg 17)
- Administración de cuidados (pg 18)
- Recursos comunitarios (pg 18)

Su póliza (pg 19)

• Tarjetas de identificación del miembro (pg 20)

- Ejemplo de tarjetas de identificación. (pg 20)
- Cómo leer su tarjeta. (pg 20)
- ¿Cómo usar su tarjeta de identificación? (pg 21)
- ¿Cómo reponer una tarjeta de identificación perdida o robada? (pg 21)
- La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits (pg 21)
- Ejemplo de la tarjeta de identificación de "Your Texas Benefits Medicaid". (pg 22)
- Formulario de verificación provisional – Formulario 1027-A. (pg 22)

• Proveedor de atención primaria (pg 23)

- ¿Qué es un proveedor de atención primaria? (pg 23)
- ¿Cómo obtengo servicios médicos? (pg 23)
- Si tengo Medicare ¿tendré asignado un proveedor de atención primaria? (pg 23)
- ¿Cómo puedo consultar a mi proveedor de atención primaria si no visita mi centro de enfermería? (pg 23)
- ¿Cómo puedo cambiar de proveedor de atención primaria? (pg 23)
- ¿Cuándo entraría en vigor el cambio de proveedor de atención primaria? (pg 24)

- ¿Cómo obtengo atención de especialistas? (pg 24)
- ¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid? (pg 24)

• Pautas de citas (pg 24)

- ¿Qué hago en caso de emergencia? (pg 25)
- ¿Qué sucede si necesito atención hospitalaria? (pg 25)

• Atención médica y otros servicios (pg 25)

- ¿Qué quiere decir médicamente necesario? (pg 25)
- ¿Qué es atención médica de rutina? (pg 26)
- ¿Qué tan pronto puedo esperar que se me atienda para una consulta de rutina? (pg 26)
- ¿Qué es atención médica de emergencia? (pg 26)
- ¿Qué tan pronto puedo esperar a que me atiendan? ¿Necesito autorización previa? (pg 27)
- ¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia? (pg 27)
- ¿Están cubiertos los servicios dentales que no son de emergencia? (pg 28)
- ¿Qué es la posestabilización? (pg 28)

• Atención especializada (pg 28)

- ¿Qué ocurre si necesito consultar un médico especial? (especialista) (pg 28)

Su póliza (continuación)

- ¿Qué tan pronto puedo esperar a que me atienda un especialista? (pg 28)
- **Segunda opinión (pg 28)**
 - ¿Cómo puedo pedir una segunda opinión? (pg 28)
- **Servicios de planificación familiar (pg 28)**
 - ¿Cómo puedo conseguir servicios de planificación familiar? (pg 28)
 - ¿Necesito una remisión para esto? (pg 28)
 - ¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar? (pg 28)
- **Cuidado de obstetra ginecólogo (pg 29)**
 - ¿Qué sucede si necesito cuidado de obstetra ginecólogo? ¿Tengo derecho a escoger un obstetra ginecólogo? (pg 29)
 - ¿Cómo selecciono un obstetra ginecólogo? (pg 29)
 - Si no selecciono un obstetra ginecólogo, ¿tengo acceso directo? ¿Necesitaré una remisión para consultar un obstetra ginecólogo? (pg 29)
 - ¿Qué tan pronto me pueden atender después de contactar al obstetra ginecólogo para una cita? (pg 29)
 - ¿Puedo quedarme con mi obstetra ginecólogo si no está con Molina? (pg 29)
- **Servicios cubiertos (pg 29)**
 - ¿Cuáles son mis beneficios médicos? (pg 29)
 - ¿Cómo puedo obtener estos servicios? (pg 31)
 - ¿Existe algún límite para algún servicio cubierto? (pg 31)
- **Beneficios de atención médica aguda (pg 31)**
 - ¿Cuáles son mis beneficios de atención médica aguda? (pg 31)
 - ¿Cómo obtengo servicios de atención médica aguda? ¿A qué número llamo para enterarme de estos servicios? (pg 31)
 - ¿Qué servicios aún puedo obtener por medio de Medicaid, que no están cubiertos por Molina? (pg 31)
- **Beneficios de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) (pg 32)**
 - ¿Cuáles son mis beneficios de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)? (pg 32)
 - ¿Cómo puedo obtener estos servicios? ¿Qué número debo llamar para recibir más información? (pg 32)

Su póliza (continuación)

- ¿Cuáles son mis beneficios LTSS de centro de enfermería? (pg 33)
- ¿Cómo cambiarían mis beneficios si me cambio dentro de la comunidad? (pg 33)
- **Proceso de aprobación (pg 33)**
 - ¿Qué es una remisión? (pg 33)
 - ¿Qué servicios no necesitan una remisión? (pg 33)
- **Servicios no cubiertos (pg 33)**
 - ¿Qué servicios no son beneficios cubiertos? (pg 33)
- **Cómo obtener atención de emergencia mientras viaja (pg 33)**
 - ¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje? (pg 33)
 - ¿Qué sucede si estoy fuera del estado? (pg 34)
 - ¿Qué hago si estoy fuera del país? (pg 34)
- **Servicios de Valor Añadido de Molina (pg 34)**
 - ¿Qué servicios adicionales obtiene un miembro de Molina Healthcare? (pg 34)
 - ¿Cómo puedo obtener estos beneficios de valor añadido? (pg 34)
 - ¿Qué clases de educación de salud ofrece Molina Healthcare? (pg 34)
- **Control de enfermedades (pg 34)**
- **Servicios de salud conductual, servicio mental o de abuso sustancias adictivas (drogas) (pg 35)**
 - ¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de salud conductual, salud mental, alcoholismo, o problemas con drogas? (pg 35)
 - ¿Necesito una remisión para salud conductual o atención por abuso de sustancias? (pg 35)
 - ¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y Administración de Cuidado con un enfoque en salud mental? ¿Cómo puedo obtener estos servicios? (pg 35)
- **Medicamentos recetados (pg 35)**
 - ¿Cuáles son mis beneficios de medicamento recetados? (sin doble elegibilidad)? (pg 35)
 - ¿Cómo obtengo mis medicamentos? (pg 36)
 - ¿Cómo recibo mis medicamentos si me encuentro en un centro de enfermería? (pg 36)
 - ¿Qué farmacias puedo usar? ¿Cómo encuentro una farmacia de la red? (pg 36)
 - ¿Qué sucede si voy a una farmacia que no está en la red? (pg 36)
 - ¿Qué llevo conmigo a la farmacia? (pg 36)
 - ¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos? (pg 36)
 - ¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mis medicamentos? (pg 37)
 - ¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el

Su póliza (continuación)

- doctor pidió? (pg 37)
- ¿Qué sucede si pierdo mi medicamento(s)? (pg 37)
- ¿Qué sucede si también tengo Medicare? (pg 37)
- ¿Dónde puedo encontrar respuestas a mis preguntas sobre beneficios de medicamentos? (pg 37)
- **Coordinación de servicios (pg 37)**
 - ¿Qué es la coordinación de servicios? (pg 37)
 - ¿Qué hará por mi un Coordinador de Servicios? (pg 38)
 - ¿Cómo puedo hablar con un Coordinador de servicios? (pg 38)
 - ¿A quién llamo si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude? (pg 38)
- **Transporte (pg 38)**
 - ¿Qué servicios de transporte se ofrecen? (pg 38)
 - ¿Cómo obtengo este servicio? ¿Con quién debo comunicarme? (pg 38)
- **Visión (pg 39)**
 - ¿Cómo obtengo servicios de visión? (pg 39)
- **Servicios de interpretación en consultas con el médico (pg 39)**
 - ¿Puede alguien interpretarme la conversación con mi médico? ¿Con quién debo comunicarme? (pg 39)
- ¿Con cuánto tiempo de anticipación necesito llamar para conseguir un intérprete? (pg 39)
- ¿Cómo puedo conseguir un intérprete que esté presente en el consultorio de mi proveedor? (pg 39)
- **Consejos generales de atención médica (pg 39)**
- **¿Cómo Molina paga a los proveedores por su cuidado? (pg 40)**
 - Plan de incentivos para doctores (pg 40)
- **Pagos y facturas (pg 40)**
 - ¿Qué sucede si recibo una factura de mi centro de enfermería? ¿Con quién debo comunicarme? ¿Qué información necesitarán? (pg 40)
 - ¿Qué son ingresos contables y cuáles son mis responsabilidades? (pg 41)
 - ¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid? (pg 41)
 - ¿Qué tengo que hacer si me mudo? (pg 41)
 - ¿Qué sucede si también tengo otro seguro médico además de Medicaid? (pg 41)
- **Evaluación de las novedades médicas (pg 41)**
- **Elegibilidad e inscripción (pg 42)**
 - Cancelación de la membresía (pg 42)

Su póliza (continuación)

- ¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid? (pg 42)
- **Cómo terminar su membresía (pg 42)**
 - ¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?
¿Cuándo entra en vigor mi cambio de plan de salud?
(pg 42)
 - ¿Con quién me comunico si necesito información de cómo cambiar mi plan de salud? (pg 42)
 - ¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud? (pg 42)
 - ¿Molina Healthcare of Texas puede solicitar que me saquen del plan (por falta de cumplimiento normativo, etc.)? (pg 42)
- **Quejas y apelaciones (pg 43)**
 - Cómo presentar una queja o apelación. (pg 43)
 - ¿Qué hago si tengo una queja sobre la atención médica, mi proveedor, mi coordinador de servicios o mi plan médico? ¿Con quién debo comunicarme? (pg 43)
 - ¿Puede alguien de Molina ayudarme a presentar una queja? (pg 43)
 - ¿Cuánto tiempo llevará procesar mi queja? (pg 43)
 - ¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja? (pg 43)
 - Si no estoy conforme con los resultados, con quién más puedo comunicarme una vez que haya pasado por el proceso de queja de Molina? (pg 44)
- **Apelación acelerada (pg 46)**
 - ¿Qué es una apelación acelerada? (pg 46)
 - ¿Cómo pido una apelación acelerada? ¿Mi solicitud tiene que estar por escrito? (pg 46)
 - ¿Quién me puede ayudar a presentar una apelación acelerada? (pg 46)
- ¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación a queja? (pg 44)
- ¿Cómo sabré si los servicios fueron denegados o limitados? (pg 44)
- ¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que tiene cobertura pero que Molina lo niega o lo limita? (pg 44)
- ¿Puedo continuar obteniendo servicios que ya están aprobados? (pg 45)
- ¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación? (pg 45)
- ¿Qué tan pronto necesito pedir una apelación? (pg 45)
- ¿Mi solicitud tiene que estar por escrito? (pg 45)
- ¿Puede alguien de Molina ayudarme a presentar una apelación? (pg 46)
- ¿Puedo pedir una Audiencia Imparcial Estatal? (pg 46)

Su póliza (continuación)

- ¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada? (pg 46)
- ¿Qué ocurre si Molina deniega la petición de una apelación acelerada? (pg 47)
- **Audiencia Imparcial Ante el estado (pg 47)**
 - ¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado? (pg 47)
- **Derechos y responsabilidades (pg 47)**
 - ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades? (pg 48)
- **Directivas anticipadas (pg 51)**
 - ¿Qué ocurre si estoy muy enfermo para tomar decisiones sobre mi atención médica? (pg 51)
 - ¿Qué es una directiva anticipada? (pg 51)
 - ¿Cómo consigo un formulario para una directiva anticipada? (pg 51)
- **Abuso, negligencia y explotación (pg 51)**
 - ¿Cómo se definen el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación? (pg 51)
- **Fraude, despilfarro y abuso (pg 52)**
 - ¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude? (pg 52)
 - Definiciones (pg 53)
- **Información disponible anualmente (pg 54)**
- **Privacidad del miembro (pg 55)**
 - Su información médica protegida (pg 55)
 - ¿Por qué Molina utiliza y comparte su información médica protegida (PHI)? (pg 55)
 - ¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para utilizar o compartir su PHI? (pg 55)
 - ¿Cuáles son sus derechos a privacidad? (pg 55)
 - ¿Cómo protege Molina su PHI? (pg 56)
 - ¿Qué debe hacer Molina conforme a los requerimientos legales? (pg 56)
 - ¿Qué puede hacer si cree que sus derechos a privacidad no han sido protegidos? (pg 56)
- **Definiciones (pg 56)**
- **Apéndice A: Notificación de las normas de privacidad (pg 57)**

Su póliza (continuación)

NOTA: el Departamento de Servicios para Miembros está disponible para recibir su servicio cubierto. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios y cobertura, llámenos al (866) 449-6849. El Departamento de Servicios para Miembros está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local, excepto en días feriados aprobados por el estado. Si llama cuando este departamento esté cerrado, puede dejar un mensaje en nuestra contestadora. Alguien se comunicará con usted el día hábil siguiente.

Los representantes del Servicio de Salud Conductual están disponibles para ayudarle las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Lo podemos ayudar en inglés y español. Tenemos intérpretes que pueden ayudarle con cualquier otro idioma. Los miembros con sordera o impedimentos auditivos pueden llamar al servicio de retransmisión de Texas TTY (711). Puede pedir el manual del miembro en otros formatos, que incluyen audio, letra grande, braille y otros idiomas. Si tiene problemas visuales o auditivos, le podemos proporcionar ayuda especial.



Esta página está intencionalmente en blanco.

Guía rápida de números de telefónicos

Necesidad

Acción

Emergencia

Llame al 911. Si se encuentra en una situación crítica, comuníquese con el personal de su Centro de enfermería de inmediato. Ellos le pueden ayudar a recibir la atención que necesita.

Acceso en línea

- encontrar o cambiar de médico
- actualizar su información de contacto
- solicitar una tarjeta de identificación
- obtener recordatorios de atención médica
- mantener registro de consultas médicas

Ingrese a [MiMolina.com](https://www.mimolina.com) e inscríbese.

Encuentre un proveedor en:
[MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://www.molinahealthcare.com/providersearch)

Cómo recibir atención médica

- cuidado urgente
 - enfermedades poco graves
 - lesiones leves
- exámenes físicos y chequeos médicos
- cuidado preventivo
- inmunizaciones (vacunas)

Llame a su médico: Nombre y teléfono

Centros de cuidado urgente

Encuentre un proveedor o centro de cuidado urgente
[MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://www.molinahealthcare.com/providersearch)

Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día
(888) 275-8750 (inglés)
(866) 648-3537 (español)

TTY: 711

Una enfermera está disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Detalles de su plan

- preguntas sobre su plan
- preguntas acerca de sus programas o servicios
- asuntos de tarjetas de identificación
- servicios de idioma
- transporte
- ayuda con sus consultas

Servicios para Miembros

(866) 449-6849

TTY: 711 (inglés)/ (800) 662-4954 (español)

De lunes a viernes,
de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Para programar transporte a una cita o para transporte en ambulancia que no sea de emergencia, comuníquese a su centro de enfermería

Coordinación de servicios

(866) 409-0039

De lunes a viernes,
de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local

Servicio al cliente de Salud conductual

(866) 449-6849

Línea para Crisis de Salud Conductual

(800) 818-5837

Servicios dentales

(888) 703-6999

Servicios para la vista

(866) 518-2602

Cambios o eventos vitales

- cobertura
- información de contacto
- cambio a un nuevo centro de enfermería
- de regreso en la comunidad
- matrimonio
- divorcio

Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas (DADS, por sus siglas en inglés)

(800) 458-9858

Administración del Seguro Social

(800) 772-1213

TTY (800) 325-0778

Equipo de asistencia de atención médica administrada del Defensor del pueblo

(866) 566-8989

Línea directa del Programa STAR+PLUS

(800) 964-2777

La atención médica es un trayecto y usted va por el camino correcto:



1. Revise su Kit de bienvenida

Usted debió haber recibido su tarjeta de identificación de Molina Healthcare. Por favor llévela consigo todo el tiempo. Si aún no ha recibido su tarjeta de identificación, visite [MiMolina.com](https://www.mimolina.com) o llame al Departamento de Servicios para Miembros.



2. Ingrese a MiMolina

Inscribirse es fácil. Visite [MiMolina.com](https://www.mimolina.com) para cambiar su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), ver su historial de servicio, solicitar una nueva tarjeta de identificación y mucho más. Comuníquese de cualquier dispositivo, ¡a cualquier hora!



3. Hable sobre su salud

Le llamaremos para hacerle una pequeña entrevista acerca de su salud. Esto nos ayudará a identificar de qué manera podemos darle el mejor cuidado posible. Avísenos, por favor, si su información de contacto ha cambiado.



4. Conozca a su PCP

Las siglas PCP representan en inglés proveedor de atención médica primaria. Él o ella será su médico de cabecera. Para elegir o cambiar su médico, ingrese a [MiMolina.com](https://www.MiMolina.com) o llame al Departamento de Servicios para Miembros. Llame a su médico dentro de los siguientes 90 días para programar su primera consulta.



5. Conozca sus beneficios

Con Molina, usted tiene cobertura médica y servicios adicionales gratis. Ofrecemos educación de salud gratis y contamos con personas dedicadas a su cuidado.

Su membresía

Tarjeta de identificación

Cada miembro tiene una tarjeta de identificación (ID, por sus siglas en inglés).

The diagram shows a sample Molina Healthcare ID card with the following fields and labels:

- Su nombre** (Your name) points to the **Member/Miembro:** field.
- Su número de identificación** (Your identification number) points to the **Identification #/ Núm. de identificación:** field.
- Su médico** (Your doctor) points to the **Date of Birth/ Fecha de Nacimiento:** field.
- Número telefónico de su médico** (Phone number of your doctor) points to the **PCP Phone/ Teléfono del Proveedor de Cuidado Primario:** field.
- Fecha de emisión de la tarjeta** (Card issue date) points to the **MMIS #:** and **Issue Date:** fields.

Other fields on the card include: **PCP/Proveedor de Cuidado Primario:**, **PCP Effective Date/ Fecha de Vigencia del Proveedor de Cuidado Primario:**, **RxBIN:**, **RxGRP #:**, **RxPCN #:**, and **CVS Caremark**. Logos for **TEXAS STAR PLUS** and **TEXAS Health and Human Services** are also present. The website **MyMolina.com** is listed at the bottom right.

Usted necesita una tarjeta de ID para:



Consultar a su médico, especialista u otro proveedor



Acudir a la sala de emergencias



Acudir a cuidado urgente



Acudir a un hospital



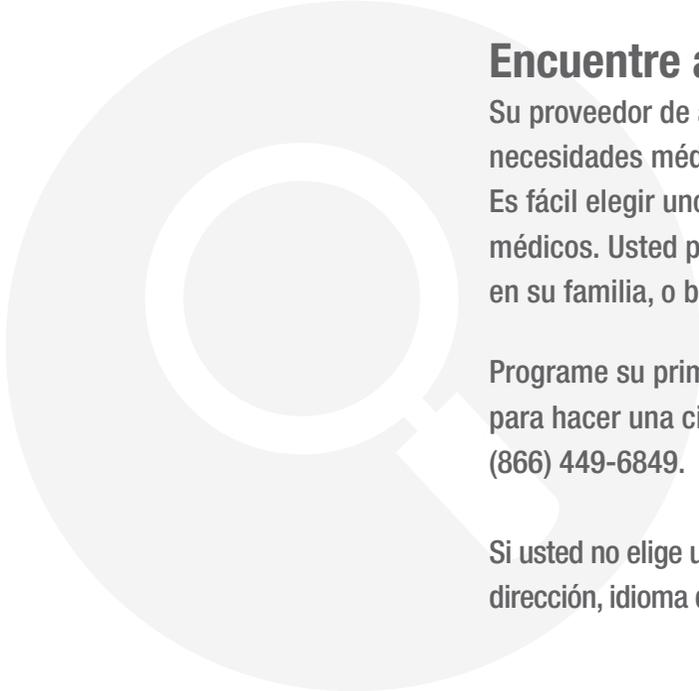
Obtener suministros médicos o medicamentos recetados



Recibir pruebas médicas

Si también tiene cobertura con Medicare, su tarjeta de identificación no incluirá la información de su PCP. Puede encontrar más información acerca de las tarjetas de identificación en la página 20.

Su médico



Encuentre a su médico

Su proveedor de atención primaria (PCP) lo conoce bien y se hace cargo de todas sus necesidades médicas. Es importante tener un médico con quien se sentirá cómodo. Es fácil elegir uno usando nuestro "Directorio de proveedores", la cual es una lista de médicos. Usted puede elegir un médico para usted y otro para otros miembros de Molina en su familia, o bien uno que los atienda a todos.

Programe su primera consulta para empezar a conocer a su médico. Si necesita ayuda para hacer una cita o encontrar un médico, comuníquese con Molina Healthcare al (866) 449-6849.

Si usted no elige un médico, Molina lo hará por usted. Molina elegirá un médico en base a su dirección, idioma de preferencia y los médicos que su familia ha consultado anteriormente.

Programe su primera consulta

Visite a su médico dentro de los primeros 90 días de haberse inscrito. Conozca más sobre su salud. Y permita que su médico lo conozca.

Su médico:

- lo atenderá para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina;
- revisará sus exámenes y resultados;
- le recetará medicamentos;
- lo remitirá a otros médicos (especialistas);
- lo ingresará al hospital, si es necesario.

Servicios de interpretación

Si necesita hablar en su propio idioma, nosotros le podemos ayudar. Un intérprete le puede ayudar a hablar con su proveedor, un farmacéutico u otros proveedores de salud. Ofrecemos este servicio sin costo alguno para usted. Un intérprete le puede ayudar a:

- hacer una cita;
- hablar con su proveedor;
- entablar una queja, reclamo o apelación;
- conocer detalles sobre los beneficios de su plan de salud.

Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros. El número de teléfono se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de miembro. También puede preguntarle al personal de su proveedor que llame al Departamento de Servicios para Miembros por usted. Le ayudarán a conseguir un intérprete para asistirle durante su cita.

Debe consultar un médico que sea parte de Molina.

Si por alguna razón usted quiere cambiar de médico de cabecera, visite www.MiMolina.com.

También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Si cambia de médico, Molina Healthcare le enviará una nueva tarjeta de identificación. La nueva tarjeta de identificación le mostrará la fecha en que puede comenzar a consultar a su nuevo médico.



Recuerde, puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras en cualquier momento.

Nuestra enfermeras pueden ayudarle si necesita cuidado urgente.

Sus beneficios

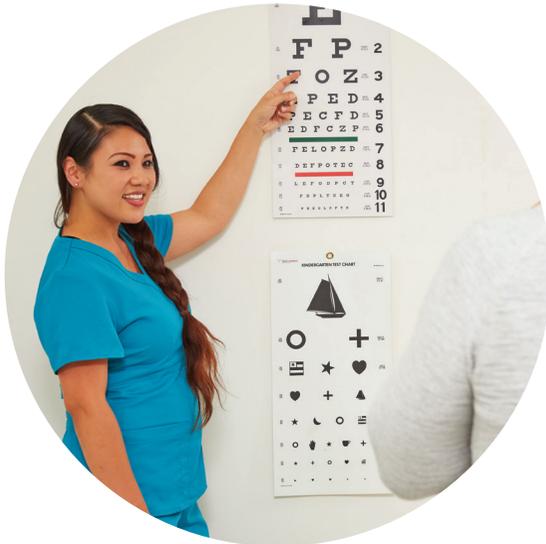
A white stethoscope icon is centered within a light gray circular background. The stethoscope is depicted with two earpieces at the top and a chest piece at the bottom, connected by a tube. The background circle is partially obscured by the text on the right.

Red de Molina

Somos una familia de médicos y hospitales que continúa creciendo. Y están listos para servirle. Consulte proveedores que sean parte de Molina. Puede encontrar una lista de proveedores en MolinaHealthcare.com/ProviderSearch. Si necesita una copia impresa de esta lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

El directorio en línea contiene información de proveedores, como nombres, números telefónicos, direcciones, especialidades y calificaciones profesionales.

Si necesita una lista completa de los servicios cubiertos y ver qué servicios requieren autorización previa, consulte la página 29.



Visión

Estamos aquí para cuidarle todo completo.

Molina cubre exámenes de los ojos para miembros mayores de 2 años de edad en adelante. Un par de lentes (marcos y lentes) cada 24 meses.

Revise su Directorio de proveedores de Molina Healthcare en [MiMolina.com](https://www.mimolina.com) para encontrar optometristas o médicos que puedan proporcionarle los servicios.

Medicamentos cubiertos

Molina Healthcare cubre todos los medicamentos que necesita.

Nosotros utilizamos un "Lista de medicamentos preferidos" (PDL, por sus siglas en inglés). Estos son los medicamentos que preferimos que su médico recete.

La mayoría de los medicamentos genéricos están incluidos en la lista. Puede encontrar una lista de medicamentos preferidos en [MiMolina.com](https://www.MiMolina.com).

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

Estamos de su lado. Colaboraremos con su médico para decidir qué medicamentos son mejores para usted.



Sus servicios adicionales

MiMolina.com: maneje su plan de salud en línea

Conéctese a nuestro portal seguro usando cualquier dispositivo, donde quiera que se encuentre. Cambie de médico, actualice su información de contacto, solicite una nueva tarjeta de identificación y mucho más. Para inscribirse, visite [MiMolina.com](https://www.mimolina.com).

Educación para la salud y programa de incentivos

¡Viva bien y manténgase saludable! Nuestros programas gratuitos le ayudan a controlar su peso, dejar de fumar o recibir ayuda con enfermedades crónicas. Usted recibe materiales educativos, consejos para su cuidado y mucho más. También contamos con programas para mujeres embarazadas. Si padece asma, diabetes, problemas del corazón u otra enfermedad crónica, una de nuestras enfermeras o un Administrador de Cuidados se comunicará con usted. También puede inscribirse en [MiMolina.com](https://www.mimolina.com), nuestro portal seguro del miembro; o llame al Departamento de Administración de la Salud.

- Enfermedades crónicas: (866) 891-2320
- Control de peso, para dejar de fumar y otros programas: (866) 472-9483



Coordinación de Servicios

La Coordinación de servicios es un servicio especial para miembros de STAR+PLUS para ayudarle a manejar su salud, servicios y apoyo a largo plazo y necesidades de salud conductual. Su coordinador de servicio le será asignado cuando usted entre a Molina y le ayudará con todas sus necesidades de atención médica. Puede ponerse en contacto con su Coordinador de Servicios para que le ayude, llamando al (866) 409-0039.

Transporte

Su Centro de Enfermería puede ayudarle a ir y venir de sus citas. Para servicios de transporte, comuníquese con el personal de su Centro de enfermería. Consulte la página 38 para obtener más detalles.





Administración de Cuidados

Contamos con un equipo de enfermeras y trabajadores sociales listos para atenderlo. Se denominan Administradores de Cuidados. Son muy eficientes. Le brindarán atención adicional si usted padece:

- asma
- trastornos del comportamiento
- enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- diabetes
- presión arterial alta
- embarazo de alto riesgo

Recursos comunitarios

Nosotros somos parte de su comunidad. Trabajamos sin cesar para que esté más saludable.

Los recursos locales, eventos de salud y organizaciones comunitarias están disponibles para usted. Ofrecen programas excelentes y servicios convenientes. Y lo mejor de todo, la mayoría son gratuitos o a bajo costo para usted.

- Llame al 2-1-1. Este es un servicio gratuito y confidencial que le ayudará a encontrar recursos locales. Disponible 24 horas al día, 7 días de la semana.
- Departamento de salud
- Programa de Nutrición Suplementario para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)
- Departamento de Servicios Auxiliares y de Rehabilitación de Texas

Su póliza

Tarjetas de identificación del miembro

Tarjeta de identificación del miembro de Centro de enfermería STAR+PLUS



Tarjeta de identificación de Medicaid del miembro de Centro de Enfermería STAR+PLUS Dual



Cómo leer su tarjeta

Parte delantera	Reverso
Nombre del plan o programa de salud	Información de contacto de Servicios para Miembros
Nombre, n.º de identificación y fecha de nacimiento del miembro	¿Qué hacer durante una emergencia?
Nombre de médico de atención primaria (PCP) / teléfono del PCP	Información de Coordinación de Servicios
Fecha de emisión de la tarjeta / fecha de vigencia del médico de atención primaria	Información de contacto de salud conductual

Cómo leer su tarjeta

Parte delantera	Reverso
Nombre del plan o programa de salud	Información de contacto de Servicios para Miembros
Nombre del miembro	¿Qué hacer durante una emergencia?
N.º de identificación y fecha de nacimiento del miembro	Información de Coordinación de Servicios
Información de Servicios y Apoyo a Largo Plazo	Información de contacto de salud conductual

¿Cómo usar su tarjeta de identificación?

Muestre su tarjeta de identificación cuando obtenga servicios de atención médica. También necesitará mostrar su tarjeta de "Your Texas Benefits Medicaid". Debería traerla consigo siempre. No necesita mostrar su tarjeta de identificación antes de recibir atención médica de emergencia.

¿Cómo reponer una tarjeta de identificación perdida o robada?

Si se le pierde o le roban su tarjeta de identificación, comuníquese gratuitamente con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. Usted puede obtener una nueva tarjeta de identificación del miembro.

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 gratis al 1-855-827-3748.

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.

Si se le olvida la tarjeta, el doctor, dentista o farmacéutico puede usar el teléfono o Internet para asegurarse de que usted recibe beneficios de Medicaid.

Your Texas Benefits Medicaid website:
www.YourTexasBenefits.com

Los clientes mayores de edad de Medicaid pueden ahora ver la información disponible sobre su salud en línea. Visite www.YourTexasBenefits.com.

Usted podrá:

- Ver información sobre sus beneficios y su caso
- Ver, imprimir y ordenar tarjetas de Medicaid
- Ver y configurar alertas y notificaciones por correo electrónico de Pasos Sanos de Tejas para usted y su familia
- Elegir si desea o no compartir información sobre su salud
- Ver información sobre su salud disponible, incluyendo:
 - Acontecimientos en su salud

- Recetas médicas
- Visitas anteriores de Medicaid
- Resultados de laboratorio
- Información sobre vacunas

Para acceder al portal, visite YourTexasBenefits.com:

- Haga clic en “Ver mi caso”
- Siga los pasos para crear una cuenta o entrar al sistema
- Una vez que haya entrado al sistema, haga clic en la etiqueta de “Medicaid” en la parte superior derecha de la pantalla
- Localice su caso
- Haga clic en “Ver Servicios e Historial de Salud”

Si tiene preguntas, llame al 1-855-827-3748, o email ytb-card-support@hpe.com

Ejemplo 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? Pharmacists can use the non-managed care billing information on the back of this card.
Issuer ID:	Date card sent:

Formulario de verificación provisional – Formulario 1027-A
Si pierde su tarjeta "Your Texas Benefits Medicaid", póngase en contacto con la oficina de la Comisión de Salud y Servicios

Humanos (HHSC, por sus siglas en inglés). Llame al (800) 252-8263 o 2-1-1. La HHSC le dará una verificación provisional llamada formulario 1027-A. Puede usarlo 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 (PCP) es su médico de cabecera. También puede ser una enfermera, clínica o el médico que acude a su centro de enfermería. Este médico lo conoce bien. Él o ella tratará la mayoría de sus necesidades de salud o lo referirá a un proveedor que pueda. El nombre y número telefónico de su médico están en su tarjeta de identificación, a menos que usted tenga Medicare.

¿Cómo obtengo servicios médicos?

Debe recibir toda su atención médica con proveedores de Molina. Su Directorio de proveedores enumera los proveedores que forman parte de la organización. Esto incluye una lista de nombres, especialidades, direcciones, números telefónicos y calificaciones profesionales de su proveedor, como escuela de medicina, residencia y estado de certificación profesional. Puede encontrar el Directorio de proveedores nuestra página web. Si quisiera una copia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

Su PCP lo puede ayudar con:

- pruebas y resultados
- análisis de laboratorio
- vacunas

- enfermedades
- consultas con especialistas
- hospitalización

También puede consultar los siguientes proveedores para exámenes físicos y atención preventiva:

- Centro de salud acreditado a nivel federal
- Clínicas rurales de salud
- Departamentos de Salud del condado

Si tengo Medicare ¿tendré asignado un proveedor de atención primaria?

No, si usted tiene Medicare, no se le asignará un proveedor de atención primaria.

¿Cómo puedo consultar a mi proveedor de atención primaria si no visita mi centro de enfermería?

Usted, o alguien que lo haga en su nombre, puede llamar a su proveedor de atención primaria para hacer una cita. El personal del centro de enfermería puede ayudar a coordinar transporte para sus citas.

¿Cómo puedo cambiar de proveedor de atención primaria?

Molina le puede ayudar a cambiar su proveedor de atención primaria. Usted, o alguien que lo haga en su nombre, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

¿Cuándo entraría en vigor el cambio de proveedor de atención primaria?

El cambio de PCP realizados entrarán en vigencia el primer día del siguiente mes en que hizo su solicitud.

¿Cómo obtengo atención de especialistas?

Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades. En algunas ocasiones, tendrá que consultar con otro tipos de médicos. Estos médicos se conocen como especialistas. Es una buena idea verificar el Directorio de proveedores o con el Departamento de Servicios para Miembros si el médico es parte de Molina.

¿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 al número de teléfono gratuito de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

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

Pautas de citas

El consultorio de su médico debe hacer las citas dentro de este marco de tiempo:

Tipo de cita	Cuándo debería obtener la cita
Cuidado urgente	Dentro de 24 horas.
Cuidado de rutina o no urgente	Dentro de 14 días.
Cuidado preventivo para niños	Dentro de 14 días de la inscripción para recién nacidos. Dentro de 60 días de la inscripción para otros miembros menores elegibles. Los miembros actuales deberían recibir cuidado preventivo del niño de acuerdo con el calendario de Pasos Sanos de Tejas.
Cuidado preventivo para adultos	Dentro de 90 días.
Especialista	Dentro de 30 días.

¿Qué hago en caso de emergencia?

Si piensa que necesita cuidados de emergencia o si se encuentra en una situación crítica, comuníquese con el personal de su Centro de enfermería de inmediato. Ellos le ayudarán a recibir la atención que necesita.

¿Qué sucede si necesito atención hospitalaria?

Algunas veces, usted necesita cuidados hospitalarios. A veces la atención hospitalaria no es una emergencia. Si esto sucede, comuníquese con el personal del centro de enfermería. Ellos le pueden ayudar a organizar cuidado que no sea de emergencia. Molina puede necesitar aprobar esto. Atención de emergencia no necesita aprobación de Molina. Atención de Emergencia no necesita que el personal de su centro de enfermería lo apruebe.

Atención médica y otros servicios

¿Qué quiere decir médicamente necesario?

Médicamente necesario significa:

1. 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
2. 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.

Molina solo determinará la necesidad médica de servicios adicionales de centros para convalecientes y servicios de atención de casos agudos. Los servicios adicionales de centros para convalecientes son, entre otros, servicios dentales de emergencia, servicios de rehabilitación ordenados por un doctor, sillas de ruedas eléctricas personalizadas y aparatos de comunicación por audio.

¿Qué es atención médica de rutina?

Atención médica de rutina es cuando usted acude a su PCP para chequeos médicos sin estar enfermo. Este cuidado médico es importante para mantenerse en buen estado de salud. Un ejemplo de esto es un examen físico completo de rutina. Un médico puede atenderle por lo menos una vez al año o como lo necesite para cumplir con sus necesidades médicas.

¿Qué tan pronto puedo esperar que se me atienda para atención médica de rutina?

Puede llamar a su PCP para atención médica de rutina. Un médico puede atenderle por lo menos una vez cada 30 días durante los primeros 90 días después de la admisión, y por lo menos una vez cada 60 días después de eso o según se necesite. Coordinación de Servicios también puede ayudar a alinear su atención médica de rutina. Si necesita ayuda, llame a su coordinador de servicios al (866) 409-0039 o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

¿Qué es 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 tan pronto puedo esperar a que me atiendan?

¿Necesito una autorización previa?

Lo deberían atender lo más pronto posible. El personal de la sala de emergencias decidirá conforme a su condición médica. Comuníquese con el personal de su centro de enfermería si necesita ayudar para acudir a la sala de emergencias. No se necesita autorización previa para recibir servicios de emergencia.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

Molina cubre de manera limitada servicios dentales de emergencia para:

- Luxación mandibular.
- Daño traumático de los dientes y las estructuras de soporte.
- Extirpación de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales en los dientes o las encías.
- Medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

Molina es responsable de los servicios dentales de emergencia brindados a los miembros de Medicaid en el entorno de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Pagaremos el hospital, el doctor y los servicios médicos relacionados (por ejemplo, anestesia y medicamentos).

Los procedimientos dentales de emergencia cubiertos son, entre otros:

- alivio de dolor intenso en una cavidad bucal relacionado con una infección grave o hinchazón;
- reparación de daños por pérdida de dientes debido a trauma (solo atención de casos agudos, no se hace restauración);
- reducción abierta o cerrada de una fractura de la maxila o la mandíbula;
- reparación de una laceración en o cerca de la cavidad bucal;
- extirpación de neoplasias, incluso lesiones, tumores y quistes benignos, premalignos y malignos;
- incisión y drenaje de celulitis;
- endodoncia. El pago está sujeto a una revisión de la necesidad dental y se tiene que hacer radiografías antes y después de la cirugía; y
- extracciones: un solo diente permanente; un solo diente primario; dientes supernumerarios; inclusión de los tejidos blandos; inclusión ósea parcial; inclusión ósea completa; extracción quirúrgica del diente o la punta de la raíz residual.

¿Están cubiertos los servicios dentales que no son de emergencia?

Molina no es responsable de pagar los servicios dentales periódicos que reciben los miembros de Medicaid.

Sin embargo, Molina es responsable de pagar el tratamiento y los aparatos para anomalías craneofaciales.

¿Qué 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.

Atención especializada

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

Si necesita un servicio o médico especial, su PCP le puede ayudar. Su coordinador de servicios puede coordinar sus consultas con un especialista. Recuerde que si usted tiene Medicare y Medicaid, Medicare cubre los beneficios de cuidado intensivo.

¿Qué tan pronto puedo esperar a 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.

Segunda opinión

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

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

Servicios de planificación familiar

¿Cómo puedo conseguir servicios de planificación familiar?

Los servicios de planificación familiar, como anticonceptivos y asesoría son confidenciales. No necesita consultar a su médico para recibir estos servicios. Puede acudir a cualquier proveedor de planificación familiar que acepte Medicaid. Pida a su centro de enfermería o coordinador de servicio que le ayude a encontrar un proveedor cerca de usted.

¿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 <http://www.dshs.texas.gov/famplan>, o puede llamar a Molina al (866) 449-6849 para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

Cuidado de obstetra ginecólogo

¿Qué sucede si necesito cuidado de obstetra ginecólogo?

¿Tengo derecho a escoger 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 dentro de las primeras dos (2) semanas de su llamada. Si necesita ayuda, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o a su Coordinación de Servicios. El personal de su centro de enfermería puede ayudarle a hacer esta llamada.

Si no selecciono un obstetra ginecólogo, ¿tengo acceso directo? ¿Necesitaré una remisión para consultar un obstetra ginecólogo?

Usted tiene acceso directo para consultar un obstetra ginecólogo. No necesita una remisión de su PCP. Usted

puede elegir cualquier obstetra ginecólogo indicado en el Directorio de proveedores de Molina.

¿Qué tan pronto me pueden atender después de contactar al obstetra ginecólogo para una cita?

La atenderán dentro de las primeras dos (2) semanas del día que llamó para hacer la cita.

¿Puedo quedarme con mi obstetra ginecólogo si no está con Molina?

Usted puede consultar un médico que no sea parte de la red de Molina si:

- usted está embarazada cuando empieza su cobertura con Molina y usted está consultando un médico que no es médico de Molina. Usted puede seguir consultando ese médico si se encuentra en los últimos tres meses de embarazo;
- también puede consultar a ese médico si usted padece un problema de salud y el cambiar a un médico nuevo sería arriesgado. Si no, necesitará consultar un médico de Molina.

Servicios cubiertos

¿Cuáles son mis beneficios médicos?

Aquí tiene una lista de **algunos** servicios médicos que puede obtener de Molina. Algunos de sus beneficios tienen límites. Si necesita detalles acerca de las limitaciones en beneficios u otra información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

Servicios cubiertos	
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 y hasta los 20 años de edad) por medio del Programa Pasos Sanos de Tejas.
Servicios de audiología, incluyendo audífonos, para niños y adultos	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.
Atención prenatal	Medicamentos y sustancias biológicas administrados durante hospitalización.
Servicios de maternidad proporcionados por un médico y enfermera partera titulada (CNM, por sus siglas en inglés) en un centro de maternidad autorizado	Podología

Servicios cubiertos - continuación	
Servicios de parto proporcionados en un centro de maternidad autorizado	Servicios en centro de enfermería
Servicios para examen de detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer	Servicios de atención primaria
Servicios quiroprácticos	Servicios de prevención, incluyendo un examen anual de bienestar del adulto para pacientes de 21 años de edad en adelante.
Diálisis	Radiología, imagenología y radiografías
Suministros y equipo médico duradero	Servicios de médico especialista
Servicios de Intervención Temprana en la Infancia (EICI, por sus siglas en inglés)	Terapias: física, ocupacional y del habla
Servicios de planificación familiar	Trasplante de órganos y tejidos
Servicios de atención médica domiciliaria	Visión (incluye optometría y lentes).

Servicios cubiertos - continuación	
Servicios de hospital, incluyendo servicios de internación y ambulatorios	Telemedicina
Laboratorio	Telesalud
Mastectomía / reconstrucción de seno y procedimientos de seguimiento relacionados	

¿Cómo puedo obtener estos servicios?

Su PCP proporciona la mayoría de los servicios. Si su PCP no le brinda un servicio, se le enviará a un proveedor que sí pueda. Si tiene una emergencia, comuníquese con el personal del centro de enfermería. Le pueden ayudar a llegar a la sala de emergencias o coordinar transporte de emergencia o los servicios que posiblemente necesite.

¿Existe algún límite para algún servicio cubierto?

Algunos de los servicios cubiertos pueden tener limitaciones. Si tiene preguntas sobre un servicio específico, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849 o comuníquese a su centro de enfermería para ayudarle a hacer la llamada.

Beneficios de atención médica aguda

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica aguda?

Los beneficios de atención médica aguda incluyen consultas con su médico, radiografías, análisis de laboratorio y otros servicios médicos. Hay varias formas de obtener más información o para ayudar a coordinar sus beneficios de atención médica aguda. Póngase en contacto con el personal de centro de enfermería, llame a su coordinador de servicios al (866) 409-0039 o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. Si tiene Medicare y Medicaid, Medicare cubre sus beneficios de atención médica aguda.

¿Cómo obtengo servicios de atención médica aguda? ¿A qué número llamo para enterarme de estos servicios?

Llame a su PCP e infórmele qué servicio necesita. Su médico le ayudará a conseguirlo. Para algunos servicios, puede ir directamente al proveedor que se los brinda. Si necesita ayuda, llame a su coordinador de servicios al (866) 409-0039 o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

¿Qué servicios aún puedo obtener por medio de Medicaid regular, que no están cubiertos por Molina?

- Examen previo a la admisión y revisión de residencia (PASRR, por sus siglas en inglés) - PASRR es un requisito federal que ayuda a determinar si una persona no está colocada de manera inadecuada en un centro de enfermería para atención a largo plazo.

- Cuidados paliativos.
- Servicios de salud conductual (BH) en el área de servicio de Dallas.

Nota: a partir del 1.º de enero de 2017, Molina Healthcare será responsable por los servicios de salud conductual de Medicaid en el área de servicio de Dallas.

Beneficios de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)

¿Cuáles son los beneficios de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?

Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) son beneficios que ayudan a personas que viven fuera de un centro de enfermería a estar seguros e independientes en su casa o en la comunidad. Estas personas puede conseguir LTSS si requieren ayuda con necesidades cotidianas de vivienda y autosuficiencia. Si quiere abandonar el centro de enfermería y vivir independientemente en su comunidad, usted podrá obtener servicios para ayudarle a vivir con más independencia. Estos servicios incluyen: ayuda para vestirse, bañarse o ir al baño; preparar comidas; hacer tareas domésticas leves, así como ayudar en compras de provisiones.

Otros beneficios de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) de STAR+PLUS:

Algunos miembros de STAR+PLUS pueden obtener otros servicios a largo plazo, conforme a sus necesidades médicas. Estos se denominan Servicios de exención de STAR+PLUS (usted debe haber oído que 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 y del habla)
- supervisión de protección
- servicios de asistencia de transición
- servicios dentales
- terapia de rehabilitación cognitiva
- ayuda de empleo
- empleo con apoyo

¿Cómo puedo obtener estos servicios? ¿Qué número debo llamar para recibir más información?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. O llame a su Coordinador de Servicios al (866) 409-0039.

¿Cuáles son mis beneficios LTSS de centro de enfermería?

Cuando se encuentra en un centro de enfermería, todas sus necesidades de cuidado personal se proporcionan en el centro donde usted vive.

¿Cómo cambiarían mis beneficios si me cambio dentro de la comunidad?

Si usted decide mudarse dentro de la comunidad, se le realizará una evaluación de los servicios disponibles mencionados arriba. Los beneficios LTSS están disponibles para usted en base las necesidades y preferencias de elegibilidad y evaluación de su programa. Puede ponerse en contacto con su Coordinador de Servicios para que le ayude, llamando al (866) 409-0039.

Proceso de Aprobación

¿Qué es una remisión?

Una “remisión” es una aprobación para que usted reciba ciertos servicios médicos. Molina no requiere remisiones. Pero algunos servicios pueden requerir autorización previa (PA, por sus siglas en inglés). Una aprobación previa (PA) es una solicitud de servicio de parte de su médico. De ser necesario, su PCP le ayudará a conseguir una PA.

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

Molina no requiere remisiones, pero algunos servicios pueden requerir PA. El personal médico de Molina Healthcare y su médico revisan la necesidad de su atención médica antes de que brindar los servicios. De esta manera, se aseguran de que esto es lo correcto para su condición específica.

Hable con su médico acerca de servicios cubiertos que requieren o no requieren PA. Si necesita más información, también puede visitar MolinaHealthcare.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Servicios no cubiertos

¿Qué servicios no son beneficios cubiertos?

Los servicios que no cubre Medicaid no serán cubiertos por el plan de salud de Molina. Algunos de los servicios que no están cubiertos se indican a continuación. Si necesita una lista completa de los servicios que no están cubiertos, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

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

Esta no es una lista completa de los servicios no cubiertos por Medicaid ni Molina Healthcare. Si tiene una pregunta sobre si un servicio está cubierto, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Cómo obtener atención de emergencia mientras viaja

¿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 fuera del estado, 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.

Servicios de Valor Añadido de Molina

¿Qué servicios 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 a los miembros de Molina! Si necesita detalles, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios de valor añadido?

En su Kit de bienvenida encontrará una lista de Servicios de Valor Añadido. Sus Servicios de Valor Añadido y el Manual del miembro se actualizan de vez en cuando. Puede encontrar las versiones más actualizadas si visita nuestra página web **MolinaHealthcare.com** o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

Algunos Servicios de Valor Añadido pueden tener restricciones o limitaciones. El Departamento de Servicios para Miembros puede responder todas sus preguntas y ayudarlo a obtener servicios. También puede llamar a su coordinador de servicios al (866) 409-0039, quien puede ayudarlo a obtener estos servicios. También le podemos enviar una copia de la lista de Servicios de Valor Añadido o del Manual del miembro.

¿Qué clases de educación de la salud Molina Healthcare ofrece?

Para ayudarlo a mantenerse usted y a su familia saludable, Molina ofrece clases de educación de la salud cerca de su casa. Si necesita más información, llame a su Coordinador de Servicios al (866) 409-0039. El personal de su centro de enfermería puede ayudarlo a comunicarse con su Coordinador de Servicios.

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. Algunos de estos son: asma, enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes. Nosotros contamos con un programa especial

para ayudarle también a llevar un embarazo saludable. Los programas incluyen: materiales educativos, llamadas telefónicas y consejos. Usted puede participar de una manera para manejar mejor sus necesidades.

Si usted tiene alguna de las condiciones antedichas, usted será inscrito. Recibirá materiales educativos y boletines. Si su condición es más grave, usted puede obtener una llamada telefónica de su Administrador de Casos o Coordinador de Servicios. Ellos trabajarán con usted y sus médicos para conseguirle lo que necesita para estar bien. Si quiere saber más sobre estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

Servicios de salud conductual, salud mental o abuso de sustancias adictivas (drogas)

¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de salud conductual, salud mental, alcoholismo o problemas con drogas?

Llame a nuestra línea de Servicio a Cliente de Salud Conductual al (866) 449-6849. No necesita llamar a su PCP para recibir una aprobación a estos servicios. Si tiene una emergencia o necesita cuidado de crisis, comuníquese con el personal de su centro de enfermería de inmediato. Ellos le ayudarán. 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 salud conductual o atención por abuso de sustancias?

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

¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y Administración de Casos con un enfoque en salud mental?

¿Cómo puedo obtener estos servicios?

Estos servicios están disponibles para adultos que tienen Medicaid, quienes fueron evaluados y se determinó que tienen una enfermedad mental persistente (SPMI, por sus siglas en inglés), como esquizofrenia, depresión grave y trastorno bipolar. Si necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849 o llame a su coordinador de servicios al (866) 409-0039.

Medicamentos recetados

¿Cuáles son mis beneficios de medicamento recetados? (solo sin doble elegibilidad)

Si usted solo tiene Medicaid, Medicaid paga por la mayoría de sus medicamentos que su médico dice que usted necesita. Los medicamentos recetados están cubiertos cuando son médicamente necesarios, están indicados en el Formulario de Medicaid de Texas y los ordena su médico u otro médico que le esté dando tratamiento. El Formulario de Medicaid de Texas es una lista de los medicamentos que su médico puede ordenarle. Usted debe ir a una red de farmacias de Molina para surtir su receta médica. Los medicamentos recetados también están cubiertos cuando se los dan en una sala de emergencias u hospital y cuando los ordena un médico

del plan para un servicio cubierto. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre sus beneficios de medicamentos recetados.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que usted necesita. Su doctor le hará una receta y la enviará por teléfono, fax o electrónicamente al centro para convalecientes para que le pidan, surtan, dispensen y administren el medicamento a usted.

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

Generalmente, su centro de enfermería recibirá los medicamentos de la farmacia de la red de Molina después de que su médico los ordene. Usted no tendrá que enviar o llevar recetas médicas a la farmacia. El personal del centro de enfermería le administrará sus medicamentos en base a las instrucciones de su médico. Si tiene más preguntas acerca de cómo recibir sus medicamentos mientras se encuentra en un centro de enfermería, usted puede hablar con el personal de su centro de enfermería, su médico, su coordinación de servicios o con el Departamento de Servicios para Miembros.

¿Qué farmacias puedo usar? ¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Su centro de enfermería debe usar una farmacia de la red de Molina. También puede conseguir que le surtan su receta en la mayoría de farmacias en Texas, incluyendo Walgreens, Kroger, HEB, Randall's, Target, Wal-Mart y CVS. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, comuníquese

gratuitamente con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

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

Usted debe ir a una farmacia de la red de Molina para que su receta médica esté cubierta. Si necesita ayuda para encontrar una, comuníquese gratuitamente con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849 o pregunte a su Coordinador de Servicios. También puede entrar a www.MolinaHealthcare.com y pulse el enlace "Find a Pharmacy" (Encontrar una farmacia). Esto le mostrará una lista de farmacias.

Si se encuentra fuera del estado y necesita recetas médicas de emergencia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Le podemos ayudar a encontrar una farmacia de Molina o trabajar con una farmacia fuera de la red para pagar por el medicamento. Es posible que tenga que pagar por su receta y enviar el recibo a Molina y así, si se aprueba, podamos reembolsarle.

¿Qué llevo conmigo a la farmacia?

Sus medicamentos se le entregarán en la farmacia de la red de Molina. Si va a una farmacia, necesitará su tarjeta de identificación de Molina y la receta que le dio su médico.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?

La farmacia de la red de Molina entregará sus medicamentos al centro de enfermería. Si necesita una forma de distribución diferente, puede ponerse en contacto con su Coordinador de Servicios. Si necesita más ayuda,

llame a su Coordinador de Servicios al (866) 409-0039 o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

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

Si necesita ayuda, llame a su Coordinador de Servicios al (866) 409-0039 o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

¿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?

Si se le pierde el medicamento o se lo roban, pida a la farmacia que llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

¿Qué sucede si también tengo Medicare?

Si usted tiene Medicaid y Medicare, Medicare cubre sus recetas médicas. No habrá cargo por la manera que obtenga sus medicamentos recetados. Es posible que tenga medicamentos adicionales que Medicaid cubra, pero que no estén cubiertos por Medicare. Es posible que Medicaid también haga su copago en algunos de los medicamentos cubiertos de Medicare.

¿Dónde puedo encontrar respuestas a mis preguntas sobre beneficios de medicamentos?

Hable con su proveedor acerca de cualquier medicamento que necesite. Si necesita más información acerca de sus beneficios de medicamentos y el proceso de farmacia, visite 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.

Coordinación de Servicios

¿Qué es la coordinación de servicios?

Un proceso especializado de servicios y atención que incluye:

- Identificar las necesidades físicas, mentales o a largo plazo del miembro
- Tratar cualquier necesidad particular del miembro que podría mejorar los resultados y su salud o bienestar
- Ayudar al miembro para asegurar que tenga acceso coordinado y oportuno a una variedad de servicios o servicios cubiertos por Medicaid para los que califica
- Colaborar con el centro para convalecientes para asegurar que se obtengan los mejores resultados posibles para la salud y seguridad del miembro
- Coordinar la prestación de servicios para los miembros que están haciendo la transición para volver a la comunidad

¿Qué hará por mí un Coordinador de Servicios?

Coordinación de Servicios es un servicio especial para miembros de STAR+PLUS. Es una manera de ayudar a manejar su salud, servicios y apoyos a largo plazo, así como necesidades de cuidado de salud conductual. Cuando se inscribe con Molina, le asignamos un Coordinador de Servicios. Ellos le ayudan con todas sus necesidades de atención médica. Molina proporciona un Coordinador de Servicios a todos los miembros de STAR+PLUS que residen en un centro de enfermería.

Su Coordinador de Servicios:

- le llamará para conocerle y enterarse de sus necesidades de atención médica, salud conductual y de servicios y respaldos a largo plazo;
- usará una "encuesta preventiva" para ayudar a decidir si necesita más ayuda de inmediato;
- hablará con Administradores de Casos, proveedores, farmacéuticos u otras personas importantes para su cuidado;
- 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 verificar su salud y vigilar su plan de servicios.

¿Cómo puedo hablar con un Coordinador de servicios?

Puede ponerse en contacto con su Coordinador de Servicios para asistencia con preguntas o inquietudes, llamando al (866) 409-0039.

¿A quién llamo si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude?

Si necesita ayuda, puede llamar a su Coordinador de Servicios al (866) 409-0039 o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. Le podemos informar sobre los servicios que Molina tiene en su área. También, es importante informar a su proveedor de atención primaria que tiene necesidades especiales de atención médica.

Transporte

Servicios De Transporte De Molina Para Los Residentes De Centros Para Convalecientes

¿Qué servicios de transporte se ofrecen?

El centro para convalecientes es responsable de brindar servicios de transporte periódicos que no sean de emergencia. Si es médicamente necesario, Molina brinda transporte en ambulancia que no sea de emergencia para los miembros que necesiten de este servicio.

¿Cómo obtengo este servicio?

Para obtener transporte en ambulancia que no sea de emergencia, su proveedor tiene que comunicarse con Molina para pedir que se autoricen estos servicios. Puede comunicarse por teléfono con su Coordinador de Servicios para conseguir transporte en ambulancia. Llame a su Coordinador de Servicios al (866) 409-0039.

Visión

¿Cómo obtengo servicios de visión?

Un proveedor de atención de visión puede brindarle atención para la vista de rutina. Su Coordinador de Servicios puede ayudarle a conseguir una lista de proveedores de la sección de Visión de su Directorio de proveedores. No necesita una remisión de su PCP para cuidado de vista de rutina. Si tiene un problema médico con sus ojos, llame a su PCP primero. Si su médico no puede tratar su problema médico, lo remitirá a un oculista 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 de interpretación en consultas con el médico

¿Puede alguien interpretarme la conversación con mi médico? ¿Con quién debo comunicarme?

Cuando programe una consulta médica, informe al proveedor si necesita un intérprete. Si el proveedor no tiene alguien para interpretarle, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849 para que le ayuden con estos servicios.

¿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.

Consejos generales de atención médica

- Tenga un rol activo en su atención médica: planeé por adelantado.
- Programe sus consultas a una hora conveniente para usted.
- Si le preocupa esperar demasiado en el consultorio del médico, pida su cita cuando el consultorio esté menos ocupado.
- Tenga 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 con el médico:

- Haga una lista de las preguntas que quiere hacer antes de ir a la cita.
- Haga preguntas a su médico.
- Pregunte sobre los posibles efectos secundarios de los medicamentos que le han recetado.
- Asegúrese de informarle a su médico si bebe té o toma hierbas. Además, informe a su médico sobre las vitaminas o medicamentos sin receta que use.

Si visita a su médico cuando está enfermo:

- Dé a su médico tanta información como pueda.
- Informe a su médico si su condición está empeorando o si se siente igual.
- Dígale a su médico si ha tomado algún medicamento recientemente.
- Lleve consigo una lista de sus medicamentos a todas sus citas con el médico.

¿Cómo Molina Healthcare paga a los proveedores por su cuidado?

Molina Healthcare contrata proveedores de diferentes maneras. Algunos proveedores de Molina Healthcare reciben un pago por el servicio prestado. Esto significa que se les paga cada vez que atienden pacientes en su consultorio, o por cada procedimiento que realizan. A otros proveedores se les paga una cantidad fija al mes por cada miembro que se les asigna a su cuidado, aunque el paciente no lo visite en el consultorio todos los meses.

Planes de incentivos para doctores

Molina premia a los doctores cuyos tratamientos reducen o limitan los servicios prestados a las personas cubiertas por Medicaid. 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.

Molina Healthcare no recompensa a proveedores o empleados que niegan cobertura o servicios médicos.

Molina Healthcare tampoco otorga bonos a proveedores por brindarle menos cuidado. Si necesita más información sobre cómo se les paga a los proveedores, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros.

Pagos y facturas

¿Qué sucede si recibo una factura de mi centro de enfermería? ¿Con quién debo comunicarme? ¿Qué información necesitarán?

Si recibe una factura de su centro de enfermería por servicios cubiertos, llame a la oficina de administración del centro de enfermería y asegúrese de tener a la mano su información de Medicaid o Medicare, o de cualquier otra póliza de seguro. Toda la información que su centro de enfermería necesita para facturar a Molina es su tarjeta de identificación. Los miembros son responsables de pagar el Ingreso Aplicado cada mes.

También puede obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros. Para ayudarle con la factura de su centro de enfermería, ellos necesitan:

1. El nombre del paciente.
2. El número de identificación Medicaid del miembro.
3. La fecha de servicio.
4. El nombre del centro de enfermería que le envía la factura.
5. El monto que le están facturando.

Es posible que deba pagar por los servicios que no estén cubiertos. Es posible que deba pagar por los servicios prestados por proveedores que no forman parte de nuestra

red. Si los servicios fueron por una emergencia, no tiene que pagar. Si usted necesita ayuda, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

¿Qué son ingresos contables y cuáles son mis responsabilidades?

Son los ingresos personales del miembro que, como beneficiario de Medicaid, tiene que proporcionar al centro para convalecientes como parte de su participación en los costos.

Cada vez que el centro para convalecientes envía un cobro a Medicaid, el miembro tiene que entregarle al centro sus ingresos contables. La cantidad se determina al dividir la cantidad total de los ingresos mensuales por el número de días que el miembro vive en el centro cada mes. Al miembro se le permite quedarse con \$60 para sus gastos personales.

¿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 el 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.

Evaluación de las novedades médicas

Evaluamos nuevos tipos de servicios y encontramos maneras para proporcionar esos servicios. Evaluamos nuevas investigaciones para determinar si los nuevos servicios han demostrado ser seguros para añadirlos a los beneficios. Molina Healthcare revisa los siguientes tipos de servicios por lo menos una vez al año:

- servicios médicos
- servicios de salud mental
- medicamentos
- equipo médico

Elegibilidad e inscripción

Cancelación de la membresía

¿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.

Cómo finalizar su membresía

¿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+PLUS de Texas al 1-800-964-2777. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera, pero no más de una vez al mes.

Si está en el hospital, un centro de tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias (SUD), o centro residencial de desintoxicación para SUD, no puede cambiar de plan de salud hasta que lo den de alta.

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 me comunico si necesito información de cómo cambiar mi plan?

Usted, o alguien que usted haya autorizado para llamar en su nombre, puede llamar a la línea directa del Programa STAR+PLUS de Texas al (800) 964-2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

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

¿Molina Healthcare of Texas puede solicitar que me saquen del plan (por falta de cumplimiento normativo, etc.)?

Sí, Molina puede solicitarle que 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 de ID de "Your Texas Benefits Medicaid";
- es muy difícil para su médico ayudarlo.

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.

Quejas y apelaciones

Cómo presentar una queja o apelación

Si usted no está satisfecho con algo relacionado a Molina Healthcare o sus proveedores, llámenos lo más pronto posible. Esto también incluye cuando no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado. Queremos saber si no está contento para poder ayudarle. Usted, o una persona que usted quiera que hable por usted, puede llamarnos. Si quiere que alguien hable por usted, necesitará avisarnos sobre esto.

Usted puede presentar un reclamo o apelación a nombre de un miembro menor de 18 años de edad sin la necesidad de un consentimiento por escrito cuando el individuo que presenta la queja o apelación pertenece al grupo de asistencia del miembro.

¿Qué hago si tengo una queja sobre la atención médica, mi proveedor, mi coordinador de servicios o mi plan médico?

¿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 lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de Molina, 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
Health Plan Operations - H-320
P.O. Box 85200
Austin, TX 78708-5200
ATTN: Resolution Services

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja por correo electrónico a: HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us

¿Puede alguien de Molina ayudarme a presentar una queja?

Si, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. Nosotros podemos ayudarle.

¿Cuánto tiempo llevará procesar mi queja?

Su queja se manejará dentro de los primeros 30 días naturales a partir de que se reciba. Esto podría tomar menos de 30 días. Usted recibirá una carta que le dice de qué manera se resolvió su queja. Esta le explicará el proceso completo de quejas y apelaciones. También le informará sobre sus derechos de apelación. Si la queja está relacionada a una emergencia por internación en el hospital o cuidado en curso, Molina resolverá su queja dentro de un (1) día hábil.

¿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 la recibimos. Analizaremos su queja. Decidiremos el resultado

y le enviaremos una carta que lo explique. El proceso no tomará más de 30 días.

Si no estoy conforme con los resultados, con quién más puedo comunicarme una vez que haya pasado por el proceso de queja de Molina?

Puede llamar a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas al (800) 566-8989.

También puede escribir a:

Texas Health and Human Services Commission
Health Plan Operations - H-320
P.O. Box 85200
Austin, Texas 78708-5200
ATTN: Resolution Services

Si usted tiene acceso al internet, puede enviar su queja por correo electrónico al: HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us.

¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación a queja?

Sí, si usted no está conforme 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 a queja. El panel de apelación de Molina incluye un médico, un miembro y un empleado de Molina. El médico conocerá su tipo de queja. Los miembros del panel no han estado involucrados en su caso antes. Nosotros le avisaremos que recibimos su apelación. Una carta le explicará el proceso completo de quejas y

apelaciones. Esta carta también le informará sobre su derecho a presentar una apelación.

Molina Healthcare le enviará un aviso por escrito si decidimos:

- denegar una solicitud a cubrir un servicio para usted;
- reducir, suspender o detener los servicios antes de que usted reciba todos los servicios aprobados; o
- denegar el pago por un servicio recibido que no está cubierto por Molina Healthcare.

También le enviaremos un aviso por escrito si, para la fecha en que debíamos, no hemos:

- tomado una decisión sobre la cobertura de un servicio solicitado para usted;
- dado una respuesta a algo que nos informó por lo que no estaba satisfecho.

¿Cómo sabré si los servicios fueron denegados o limitados?

Si Molina deniega o limita 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 por completo o limitamos parcialmente.

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 and Appeals
P. O. Box 165089
Irving, TX 75016

¿Puedo continuar con los 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 se estaba denegado o limitado un servicio, o a partir de la fecha en que los servicios terminaron. 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?

Si no está de acuerdo con la decisión manifestada en la carta, y se comunica con nosotros dentro de los primeros 30 días naturales para pedir que cambiemos nuestra decisión. Esto se conoce como una apelación. El periodo de 30 días

naturales comienza el día después de la fecha de envió por correo en la carta. A menos que le demos una fecha distinta, le daremos una respuesta a su apelación por escrito dentro de 30 días naturales, a partir de la fecha en que se comunicó con nosotros. Si hemos decidido reducir, suspender o detener los servicios antes de que usted reciba todos los servicios que aprobamos, su carta le informará, si usted así lo decide, cómo puede seguir recibiendo los servicios y cuándo tendría que pagar por los mismos.

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. Solamente retrasaremos el proceso si es lo mejor para usted. 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.

¿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 tiene que estar por escrito?

No, usted puede solicitar una apelación por teléfono. Un representante del Departamento de Servicios para Miembros 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. Si quiere ayuda para presentar su apelación, solo pida. El Departamento de Servicios para Miembros está a su disposición. Número de teléfono gratuito: (866) 449-6849

También puede presentar su apelación por escrito y enviarla a:

Molina Healthcare of Texas
Attn: Member Complaints and 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, solo pida ayuda para presentar.

¿Puedo pedir una Audiencia Imparcial Estatal?

También puede solicitar una audiencia imparcial estatal en cualquier momento durante o después del proceso de apelación de Molina, a menos que usted pida 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 pido una apelación acelerada? ¿Mi solicitud tiene que estar 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 me puede ayudar a presentar una apelación acelerada?

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para presentar una apelación acelerada. Cuando llame, simplemente díales 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 and Appeals
P. O. Box 165089
Irving, TX 75016

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

Molina tomará una decisión dentro de un (1) día hábil. Para apelaciones aceleradas, nosotros le mandaremos una carta informándole que estamos procesando de su apelación. También le enviaremos una carta a su proveedor informándole que su apelación se ha resuelto.

¿Qué ocurre si Molina deniega la petición de una apelación acelerada?

Molina puede decidir que su apelación no debería ser acelerada. De ser así, nosotros seguiremos el procedimiento de apelación estándar. Tan pronto como esto se decida, le llamaremos para avisarle que seguiremos el procedimiento de apelación estándar. También vamos a enviarle 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 90 días de la fecha de la carta de decisión del plan de salud. Si no pide la audiencia imparcial dentro de los 90 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
Attn: Member Complaints and Appeals
P. O. Box 165089
Irving, TX 75016

O llamarlos 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 el 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.

Derechos y responsabilidades

Estos derechos y responsabilidades se publican en los consultorios médicos. También están publicados en **MolinaHealthcare.com**.

¿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 tiene derecho a enviar una factura por servicios cubiertos, si es aplicable, por favor envíe reclamos 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.

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.

Los miembros de Molina tienen derecho de recibir hechos de Molina Healthcare, nuestros servicios, médicos y proveedores que tienen contratos con nosotros, así como los derechos y responsabilidades del miembro. También tiene derecho a sugerir cambios a la política de derechos y responsabilidades de miembros de Molina Healthcare.

Directivas anticipadas

¿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. Su Coordinación de Servicios también puede ayudarle con esta tarea. 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 es una directiva anticipada?

Una directiva anticipada es una carta que usted escribe para decirles a los demás el tipo de cuidado que quiere si llega a estar demasiado enfermo para hablar por sí mismo. 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?

Su Coordinación de Servicios le puede proporcionar un formulario de directiva anticipada. Si necesita ayuda, puede ponerse en contacto con su Coordinador de Servicios al (866) 409-0039 o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

Abuso, negligencia y explotación

Usted tiene derecho al respeto y la dignidad, y a no sufrir abuso, maltrato, descuido y explotación

¿Cómo se definen el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación?

El abuso o maltrato es un daño mental, emocional, físico o sexual, o el hecho de no prevenir dicho daño.

El descuido puede causar hambre, deshidratación, medicación excesiva o insuficiente, 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 uso indebido de los recursos de una persona para obtener beneficios personales o monetarios. Esto incluye el uso indebido de los cheques del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), el abuso de una cuenta de cheques conjunta y el robo de bienes y otros recursos.

Cómo denunciar el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación

Por ley, usted debe denunciar cualquier sospecha de abuso, maltrato, descuido o explotación, incluido el uso no autorizado de sujeciones o aislamiento por parte de un proveedor.

Llame al 9-1-1 para comunicar una situación de emergencia o de vida o muerte.

Para presentar una denuncia por teléfono (si no es una emergencia) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, gratis

Presente una denuncia 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 o recibe servicios:

- En un centro para convalecientes;
- En un centro de asistencia con la vida diaria;
- En un centro de cuidado de adultos durante el día;
- De un proveedor con licencia de cuidado temporal de adultos; o
- De una agencia de Servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA) o agencia de Servicios de Salud en Casa.

Las sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación por parte de una HCSSA también se tienen que denunciar al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS).

Todas las demás sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación se pueden denunciar al DFPS llamando al 1-800-252-5400.

Para presentar denuncias electrónicamente (si no es una emergencia): Vaya a <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio web seguro. Tendrá que crear una cuenta y un perfil protegidos con una contraseña.

Información útil para presentar una denuncia

Para denunciar abuso, maltrato, descuido o explotación, es útil tener el nombre, la edad, la dirección y el número de teléfono de todas las personas involucradas.

Fraude, despilfarro y abuso

Fraude, despilfarro y abuso

El Plan de fraude, desperdicio y abuso de Molina Healthcare beneficia a Molina, sus empleados, miembros, proveedores, pagadores y reguladores aumentando la eficiencia, reduciendo desperdicio y mejorando la calidad de servicios. Molina Healthcare considera la prevención, detección e investigación de fraude, despilfarro y abuso seriamente, y cumple con las leyes estatales y federales. Molina Healthcare investiga todos los casos sospechosos de fraude, despilfarro y abuso y rápidamente reporta todos los incidentes confirmados a las agencias gubernamentales apropiadas. Molina Healthcare toma las acciones disciplinarias apropiadas, incluyendo pero sin limitarse al cese de empleo, término de estado como proveedor, y/o cancelación de membresía.

¿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
5605 N. MacArthur Blvd, Ste 400
Irving, Texas 75038
(866) 606-3889

Para reportar un asunto en línea, visite:
<https://molinahealthcare.Alertline.com>.

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.

Definiciones:

Abuso se define como prácticas de proveedores que son inconsistentes con las prácticas sensatas fiscales, profesionales o médicas, y que tienen como resultado costos innecesarios al programa de Medicaid o en restitución por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con las normas profesionales reconocidas para

la atención médica. Esto también incluye las prácticas de destinatarios que resultan en costos innecesarios al programa de Medicaid (42 CFR §455.2).

Fraude significa un engaño intencional o mala representación hecha por una persona con el conocimiento que tal engaño puede resultar en algunos beneficios no autorizados para sí mismo u otra persona. Esto incluye cualquier acto que se constituye como fraude conforme las leyes estatales y federales pertinentes (42 CFR §455.2).

Despilfarro significa gastos en atención médica que se pueden eliminar sin reducir la calidad de atención. El despilfarro de calidad comprende el uso excesivo, la infrautilización y el uso ineficiente de los recursos. La ineficiencia o despilfarro incluye la redundancia, demoras y complejidad de procesos innecesarios. Por ejemplo: el intento de obtener un reembolso por bienes o servicios donde no hay intención de engaño o falsa representación. Sin embargo, el resultado de métodos de facturación deficientes o ineficaces (p. ej.: codificación) genera costos innecesarios a los programas de Medicaid o Medicare.

Las siguientes son algunas maneras que usted puede ayudar a ponerle fin al fraude:

- No dé su tarjeta de ID de Molina Healthcare, su tarjeta de ID médica o su número de ID a ninguna entidad que no sea un proveedor de atención médica, una clínica o un hospital, y sólo cuando reciba atención.
- Nunca preste su tarjeta de identificación de Molina Healthcare.

- Nunca firme un formulario de seguros en blanco.
- Tenga cuidado al dar su número de seguro social.

Información disponible anualmente

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.
 - Si es una emergencia, siga las instrucciones que le dé el centro para convalecientes. El personal del centro se pondrá en contacto con las autoridades apropiadas para coordinar el transporte o los servicios de emergencia.
 - 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

Privacidad del miembro

La privacidad de cada miembro 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.

Su información médica protegida

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 Molina utiliza y comparte su información médica protegida (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 compartir la PHI conforme a los requerimientos o permisos legales.

¿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. Estas incluyen 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. Sólo el personal de Molina que necesite conocer la PHI puede usarla y compartirla.
- El personal de Molina está capacitado para proteger y resguardar la PHI.
- El personal de Molina debe acordar por escrito al cumplimiento de las reglas y 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 información por escrito, tal como la presente notificación, 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.

El quejarse de Molina o reportar algo no cambiará de ninguna manera su atención.

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 las normas de privacidad se encuentra en el Apéndice A en la página 53. También, está disponible en nuestra página web en **MolinaHealthcare.com**. Si tiene preguntas sobre su privacidad o conseguir una copia de la Notificación de las normas de privacidad de Molina, también puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Definiciones

Apelación – una solicitud formal para que Molina Healthcare revise una decisión o acción.

Autorización – una aprobación para recibir un servicio.

Servicios cubiertos – servicios y suministros cubiertos por Molina Healthcare.

Condición médica de emergencia – un problema médico el cual usted considera tan grave como para ser tratado inmediatamente por un proveedor.

Servicios de emergencia – servicios brindados por un proveedor calificado que se necesitan para evaluar, tratar, o estabilizar una condición médica de emergencia.

Queja (reclamo) – una queja sobre Molina Healthcare o un proveedor de atención médica.

Miembro – Una persona que sea elegible para Medicaid y que esté inscrita en el plan de Molina Healthcare.

Atención médica preventiva – atención médica centrada en la detección y tratamiento de problemas médicos y la prevención de enfermedades.

Proveedor de atención primaria (PCP) – un proveedor contratado por Molina Healthcare que usted eligió para que sea su proveedor personal. Su PCP ayuda con la mayoría de sus necesidades médicas.

Autorización previa – el proceso para todo servicio que necesite una autorización de Molina Healthcare antes de llevarse a cabo.

Directorio de proveedores – una lista de todos los proveedores contratados por Molina Healthcare.

Área de servicio - El área geográfica donde Molina Healthcare brinda servicios.

Especialista – un proveedor que se especializa en un tipo particular de atención médica.

APÉNDICE A: NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD 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 efectiva de 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. Asimismo, le informaríamos al médico sobre la suma 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.
- Medidas 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 Molina puede utilizar o compartir mi PHI sin obtener mi 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

Su PHI se puede utilizar o compartir para investigaciones médicas en determinados casos.

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 cumplir con 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 en 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. Asimismo, puede pedir 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. Tiene que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición.
- **Solicitar comunicación confidencial 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. Tiene que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición.
- **Corregir su PHI**
Puede pedir que se realice una modificación (cambio) de 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 denegamos su petición.

- **Recibir un resumen de las divulgaciones de su PHI (compartir su PHI)**

Puede pedirnos que se le proporcione 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 el tratamiento, pago o funciones de atención médica.
- Con personas acerca de su propia PHI.
- Cuando se comparte con su autorización.
- 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.
- 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. Tiene 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 con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

¿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

Puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de lo EE. UU. al:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
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 violación 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 nuestra página 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, póngase en contacto con la siguiente oficina:

Molina Healthcare of Texas
Attention: Manager of Member Services
84 N.E. Loop 410, Suite 200
San Antonio, TX 78216
Teléfono: (866) 449-6849

Esta página está intencionalmente en blanco.