

Bienvenido a la familia de Molina

Molina Healthcare STAR+PLUS Manual de miembros

Junio de 2021

(866) 449-6849



MolinaHealthcare.com



Estás en familia.



Números telefónicos importantes

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

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

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

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

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

¿Qué hago en una emergencia?

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

¿Qué ocurre si necesito atención hospitalaria?

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

Índice

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

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

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

Visión.....	24
¿Cómo obtengo servicios de visión?	24
Servicios dentales	24
¿Qué servicios dentales cubre Molina para los niños?	24
Servicios de interpretación en consultas con el médico	25
¿Puede alguien interpretarme la conversación con mi médico? ¿A quien debo llamar para colicitara un intérprete?	25
¿Con cuánto tiempo de anticipación necesito llamar para conseguir un intérprete?	25
¿Cómo puedo conseguir un intérprete que esté presente en el consultorio de mi proveedor?	25
Atención de obstetricia ginecología	25
¿Qué sucede si necesito cuidado de obstetra ginecólogo? ¿Tengo derecho a elegir un obstetra / ginecólogo?	25
¿Cómo selecciono un obstetra ginecólogo?	25
Si no selecciono un obstetra ginecólogo, ¿tengo acceso directo? ¿Necesitaré una remisión médica?	25
¿Qué tanto pronto me pueden atender despues de contactar al obstetra ginecólogo para cita?	25
¿Qué ocurre si estoy embarazada? ¿A quién necesito llamar?	26
¿Puedo quedarme con mi obstetra ginecólogo si no está con Molina?	26
¿Qué otros servicios, actividades o educación ofrece Molina a las mujeres embarazadas?	26
¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?	26
¿Puedo seleccionar el proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca?	26
¿Cómo y cuándo puedo cambiar al proveedor de atención primaria de mi bebé?	26
¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?	26
¿Cómo y cuándo informarle a Molina sobre el nacimiento de mi bebé?	27
¿Cómo y cuándo le aviso a mi trabajador de caso?	27
¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y yo ya no reciba cobertura con Medicaid?).....	27
Otra información importante.....	29
¿A quién llamo si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude?	29
¿Qué ocurre si estoy muy enfermo para tomar decisiones sobre mi atención médica?	29
¿Qué son las directivas anticipadas?	29
¿Cómo consigo un formulario para una directiva anticipada?	29
¿Qué necesito hacer si necesito ayuda para llenar mi solicitud de renovación?	30
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?.....	30
¿Qué hago si recibo una factura de mi médico? ¿Con quién debo comunicarme? ¿Qué información necesitarán?	30
¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?	30
¿Qué tengo que hacer si me mudo?.....	31
¿Qué sucede si también tengo otro seguro médico además de Medicaid?	31
Derechos y responsabilidades de los miembros.....	31
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	31
Proceso de presentación de quejas.....	34
¿Qué hago si tengo una queja? ¿Con quién debo comunicarme?.....	34
¿Puede alguien de Molina ayudarme a presentar una queja?.....	34
¿Cuánto tiempo llevará procesar mi queja?	34
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?	34
Si no estoy conforme con los resultados, con quién más puedo comunicarme una vez que haya pasado por el proceso de queja de Molina?.....	34
¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación para quejas?	35

Proceso de apelación	35
¿Cómo sabré si los servicios fueron denegados?	35
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que tiene cobertura pero que Molina lo niega o lo limita?	35
¿Puedo continuar obteniendo servicios que ya están aprobados?	35
¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?	36
¿Qué tan pronto necesito pedir una apelación?	36
¿Mi solicitud debe ser por escrito?	36
¿Puede alguien de Molina ayudarme a presentar una apelación?	36
¿Puedo pedir una Audiencia Imparcial Ante El Estado?	36
Apelaciones aceleradas	37
¿Qué es una apelación acelerada?	37
¿Cómo solicito una apelación acelerada? ¿Mi solicitud debe ser por escrito?	37
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?	37
¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?	37
¿Qué ocurre si Molina deniega la petición de una apelación acelerada?	37
Audiencia Imparcial Ante El Estado.....	38
¿Puedo pedir una Audiencia Imparcial Ante El Estado?	38
¿Cómo reportar abuso, maltrato, descuido o explotación?	38
¿Cómo puedo reportar un presunto abuso o maltrato, descuido o explotación?	38
¿Qué es abuso, maltrato, descuido o explotación?	38
Cómo reportar el abuso, maltrato, descuido y la explotación	39
Información sobre fraude y abuso.....	39
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	39
Información disponible cada año	40
Su privacidad	41
Su información médica protegida.....	41
¿Por qué utiliza o comparte Molina su PHI?	41
¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para utilizar o compartir su PHI?	41
¿Cuáles son sus derechos a privacidad?	41
¿Cómo protege Molina su PHI?	41
¿Qué debe hacer Molina conforme a los requerimientos legales?	42
¿Qué puede hacer si cree que sus derechos a privacidad no han sido protegidos?	42
Revisión de nuevos procedimientos médicos	42
Apéndice A: Servicios de valor agregado.....	43
Apéndice B: Terminología de atención administrada.....	43
Apéndice C: Notificación de las normas de privacidad	43

Introducción

¡Bienvenido a Molina!

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

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

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

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

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

En la página web, usted puede:

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

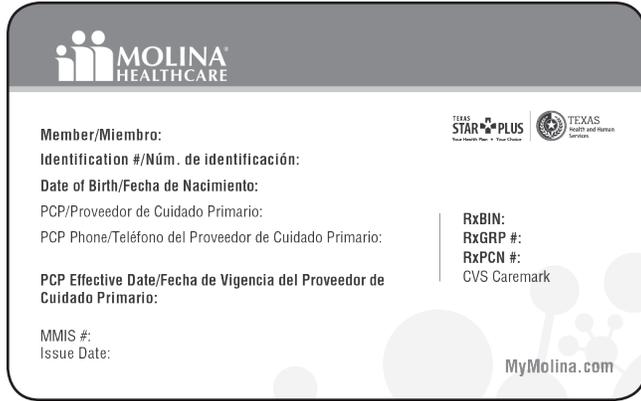
¡El Departamento de Servicios para Miembros de Molina está para servirle!

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

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

Tarjetas de identificación de Molina

Tarjeta de identificación (ID) del miembro STAR+PLUS



MOLINA HEALTHCARE

Member/Miembro:
Identification #/Núm. de identificación:
Date of Birth/Fecha de nacimiento:
PCP/Proveedor de Cuidado Primario:
PCP Phone/Teléfono del Proveedor de Cuidado Primario:
PCP Effective Date/Fecha de Vigencia del Proveedor de Cuidado Primario:
MMIS #:
Issue Date:

TEXAS STAR+PLUS
Your Health • Your Choice

TEXAS Health and Human Services

RxBIN:
RxGRP #:
RxPCN #:
CVS Caremark

MyMolina.com

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

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

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

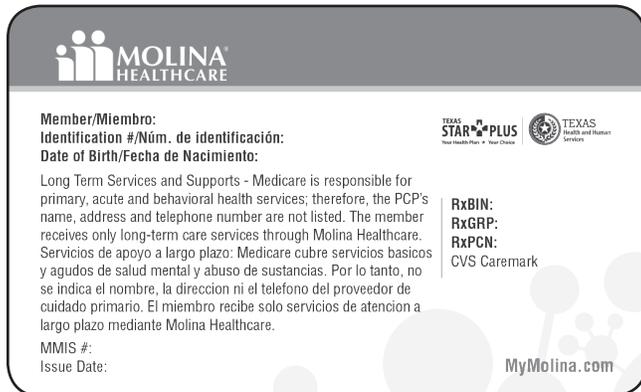
MolinaHealthcare.com

Cómo leer su tarjeta

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

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

Tarjeta de identificación de STAR+PLUS DUAL Medicaid



MOLINA HEALTHCARE

Member/Miembro:
Identification #/Núm. de identificación:
Date of Birth/Fecha de nacimiento:
Long Term Services and Supports - Medicare is responsible for primary, acute and behavioral health services; therefore, the PCP's name, address and telephone number are not listed. The member receives only long-term care services through Molina Healthcare. Servicios de apoyo a largo plazo: Medicare cubre servicios básicos y agudos de salud mental y abuso de sustancias. Por lo tanto, no se indica el nombre, la dirección ni el teléfono del proveedor de cuidado primario. El miembro recibe solo servicios de atención a largo plazo mediante Molina Healthcare.
MMIS #:
Issue Date:

TEXAS STAR+PLUS
Your Health • Your Choice

TEXAS Health and Human Services

RxBIN:
RxGRP #:
RxPCN #:
CVS Caremark

MyMolina.com

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

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

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

MolinaHealthcare.com

Cómo leer su tarjeta

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

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

¿Cómo usar su tarjeta de identificación?

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

¿Cómo reemplazar una tarjeta de identificación perdida o robada?

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

La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits

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

Solo le entregarán una tarjeta, y solo recibirá una tarjeta nueva si la pierde o se la roban. Si pierde o le roban la tarjeta de identificación de Medicaid, puede obtener una nueva llamando 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.

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

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

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

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

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

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

Muestra de su tarjeta "Your Texas Benefits Medicaid":

	
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:

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

Formulario de verificación provisional – Formulario 1027-A

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

Proveedor de atención primaria (PCP)

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

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

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

¿Cómo obtengo servicios médicos?

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

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

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

¿Qué necesito llevar a mi cita médica?

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

¿Cómo puedo cambiar de proveedor de atención primaria?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

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

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

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

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

Planes de incentivos para doctores

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

Cambio de planes médicos

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

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

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

Por ejemplo:

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

¿Con quién debo comunicarme?

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

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

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

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

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

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

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

Beneficios

¿Cuáles son mis beneficios médicos?

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

Sus beneficios	
Servicios de ambulancia para emergencias y no emergencias	Chequeos médicos y servicios del Programa de Cuidado Integral (CCP, por sus siglas en inglés) para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años de edad) por medio del Programa Pasos Sanos de Tejas.
Servicios de audiología	Evaluación bucal y esmalte de fluoruro en el Hogar Médico, en conjunto con el chequeo médico de Pasos Sanos de Tejas para niños de 6 a 35 meses de edad.
Servicios de salud conductual	Medicamentos y sustancias biológicas para pacientes ambulatorios
Servicios de maternidad proporcionados por un médico y enfermera partera titulada (CNM, por sus siglas en inglés) en un centro de maternidad autorizado	Medicamentos y sustancias biológicas administrados durante la hospitalización.
Servicios de parto proporcionados en un centro de maternidad autorizado	Podología
Servicios para examen de detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer	Atención prenatal
Servicios quiroprácticos	Servicios de atención primaria
Diálisis	Servicios de prevención, incluyendo un examen anual de bienestar del adulto para pacientes de 21 años de edad en adelante.
Suministros y equipo médico duradero	Radiología, imagenología y radiografías
Servicios de Intervención Temprana en la Infancia (ECI, por sus siglas en inglés)	Servicios de médico especialista
Servicios de emergencia	Terapias – ocupacional, física y del habla
Servicios de planificación familiar	Trasplante de órganos y tejidos
Servicios de atención médica domiciliaria	Visión (incluye optometría y lentes)
Servicios de hospital, incluyendo servicios de internación y ambulatorios	Telemedicina
Laboratorio	Telesalud
Mastectomía / reconstrucción de seno y los procedimientos de seguimiento relacionados	Servicios en centro de enfermería
Servicios de atención médica a largo plazo basados en la comunidad como:	
Servicios de Asistente Personal (PAS)	Servicios de salud y actividades durante el día (DAHS)
Servicios a domicilio y comunitarios (HCBS, por sus siglas en inglés) de exención STAR+PLUS tales como:	
Servicios de Asistente Personal (PAS)	Servicios de respiro fuera y dentro del hogar
Servicios de enfermería en el hogar	Servicios de Auxilio para Emergencias (ERS)
Comidas de entrega a domicilio	Modificaciones menores del hogar

Sus beneficios	
Dispositivos adaptables y equipo médico, suministros médicos	Cuidado Suplente para Adultos (AFC, por sus siglas en inglés)
Asistencia para las actividades de la vida diaria	Servicios de Asistencia de Transición (TAS, por sus siglas en inglés)
Terapias (ocupacional, física y del habla)	Servicios de salud y actividades durante el día (DAHS)
Servicios dentales	Servicios de rehabilitación cognoscitiva
Administración financiera	Consulta de apoyo
Ayuda de empleo	Empleo con apoyo
Servicios de Community First Choice (CFC) como:	
Servicios de Ayudante Personal (PAS)	Adquisición, mantenimiento y servicios para el desarrollo de destrezas
Servicios de Auxilio para Emergencias (ERS)	Administración de apoyo

¿Cómo puedo obtener estos servicios?

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

¿Existen límites para alguno de los servicios cubiertos?

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

¿Qué servicios no son beneficios cubiertos?

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

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

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

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Los medicamentos recetados están cubiertos cuando:

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

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

Medicaid para el Cáncer de Seno y Cervical (MBCC)

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

¿Qué es MBCC?

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

Una mujer puede recibir los servicios de MBCC si:

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

¿Qué servicios tengo disponibles como miembro de MBCC?

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

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

¿Puedo seguir consultando los mismos proveedores?

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

¿Con quién me comunico si tengo preguntas?

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

Beneficios de atención médica aguda

¿Cuáles son mis beneficios de atención aguda?

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

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

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

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

Beneficios de Atención y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)

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

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

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

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

- dispositivos de adaptación como: sillas de ruedas, andadores, bastones y equipo médico duradero
- cuidado suplente para adultos
- servicios de asistencia para las actividades de la vida diaria
- servicios dirigidos al consumidor
- servicios de auxilio para emergencias
- comidas de entrega a domicilio
- modificaciones menores del hogar
- servicios en centro de enfermería
- asistente de cuidado personal
- servicio de respiración
- servicios de terapia (física, ocupacional, del habla)
- supervisión de protección
- servicios de asistencia de transición
- servicios dentales
- terapia de rehabilitación cognitiva

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

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

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

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

Community First Choice (CFC)

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

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

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

¿Qué servicios CFC están disponibles?

CFC proporciona servicios tales como:

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

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

Beneficios de Valor Agregado

¿Qué beneficios adicionales obtiene un miembro de Molina Healthcare?

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

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

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

¿Qué clases de educación de salud ofrece Molina Healthcare?

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

Algunas de las clases son para:

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

Control de enfermedades

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

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

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

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

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

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

Atención médica y otros servicios

¿Qué significa médicamente necesario?

Médicamente necesario significa:

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

¿Qué es atención médica de rutina?

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

¿Qué tanto puedo esperar para que me atiendan?

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

¿Qué es la atención médica urgente?

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

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

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

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

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

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

¿Qué es atención médica de emergencia?

Atención médica de emergencia

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

Padecimiento médico de emergencia significa:

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

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

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

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

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

Servicios de emergencia y Atención de emergencia significan:

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

¿Qué tanto puedo esperar para que me atiendan?

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

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

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

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

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

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

¿Que es la posestabilización?

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

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

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

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

¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

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

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Y si soy trabajador de campo migrante?

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

Atención especializada

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

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

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

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

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

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

¿Qué es una remisión?

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

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

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

Segunda opinión

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

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

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

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

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

Consejos generales de atención médica

- Tenga un papel activo en su atención médica: planee por adelantado.
- Programe sus consultas a una hora conveniente para usted.
- Si le preocupa esperar mucho, pida su cita a una hora en que el consultorio no esté tan ocupado.
- Mantenga una lista de preguntas que quiera hacerle a su médico.
- Vuelva a surtir su receta antes de que se quede sin medicamento.

Aproveche al máximo su visita al médico

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

Si visita a su médico cuando está enfermo:

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

Salud conductual, mental o abuso de sustancias (drogas)

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

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

¿Necesito una remisión para esto?

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

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

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

Medicamentos recetados

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

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

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

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

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

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

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

¿Qué llevo a la farmacia?

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

¿Qué hago si necesito que me envíen mis medicamentos?

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué sucede si pierdo mi medicamento(s)?

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

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

Ciertos equipos médicos duraderos (DME) y productos que se encuentran normalmente en una farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los miembros, Molina paga por nebulizadores, artículos para la ostomía y otros artículos y equipo si son médicamente necesarios. Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), Molina también paga artículos médicamente necesarios, como medicamentos recetados por un doctor que se compran sin receta, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales.

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

¿Dónde puedo encontrar respuestas a los beneficios de medicamentos?

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

¿Qué sucede si también tengo Medicare?

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

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

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

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

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

Servicios de planificación familiar

¿Cómo puedo conseguir servicios de planificación familiar?

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

¿Necesito una remisión para esto?

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

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

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

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

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

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

Administración de Casos para Mujeres Embarazadas y Niños

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

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

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

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

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos se reunirá con usted y entonces:

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

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los administradores de casos pueden ayudarle a:

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

¿Cómo puede usted obtener un administrador de casos?

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

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

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

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

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

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

Características del servicio de ECI:

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

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

¿Necesito una remisión para esto?

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

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

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

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

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

Coordinación de Servicios

¿Qué es Coordinación de Servicios?

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

¿Qué hará por mí un Coordinador de Servicios?

Su Coordinador de Servicios:

- lo llamará y lo conocerá a usted y se enterará de sus necesidades de atención médica, de servicios y apoyos a largo plazo y de atención médica de salud conductual;
- usará una "encuesta preventiva" para ayudar a decidir si necesita más ayuda de inmediato;
- hablará con los Administradores de Casos, proveedores, farmacéuticos u otras personas que usted indique que son importantes para sus necesidades de atención;
- le ayudará a encontrar los servicios que necesita;
- redactará un plan con usted y con la ayuda de su proveedor de atención primaria;
- se mantendrá en contacto con usted para controlar su salud y hará un seguimiento de su plan de servicios.

¿Cómo puedo hablar con un Coordinador de servicios?

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

Transporte

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

¿Qué son los servicios de NEMT?

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

¿Qué servicios forman parte de los servicios de NEMT?

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

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

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

Cómo obtener transporte

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

¿A quién llamo para que me lleve a una cita médica?

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

Visión

¿Cómo obtengo servicios de visión?

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

Servicios dentales

¿Qué servicios dentales cubre Molina para los niños?

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

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

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

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

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

Para miembros de exención de STAR+PLUS que son adultos y que necesitan servicios dentales, usted debe recibir los servicios de un dentista contratado con el plan dental de Molina. Cuando los servicios dentales requieren anestesia en un centro de atención ambulatoria, sus servicios dentales se pagan a través del beneficio dental disponible para usted. La anestesia se paga bajo el beneficio de Medicaid. Si usted tiene Medicare, la anestesia se cubre bajo Medicare.

Servicios de interpretación en consultas con el médico

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

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

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

Llame tan pronto haga la cita con un médico.

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

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

Atención de obstetricia / ginecología

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

Aviso Importante Para La Mujer

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

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

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

¿Cómo selecciono un obstetra ginecólogo?

Usted puede elegir cualquier obstetra ginecólogo indicado en el Directorio de proveedores de Molina. Su obstetra ginecólogo programará una cita con usted dentro de las primeras 2 semanas de su llamada.

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

Usted tiene acceso directo a consultar un obstetra ginecólogo sin remisión de su proveedor de atención primaria. Usted puede elegir cualquier obstetra ginecólogo indicado en el Directorio de proveedores.

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

La atenderán dentro de las primeras dos (2) semanas desde el día que llamó para hacer una cita.

¿Qué ocurre si estoy embarazada? ¿A quién necesito llamar?

Por favor, comuníquese con Molina tan pronto sepa que está embarazada. Molina le ayudará a recibir la atención que necesita.

Nuestros panfletos educativos, así como otra información, contestará cualquier pregunta que pueda tener sobre el embarazo.

¿Puedo quedarme con mi obstetra ginecólogo que no esté con Molina?

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

- usted está en las últimas tres semanas de embarazo cuando comenzó cobertura con Molina; o
- si usted tiene un problema de salud que el cambiarse a un nuevo médico sería inseguro. Si no, usted necesitará consultar un médico de Molina.

¿Qué otros servicios, actividades o educación ofrece Molina a las mujeres embarazadas?

Molina tiene un programa justo para mujeres embarazadas. Este programa ofrece información para llevar un embarazo saludable. Le dirá cosas importantes que hacer para usted misma. Le dirá cosas importantes que hacer para su bebé. Usted trabajará con alguien que la ayudará durante el tiempo que esté embarazada. Esta persona también la ayudará con lo que tenga que hacer después de que su bebé haya nacido.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849 para ayudarlo a encontrar un centro. Puede visitar Molinahealthcare.com para encontrar un proveedor en su área.

¿Puedo seleccionar el proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca? (Esto no se aplica a los miembros que también tienen Medicare)

Sí, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Le ayudaremos a encontrar un proveedor de atención primaria para su bebé. Necesitaremos su nombre y su número de identificación.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar al proveedor de atención primaria de mi bebé? (Esto no se aplica a los miembros que también tienen Medicare)

Usted puede cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé si llama al Departamento de Servicios para Miembros. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor de atención primaria para su bebé. Usted no puede cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé más de una vez al mes.

¿Cómo registro a mi bebé recién nacido?

Es importante registrar a su bebé en Medicaid tan pronto como nazca. Para obtener más información sobre cómo inscribir a su bebé, llame a la Línea de ayuda de Medicaid al 1-800-964-2777. El personal de la línea de ayuda le dirá qué necesita hacer para mantener la cobertura de su bebé con Medicaid. Verifique con el trabajador social del hospital antes de irse a casa y asegúrese de llenar la solicitud. Usted también puede llamar al 2-1-1 para encontrar la oficina local de la HHSC para asegurarse de recibieron la solicitud de su bebé.

¿Cómo y cuándo informarle a Molina sobre el nacimiento de mi bebé?

Necesita llamar lo más pronto posible al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (866) 449-6849 para avisarnos que tuvo a su bebé.

¿Cómo y cuándo le aviso a mi trabajador de caso?

Llame a la oficina de beneficios de su HHSC local y avíseles que su bebé nació.

Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y ya no reciba cobertura de Medicaid)?

Después del nacimiento de su bebé, es posible que usted pierda su cobertura de Medicaid. Podría recibir algunos servicios de atención médica por medio del Programa de Salud para la Mujer de Texas y del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). Estos servicios son para las mujeres que solicitan los servicios y son aprobadas.

Programa de Salud para la Mujer de Texas

El Programa de Salud para la Mujer de Texas brinda exámenes de planificación familiar, pruebas de detección relacionadas y control de la natalidad a las mujeres entre 18 y 44 años cuyos ingresos del hogar no exceden los límites de ingresos del programa (185% del nivel federal de pobreza). Usted tiene que presentar una solicitud para saber si puede recibir servicios por medio de este programa.

Para más información acerca de los servicios disponibles por medio del Programa de Salud para la Mujer de Texas, escriba, llame o visite el sitio web:

Texas Women's Health Program
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Teléfono: 1-800-335-8957
Sitio web: www.texaswomenshealth.org/
Fax: (gratis): 1-866-993-9971

Programa Atención Primaria de Salud del DSHS

El Programa Atención Primaria de Salud del DSHS atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden recibir la misma atención por medio de un seguro u otro programa. Para recibir servicios por medio de este programa, los ingresos de las personas no deben exceder los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Las personas aprobadas para recibir servicios tendrán que pagar un copago, pero a nadie se le niega los servicios por falta de dinero.

La Atención Primaria de Salud se centra en la prevención de enfermedades y la detección e intervención tempranas de problemas de salud. Los servicios principales que se prestan son:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de salud preventivos, incluso vacunas y educación sobre la salud, así como pruebas de laboratorio, radiografías, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico adecuados.

Los servicios secundarios que se podrían prestar son servicios de nutrición, pruebas de detección, atención médica en casa, servicios dentales, transporte a las citas médicas, medicamentos que ordena el doctor (medicamentos recetados), equipo médico duradero, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies (servicios de podología) y servicios sociales.

Usted podrá solicitar los servicios de Atención Primaria de Salud en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en <http://txclinics.dshs.texas.gov/chcl/>.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Atención Primaria de Salud, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/phc/

Teléfono: (512) 776-7796

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS

El programa Atención Primaria de Salud Ampliado brinda servicios primarios, preventivos y de detección a las mujeres de 18 años o más cuyos ingresos no exceden los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión se prestan a través de clínicas comunitarias contratadas por el DSHS. Los trabajadores comunitarios de salud ayudan a asegurar que las mujeres reciban los servicios de prevención y detección que necesitan. Algunas clínicas podrían ofrecer ayuda con la lactancia materna.

Usted puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en <http://txclinics.dshs.texas.gov/chcl/>.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

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

Teléfono: (512) 776-7796

Fax: (512)-776-7203

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa de Planificación Familiar del DSHS

El Programa de Planificación Familiar tiene clínicas en todo el estado que ofrecen a hombres y mujeres planificación familiar de calidad, a bajo costo y fácil de usar.

Para encontrar una clínica en su región, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en <http://txclinics.dshs.texas.gov/chcl/>.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Planificación Familiar, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/famplan/

Teléfono: (512) 776-7796

Fax: (512)-776-7203

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

mujeres de 18 años y mayores, cuyos ingresos estén por debajo de los límites de ingresos del programa (200 por ciento del nivel federal de pobreza). Las actividades de promoción y servicios directos se proporcionan a través de las clínicas comunitarias bajo contrato con DSHS. Los trabajadores comunitarios de la salud ayudarán a asegurar que las mujeres reciban los servicios y exámenes de prevención que necesitan. Algunas clínicas pueden ofrecer ayudar con lactancia.

Usted puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas en su área. Para encontrar una clínica donde usted puede presentar una solicitud, visite el localizador de Clínicas de Servicios de Salud Familiares y Comunitarios DSHS en <http://txclinics.dshs.texas.gov/chcl/>.

Para enterarse más sobre los servicios que puede obtener por medio del programa de Programa Ampliado de Atención Médica Primaria del DSHS, visite la página web del programa, llame o mande un correo electrónico:

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

Teléfono: (512) 776-7796

Fax: (512) 776-7203

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Otra información importante

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

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Le ayudaremos a obtener más información de cómo recibir ayuda para sus necesidades especiales de atención médica. Le podemos informar sobre los servicios que Molina tiene en su área. También de los recursos comunitarios en su área. Es importante informar a su proveedor de atención primaria que tiene necesidades especiales de atención médica. Llame a su proveedor de atención primaria para hacer una cita y hablar acerca de sus necesidades especiales.

¿Qué ocurre si estoy muy enfermo para tomar decisiones sobre mi atención médica?

También nos puede mandar una carta que se llama Directiva Anticipada que comunica a las personas lo que usted quiere que suceda si se enferma gravemente. Si necesita más información en cómo escribir una Directiva anticipada, Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. Le podemos mandar formularios para que llene para que los demás sepan el tipo de atención médica que quiere si llega a estar muy enfermo para decirles.

¿Qué son las directivas anticipadas?

Una directiva anticipada es una carta que usted escribe para decirles a los demás el tipo de atención médica que quiere si se encuentra demasiado enfermo. También puede usar esta carta para otorgarle a alguien el derecho a tomar estas decisiones por usted, en caso de que usted se ponga muy enfermo para tomar las decisiones por sí mismo.

¿Cómo consigo un formulario para una directiva anticipada?

Puede obtener los formularios de directivas anticipadas llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849. Esto le ayudará a obtener la información que necesita para llenar esos formularios.

¿Qué necesito hacer si necesito ayuda para llenar mi solicitud de renovación?

Cómo renovar

Las familias deben renovar su cobertura de Medicaid cada año. En los meses anteriores a que se termine la cobertura de su hijo, la HHSC le enviará el paquete de renovación familiar por correo. El paquete de renovación contiene una solicitud. También incluye una carta pidiendo actualizar los ingresos de la familia y deducciones de costos. La familia necesita:

- revisar la información en la solicitud de renovación;
- corregir cualquier información incorrecta;
- firmar y fechar todas las áreas de la solicitud;
- revisar las opciones del plan de salud, si el plan de salud de Medicare está disponible;
- regresar la solicitud de renovación y los comprobantes antes de la fecha límite.

Una vez que la HHSC recibe la solicitud de renovación y los comprobantes, el personal verificará si los niños de la familia aún reúnen los requisitos para su programa actual o para un programa distinto. Si se envía al niño a otro programa (Medicaid o CHIP), la HHSC enviará una carta a la familia informándoles sobre la remisión y después evaluará para ver si el niño puede obtener beneficios en otro programa. Si el niño reúne los requisitos, la cobertura en el nuevo programa (Medicaid o CHIP) comenzará el mes que sigue al último mes de la cobertura del otro programa. Durante la renovación, la familia puede elegir nuevos planes médicos y dentales, comunicándose al centro de llamadas de CHIP / Medicaid para Niños al (800) 964-2777.

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la vuelve a tener dentro de seis (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo proveedor de cuidado primario de antes.

¿Qué hago si recibo una factura de mi médico? ¿Con quién debo comunicarme? ¿Qué información necesitarán?

El programa STAR+PLUS no tiene copagos. Su médico no debería facturarle por un servicio cubierto. Si recibe una factura de un médico, llame al consultorio del médico y asegúrese de que tengan su información de Medicaid y cualquier otra información de póliza de seguro disponible. Toda la información que su médico necesita para facturar a Molina por los servicios están en su tarjeta de ID.

También puede obtener ayuda si llama al Departamento de Servicios para Miembros de Molina. Un miembro del equipo le ayudará con su factura del médico. Para ayudarlo, ellos necesitarán:

- el nombre del paciente;
- el número de identificación de Medicaid del miembro;
- la fecha de servicio;
- el nombre del médico que le envía la factura;
- el monto que están facturando.

¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?

No. No le pueden enviar una cuenta por los gastos de participación en los costos de Medicare, lo cual incluye deducibles, coaseguro y copagos.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de Molina al (866) 449-6849. Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Molina, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Molina, hasta que la HHSC cambie su dirección.

¿Qué sucede si también tengo otro seguro médico además de Medicaid?

Medicaid y seguro privado

Usted tiene que avisar al personal de Medicaid sobre cualquier seguro médico privado que tenga. Debe llamar a la línea directa de Medicaid de Recursos para Terceros y actualizar el expediente de su caso de Medicaid si:

- Le cancelan el seguro médico privado.
- Consigue nueva cobertura de seguro.
- Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros.

Puede llamar gratis a la línea directa al 1-800-846-7307.

Si tiene otro seguro, aun puede llenar los requisitos de Medicaid. Cuando usted le dice al personal de Medicaid que tiene otro seguro médico, asegura que Medicaid solo pague lo que el otro seguro médico no paga.

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo porque tiene seguro médico privado además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también tienen que enviar una solicitud de pago a su compañía de seguro privado.

Derechos y responsabilidades de los miembros

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

DERECHOS DEL MIEMBRO:

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un proveedor de cuidado primario. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de proveedor de cuidado primario.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y de escoger a un proveedor de ese plan.
 - c. Cambiar de proveedor de cuidado primario.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de cuidado primario.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
 - a. Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
 - b. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.

4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
 - a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones y audiencias imparciales. Esto incluye el derecho de:
 - a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Pedir una audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - d. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
 - e. Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
7. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.
8. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.

Usted tiene derecho a sugerir cambios a la política de derechos y responsabilidades de miembros de Molina Healthcare.

Usted también tiene derecho a enviar una factura por servicios cubiertos, si es aplicable, por favor envíela a:

Molina Healthcare
PO BOX 22719
Long Beach, CA 90801

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO:

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b. Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c. Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - b. Escoger su plan de salud y su proveedor de cuidado primario sin demora.
 - c. hacer cualquier cambio de plan de salud y de proveedor de cuidado primario, según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
 - d. Acudir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. siempre llamar primero a su proveedor de cuidado primario para sus necesidades médicas que no sean de emergencia;
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de consultar a un especialista;
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Tiene que compartir con su proveedor de cuidado primario toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Informar a su proveedor de cuidado primario sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - c. Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
 - b. Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

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.

Responsabilidades adicionales del miembro mientras usa servicios de NEMT

1. Cuando solicite servicios de NEMT, debe proporcionar la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte.
2. Debe seguir todas las normas y reglamentos que afectan a sus servicios de NEMT.
3. Debe devolver los fondos anticipados que no haya utilizado. Debe proporcionar un comprobante de que acudió a su cita médica antes de recibir futuros fondos anticipados.
4. No debe agredir o acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras solicite o reciba servicios de NEMT.
5. No debe perder los boletos de autobús o las fichas y debe devolver los boletos de autobús o las fichas que no utilizó. Debe utilizar los boletos o las fichas de autobús únicamente para acudir a su cita médica.
6. Solo debe utilizar los servicios de NEMT para ir y volver de sus citas médicas.
7. Si ha hecho arreglos para un servicio de NEMT, pero algo cambia y ya no necesita el servicio, debe comunicarse lo antes posible con la persona que le ayudó a programar el transporte.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en www.hhs.gov/ocr.

Proceso de presentación de quejas

¿Qué hago si tengo una queja? ¿Con quién debo comunicarme?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al (866) 449-6849 para explicarnos el problema. Un Defensor de Servicios para Miembros de Molina puede ayudarlo a presentar una queja. Solo llame al (866) 449-6849. Por lo general, podemos ayudarlo de inmediato o, a más tardar, en unos días.

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de Molina Healthcare, puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando gratis al 1-866-566-8989. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirección:

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

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja a: hhs.texas.gov/managed-care-help

¿Puede alguien de Molina ayudarme a presentar una queja?

Sí, queremos ayudarlo con su proceso de queja. Cuando tenga una queja, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para recibir ayuda con su queja. Línea sin costo del Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849.

¿Cuánto tiempo llevará procesar mi queja?

Su queja se manejará dentro de los primeros (30) días naturales a partir de la fecha en que Molina reciba su queja por escrito. Esto podría tomar menos de 30 días. Usted recibirá una carta que le dice de qué manera se resolvió su queja. Esta carta le explicará el proceso completo de quejas y apelaciones. También le informará sobre sus derechos de apelación. Si el reclamo es por una emergencia en un hospital para pacientes internados o una atención en curso, Molina atenderá su reclamo en un (1) día laboral.

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?

Cuando recibamos su queja, le enviaremos una carta dentro de los primeros cinco días naturales informándole que tenemos su queja.

Analizaremos su queja y tomaremos una decisión. Le enviaremos una carta informando el resultado. No tardaremos más de 30 días naturales para terminar este proceso.

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

Sí, si usted no está contento con los resultados de su queja, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros. Ahí le ayudarán a organizar una reunión con el Panel de apelación de quejas. El panel de apelación de Molina incluye un médico, un miembro y un empleado de Molina. Los proveedores conocerán su tipo de queja. Los miembros del panel no han estado involucrados en su caso antes. Nosotros le avisaremos que recibimos su apelación. Con una carta usted estará informado del procedimiento de apelación de queja completo. Esta carta le informará sobre su derecho a presentar una apelación.

Proceso de apelaciones

¿Cómo sabré si los servicios fueron denegados?

Si Molina deniega sus servicios, le enviaremos una carta.

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que tiene cobertura pero que Molina lo niega o lo limita?

Si no está de acuerdo con la decisión de Molina de denegar o limitar sus servicios, puede pedir una apelación. Una apelación es cuando usted o su representante le pide a Molina revisar de nuevo los servicios o medicamentos que denegamos o limitamos.

Si le pide a alguien que sea su representante y que presente una apelación en su nombre, también debe enviar una carta a Molina para dejarnos saber que usted ha elegido a una persona para que lo represente. Para su privacidad y seguridad, debemos tener esta información por escrito. Puede enviar una carta a:

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

¿Puedo continuar obteniendo servicios que ya están aprobados?

Sí. Para seguir recibiendo los servicios que fueron aprobados, pero que ahora están siendo denegados o limitados, usted debe presentar su apelación dentro de los primeros 10 días de la fecha en que recibió una carta diciéndole que un servicio estaba denegado o limitado, o a partir de la fecha en que los servicios terminarán. Si usted pide continuar con los servicios mientras su apelación se encuentra pendiente, es posible que tenga que pagar por estos servicios.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

Le enviaremos una carta dentro de 5 días hábiles después de haber recibido su solicitud de apelación. La carta le informará que recibimos su apelación y estamos trabajando en ella. Tomaremos la decisión final dentro de 30 días a partir del día en que recibimos su apelación a menos que nosotros necesitemos más información de su parte o su representante. Si necesita más información, es posible que nos tome hasta 14 días más para completar su apelación. Si extendemos el proceso de apelaciones, le enviaremos una carta. La carta le informará la razón de la demora. También, si tiene más información que nosotros podamos considerar, puede pedirnos que extendamos el proceso hasta por 14 días. Molina le enviará a usted y su médico una carta con la decisión definitiva.

Puede pedir una apelación acelerada si usted o su doctor creen que su salud puede estar en grave peligro si tiene que esperar hasta 30 días por la decisión. Tomaremos nuestra decisión dentro de 1 día después de recibir toda su información.

¿Qué tan pronto necesito pedir una apelación?

La apelación necesita presentarse dentro de 60 días naturales a partir de la fecha de la carta que le informa que todos o parte de sus servicios han sido denegados o limitados.

¿Mi solicitud debe ser por escrito?

No, usted puede solicitar una apelación por teléfono. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y alguien le puede ayudar a presentar su apelación. Después de su llamada telefónica, usted y su representante debe dar seguimiento con una solicitud por escrito firmada, a menos que se solicite una apelación acelerada. Cuando llame, pida ayuda para presentar su apelación.

Número de teléfono gratuito: (866) 449-6849

También puede presentar su apelación por escrito y enviarla a:

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

¿Puede alguien de Molina ayudarme a presentar una apelación?

Sí, alguien en el Departamento de Servicios para Miembros le puede ayudar a presentar su apelación. Cuando llame, pida ayuda para presentar su apelación.

¿Puedo pedir una Audiencia Imparcial Ante El Estado?

También puede solicitar una audiencia estatal imparcial dentro de los 120 días posteriores del proceso de apelación de Molina, a menos que usted haya pedido una apelación acelerada. Si necesita más información, consulte la sección de apelaciones aceleradas y Audiencia Imparcial Estatal a continuación.

Apelaciones aceleradas

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada ocurre cuando el plan de salud tiene que tomar rápidamente una decisión debido a su estado de salud, y el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud.

¿Cómo solicito una apelación acelerada? ¿Mi solicitud debe ser por escrito?

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir presentar una apelación acelerada. Nosotros le ayudaremos. Puede solicitar una apelación acelerada llamando por teléfono o por escrito.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para presentar una apelación acelerada. Cuando llame, simplemente díganos que quiere presentar una apelación acelerada, ellos sabrán trabajar en la apelación rápidamente.

Número de teléfono gratuito: (866) 449-6849.

Si envía la apelación acelerada por escrito, envíela a:

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

¿Cuáles son los plazos de una apelación acelerada?

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

¿Qué ocurre si Molina deniega la solicitud de apelación acelerada?

Molina puede tomar la decisión de que su apelación no debería ser acelerada. Si se toma esta decisión, vamos a seguir el proceso de apelación estándar. Tan pronto como esto se decida, le llamaremos para hacerle saber que se seguirá el procedimiento de apelación estándar. También vamos a hacerle saber enviándole una carta dentro de los 2 días siguientes a la fecha en que solicitó la apelación acelerada.

Solicitud denegada para una apelación acelerada

Si no está de acuerdo con la decisión, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal acelerada.

Audiencia Imparcial Ante El Estado

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud y diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un doctor u otro proveedor médico puede ser su representante. Si quiere cuestionar una decisión tomada por el plan de salud, usted o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial dentro de 120 días de la fecha de la carta de decisión del plan de salud. Si no pide la audiencia imparcial dentro de los 120 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial. Para pedir una audiencia imparcial, usted o su representante debe enviar una carta al plan de salud.

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

O llamarlos a al (866) 449-6849.

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado o reducido, por lo menos hasta oír la decisión final de la audiencia, si pide una audiencia imparcial a más tardar: (1) 10 días de calendario después de la fecha en que el plan le envíe la notificación de acción, o (2) la fecha en que el servicio será reducido o suspendido según la carta del plan. Si no pide una audiencia imparcial antes de esta fecha, el servicio que el plan de salud le negó será suspendido.

Si pide una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se hacen por teléfono. En la audiencia, usted o su representante puede decir por qué necesita el servicio que el plan de salud le negó.

La HHSC le dará la decisión final dentro de 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.

Cómo reportar abuso, maltrato, descuido y explotación

¿Cómo puedo reportar un presunto abuso, maltrato, descuido o explotación?

Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, incluso estar libre de abuso, maltrato, descuido y explotación.

¿Qué es abuso, maltrato, descuido y explotación?

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

El descuido causa hambre, deshidratación, exceso o falta de medicación, condiciones de vida insalubres, etc. El descuido también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La explotación es el mal uso de los recursos de otra persona para obtener beneficios personales o monetarios. Esto incluye cobrar cheques de Seguro Social o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), abusar de una cuenta de cheques conjunta y tomar propiedad y otros recursos.

Cómo reportar el abuso, maltrato, descuido y la explotación

La ley requiere que usted informe sobre sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación, incluso el uso no aprobado de restricciones o aislamiento cometido por un proveedor.

Llame al 9-1-1 para situaciones de emergencia o que ponen en peligro la vida.

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

Informe al Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS) llamando al 1-800-647-7418 si la persona que sufre abuso, maltrato, descuido o explotación vive en o recibe servicios de alguno de los siguientes:

- Un centro para convalecientes;
- Un centro de asistencia con la vida diaria;
- Un centro de cuidado de adultos durante el día;
- Un proveedor de cuidado temporal de adultos con licencia, o
- Una agencia de Servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA) o una agencia de servicios de salud en casa.

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

Informe al DFPS sobre cualquier otra sospecha de abuso, maltrato, descuido o explotación llamando al 1-800-252-5400.

Informe electrónicamente (si no es una emergencia)

Vaya a <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio web seguro. Usted tendrá que crear una cuenta y un perfil protegidos por una contraseña.

Información útil al presentar un informe

Al informar sobre el abuso, maltrato, descuido o la explotación, es útil tener el nombre, la edad, la dirección y los teléfonos de cada persona involucrada.

Información sobre fraude y abuso

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico.
- Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de Medicaid.
- Está usando la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona.
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, escoja uno de los siguientes:

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us/> debajo de la caja marcada "I WANT TO" clic "Report Waste, Abuse, and Fraud Online" para llenar una forma en línea; O
- Denúncielo directamente al plan de salud:

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

Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible.

- Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:
 - › El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor
 - › El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.)
 - › El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe
 - › El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
 - › El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
 - › Las fechas de los sucesos
 - › Un resumen de lo ocurrido
- Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:
 - › El nombre de la persona
 - › La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe
 - › La ciudad donde vive la persona
 - › Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

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

Información disponible cada año

Como miembro de Molina, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes.
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los trámites de queja, apelación y audiencia imparcial.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:

- › La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización.
- › El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia.
- › Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o su equivalente local.
- › Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
- › Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia
- › Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de cuidado primario no presta.
- Las pautas de práctica de Molina.

Su privacidad

Su información médica protegida

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Molina utiliza y comparte su información para proporcionarle beneficios médicos. Molina quiere informarle cómo se utiliza o comparte su información. PHI son siglas en inglés que significan información médica protegida. La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores que Molina utiliza o comparte.

¿Por qué utiliza o comparte Molina su PHI?

- Para proveerle tratamiento.
- Para pagar por su atención médica.
- Para supervisar la calidad de la atención médica que recibe.
- Para informarle sobre sus opciones en atención médica.
- Para administrar nuestro plan de salud.
- Para usar o compartir la información protegida sobre la salud (PHI) para otros propósitos según lo exige o permite la ley.

¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para utilizar o compartir su PHI?

Molina necesita su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI para cualquier propósito no enumerado anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos a privacidad?

- Ver su PHI.
- Obtener una copia de su PHI.
- Corregir su PHI.
- Pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras.
- Obtener una lista de determinadas personas o lugares a quienes les hemos dado su PHI.

¿Cómo protege Molina su PHI?

Molina emplea varias maneras para proteger la PHI a través de nuestro plan de salud. Esto incluye la PHI en forma escrita, oral o PHI en una computadora. A continuación figuran algunas maneras en que Molina protege la PHI:

- Molina cuenta con políticas y normas para proteger la PHI.
- Molina limita las personas que pueden ver la PHI. Únicamente el personal de Molina que necesite conocer la PHI podría utilizarla y compartirla.

- El personal de Molina está capacitado para proteger y resguardar la PHI.
- El personal de Molina debe acordar por escrito el cumplimiento de las reglas y de las políticas que protegen y resguardan la PHI.
- Molina resguarda la PHI en nuestras computadoras. La PHI en nuestras computadoras se mantiene privada y se resguarda con la utilización de contraseñas y cortafuegos.

¿Qué debe hacer Molina conforme a los requerimientos legales?

- Mantener su PHI privada.
- Suministrarle su información por escrito, tal como la presente, acerca de nuestras obligaciones y normas de privacidad sobre su PHI.
- Cumplir con las condiciones de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad.

¿Qué puede hacer si cree que sus derechos a privacidad no han sido protegidos?

- Llame o escriba a Molina y presente una queja.
- Presente una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

No tomaremos ninguna medida en su contra. Su acción no afectará de ninguna manera su atención médica.

La información antedicha es solamente un resumen. Nuestra Notificación de las Normas de Privacidad contiene más información sobre cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestra notificación de privacidad se incluye en el Apéndice A. También está disponible en nuestra página web en: MolinaHealthcare.com. Puede recibir una copia de nuestra notificación de las normas de privacidad llamando al teléfono gratuito al: (866) 449-6849.

Revisión de los nuevos procedimientos médicos

Como miembro del plan de salud de Molina, uno de sus beneficios cubiertos incluye el hecho de que nosotros buscamos avances médicos, como equipo, pruebas y cirugías novedosos. Cada situación se revisa según el caso, y a veces utilizamos una evaluación especial para asegurarnos que es la adecuada para usted. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

APÉNDICE A: Servicios de valor agregado

Vigentes a partir del 1 de septiembre de 2021

Línea telefónica de consejos de enfermería las 24 horas

Nuestras enfermeras pueden responder sus preguntas las 24 horas, los 7 días de la semana. Comuníquese a estos teléfonos: en inglés, (888) 275-8750; en español, (866) 648-3537.

Boletos para reuniones del Programa Weight Watchers®

Para miembros de Medicaid sin beneficios duales, a partir de los 15 años y con un IMC de 30 o más, y para miembros diabéticos con un resultado de la prueba de hemoglobina A1c de 8 o más. El educador de salud determinará la cantidad total de boletos para reuniones que se entregarán.

Tarjeta de regalo de \$50 de Academy®

Para la compra de ropa deportiva por parte de miembros de Medicaid sin beneficios duales, de 18 años o más y que finalicen el programa Weight Watchers®.

Servicios dentales para adultos

Hasta \$250 por año para chequeos dentales, radiografías y limpieza, para miembros a partir de los 21 años. Los miembros deben estar inscritos en el momento del servicio.

Tarjeta de regalo de \$20 por hacerse un examen oftalmológico por la diabetes cada año

Solo para miembros de Medicaid con diabetes y sin beneficios duales. El examen ocular para miembros con diabetes debe ser documentado y realizado por un médico perteneciente a la red.

Cuatro visitas al año a un dietista registrado, para miembros de Medicaid con diabetes y sin beneficios duales de 21 años o más

- **Hasta \$80 anuales: Una tarjeta de regalo de \$20 por hacerse un análisis para medir la HbA1c en sangre cada 6 meses**

Tarjeta de regalo adicional de \$20 por obtener un A1c menor de 8. Solo para miembros de Medicaid con diabetes y sin beneficios duales, que tengan dos análisis para medir la A1c realizado por un médico perteneciente a la red.

- **Tarjeta de regalo de \$20 para miembros de Medicaid sin beneficios duales que asistan a una visita de seguimiento en los 30 días posteriores a su salida del hospital**

Una tarjeta de regalo cada 30 días después de la hospitalización y una visita de seguimiento con el médico confirmada. Máximo de \$80 por año.

- **Asignación de \$100 cada dos años para actualización de marcos, anteojos o lentes de contacto**

Limitado solo a miembros actualmente inscritos en Medicaid sin beneficios duales.

- **Tarjeta de regalo de \$20 por hacerse una mamografía cada año**

Para las mujeres afiliadas a Medicaid sin beneficios duales y de 50 a 74 años, en riesgo promedio, que se realicen una mamografía recomendada.

- **Tarjeta de regalo de \$30 por completar una visita a consultorio por una condición de salud mental después de una hospitalización**

Para miembros de Medicaid sin beneficios duales que hagan una visita al consultorio de un especialista en salud conductual dentro de los 7 días de una hospitalización por una condición de salud mental, y una tarjeta de regalo adicional de \$30 por una visita a consultorio dentro de los 30 días de una hospitalización por una condición de salud mental.

APÉNDICE A: Servicios de valor agregado

Vigentes a partir del 1 de septiembre de 2021

- **Hasta \$40 anuales: Tarjeta de regalo de \$20 para miembros con depresión grave**
Para los miembros Medicaid sin beneficios duales diagnosticados con depresión grave y que actualmente tomen medicamentos antidepresivos, que lleven tomando sus medicamentos durante 84 días, y una tarjeta de regalo adicional de \$20 por tomarse los medicamentos durante 180 días.
- **Hasta \$120 anuales: Tarjeta de regalo de \$30 para medicamentos de venta libre**
Cada tres meses, mediante solicitud, para medicamentos de venta libre y otros suministros médicos o de salud no cubiertos por Medicaid. Limitado a miembros actualmente inscritos en Medicaid solamente, sin beneficios duales. La tarjeta de regalo no puede utilizarse para comprar alimentos o agua.
- **Tarjeta de regalo de \$20**
Para miembros de Medicaid sin beneficios duales con diagnóstico de esquizofrenia o bipolaridad que estén tomando medicamentos antipsicóticos y se hagan un análisis de HbA1c una vez al año.
- **Visitas a domicilio**
Hasta 8 horas adicionales de servicios de cuidado de relevo por año calendario para miembros actualmente inscritos que no puedan cuidar de sí mismos por no tener o por necesitar ayuda para un cuidador no remunerado. El servicio debe ser autorizado por un coordinador de servicios de Molina. Para miembros que no son STAR+PLUS Waiver de 21 años o más.
- **Comidas entregadas a domicilio**
Hasta 10 comidas entregadas a domicilio cada año después de salir de un hospital o un centro de enfermería. El servicio debe ser autorizado por un coordinador de servicios de Molina. Para miembros que no son STAR+PLUS Waiver de 21 años o más.
- **Servicios del Sistema de Respuesta de Emergencias**
Para miembros actualmente inscritos a los cuales se les determina la necesidad de dicho servicio. El servicio debe ser autorizado por un coordinador de servicios de Molina. Para miembros de STAR+PLUS no exentos mayores de 21 años y no se aplica a miembros elegibles de Community First Choice.
- **Tarjeta de regalo de \$75**
Cada año, para miembros con diabetes y sin beneficios duales actualmente inscritos que renueven su medicamento para la diabetes durante 6 meses seguidos.
- **Tarjeta de regalo de \$20**
Para afiliadas actualmente inscritas sin beneficios duales de 21 a 64 años con riesgo promedio de cáncer de cuello uterino que completen un examen recomendado de detección de esta enfermedad que vivan en las áreas de servicio de Bexar, Dallas, El Paso, Harris e Hidalgo.
- **Tarjeta de regalo de \$25**
Para afiliadas actualmente inscritas sin beneficios duales de 21 a 64 años con riesgo promedio de cáncer de cuello uterino que completen un examen recomendado de detección de esta enfermedad que vivan en el área de servicio de Jefferson.
- **Descuento de hasta \$35**
Para un accesorio de asiento que cabe en un andador para que los miembros actualmente inscritos usen con su andador.
- **Balanza de peso corporal**
Una vez al año, para miembros de Medicaid sin beneficios duales con insuficiencia cardíaca congestiva.
- **Bolsa de accesorios por única vez, para miembros inscritos recientemente**
- **Tarjeta de regalo de \$75**
Cada año, para miembros sin beneficios duales con diagnóstico de hipertensión arterial que renueven sus medicamentos para esta enfermedad durante 6 meses seguidos.

APÉNDICE B: Terminología de atención administrada

- **Apelación:** una solicitud para que su organización de atención administrada revise una denegación o una queja nuevamente.
- **Queja:** una queja formal que usted comunica a su plan o aseguradora de salud.
- **Copago:** una cantidad fija (por ejemplo, \$ 15) que paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.
- **Equipo médico duradero (DME):** equipo solicitado por un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura de DME puede incluir, entre otros: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para diabéticos.
- **Condición médica de emergencia:** una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños.
- **Transporte médico de emergencia:** servicios de ambulancia terrestre o aérea para una afección médica de emergencia.
- **Atención en la sala de emergencias:** servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.
- **Servicios de emergencia:** evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.
- **Servicios excluidos:** servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.
- **Queja formal:** una queja a su seguro médico o plan
- **Servicios y dispositivos de habilitación:** servicios de atención médica, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria.
- **Seguro médico:** contrato que requiere que su aseguradora pague los costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.
- **Atención médica en el hogar:** servicios de atención médica que una persona recibe en un hogar.
- **Servicios de hospicio:** servicios para brindar comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.
- **Hospitalización:** atención en un hospital que requiere admisión como paciente internado y, por lo general, requiere pasar la noche.
- **Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios:** atención en un hospital que, por lo general, no requiere pasar la noche en el hospital.
- **Medicamento necesario:** servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.
- **Red:** las instalaciones, los proveedores y los proveedores con los que su aseguradora o plan de salud ha contratado para brindar servicios de atención médica.

APÉNDICE B: Terminología de atención administrada

- **Proveedor no participante:** un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora de salud o plan para brindarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de su aseguradora o plan de salud para obtener servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En casos limitados, como cuando no hay otros proveedores, su aseguradora de salud puede contratar el pago de un proveedor no participante.
- **Proveedor participante:** un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora de salud o plan para brindarle servicios cubiertos.
- **Servicios médicos:** servicios de atención médica que proporciona o coordina un médico con licencia (M.D. - Doctor en medicina o D.O. - Doctor en medicina osteopática).
- **Plan:** un beneficio, como Medicaid, que proporciona y paga sus servicios de atención médica.
- **Autorización previa:** una decisión de su asegurador o plan de salud de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero que usted o su proveedor han solicitado es médicamente necesario. Esta decisión o aprobación, a veces llamada autorización previa, aprobación previa o certificación previa, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.
- **Prima:** la cantidad que debe pagarse por su plan o seguro médico.
- **Cobertura de medicamentos recetados:** seguro o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados y los medicamentos.
- **Medicamentos con receta:** medicamentos y medicamentos que por ley requieren receta.
- **Médico de atención primaria:** un médico (M.D. - Doctor en medicina o D.O. - Doctor en medicina osteopática) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.
- **Proveedor de atención primaria:** un médico (MD - Doctor en medicina o DO - Doctor en medicina osteopática), enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.
- **Proveedor:** un médico (M.D. - Doctor en Medicina o D.O. - Doctor en Medicina Osteopática), profesional de la salud o centro de atención médica con licencia, certificación o acreditación según lo requiera la ley estatal.
- **Servicios y dispositivos de rehabilitación:** servicios de atención médica, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a conservar, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que una persona estaba enferma, herida o discapacitada.
- **Atención de enfermería especializada:** servicios de enfermeras con licencia en su propio hogar o en un hogar de ancianos.
- **Especialista:** un médico especialista se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.
- **Atención de urgencia:** atención por una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

APÉNDICE C: NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DE MOLINA HEALTHCARE OF TEXAS

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of Texas ("**Molina Healthcare**", "**Molina**", "**nosotros**" o "**nuestro**") utiliza y comparte su información médica protegida para proporcionarle sus beneficios médicos. Utilizamos y compartimos su información para efectuar tratamiento, pagos y funciones de atención médica. Asimismo, usamos y compartimos su información por otras razones conforme lo permite y exige la ley. Tenemos la obligación de mantener su información médica privada y respetar las condiciones de esta notificación. La fecha que entró en vigor esta notificación es el 23 de septiembre del 2013.

PHI son las siglas en inglés que significan información de salud protegida. PHI significa información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores que Molina utiliza o comparte.

¿Por qué utiliza o comparte Molina su PHI?

Utilizamos o compartimos su PHI para proporcionarle beneficios de atención médica. Su PHI se utiliza o comparte para efectuar tratamiento, pagos y funciones de atención médica.

Para el tratamiento

Molina puede utilizar o compartir su PHI para proporcionarle o coordinar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su estado de salud con un especialista. Esto ayuda al especialista a discutir el tratamiento con su médico.

Para pagos

Molina puede utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones sobre pagos. Esto puede incluir reclamos, autorizaciones para el tratamiento y decisiones sobre la necesidad médica. Su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados pueden ser incluidos en la factura. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. También, le informaríamos al médico sobre la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

Para las funciones de atención médica

Molina puede utilizar o compartir su PHI para la administración de nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos utilizar información de su reclamo para informarle acerca de un programa de salud que podría ayudarle. Asimismo, podemos utilizar o compartir su PHI para resolver preocupaciones del miembro. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas actividades diarias. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a:

- mejoramiento de calidad;
- medidas en programas de salud para ayudarles a miembros con ciertas enfermedades (como el asma);
- realizar o coordinar revisiones médicas;
- servicios legales, incluyendo fraude o detección de abuso y los programas de enjuiciamiento;
- acciones que nos permiten cumplir con la ley;
- responder a las necesidades de los miembros, incluyendo la resolución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. También, podemos usar su PHI para darle recordatorios acerca de sus citas. Es posible que se utilice su PHI para proporcionarle información sobre tratamientos adicionales u otros beneficios relacionados con la salud.

¿Cuándo puede Molina utilizar o compartir mi PHI sin obtener su autorización (aprobación) por escrito?

La ley le permite o exige a Molina utilizar o compartir su PHI para varios otros propósitos que incluyen:

Cuando lo exige la ley

Utilizaremos o compartiremos su información conforme lo exige la ley. Compartiremos su PHI cuando lo obligue la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) lo exija. Esto puede incluir un proceso judicial, otro tipo de revisión legal, o cuando se exige para el cumplimiento de la ley.

Salud pública

Su PHI se puede utilizar o compartir para las actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de atención médica

Su PHI se puede utilizar o compartir con agencias del gobierno. Es posible que se necesite su PHI para realizar auditorías.

Investigación médica

En determinados casos su PHI se puede utilizar o compartir para investigaciones médicas.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI se puede utilizar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su PHI se puede utilizar o compartir con la policía para ayudar a encontrar un sospechoso, testigo o desaparecido.

Salud y seguridad

Su PHI se puede utilizar o compartir para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Su PHI se puede utilizar o compartir con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo sería para proteger al Presidente.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o negligencia.

Indemnización al trabajador

Su PHI se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Otras divulgaciones

Su PHI se puede compartir con directores de funerarias o médicos forenses para ayudarles a hacer su trabajo.

¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para utilizar o compartir su PHI?

Molina necesita su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI para un propósito distinto a aquellos enumerados en esta notificación. Molina necesita su autorización antes de divulgar su PHI para lo siguiente: (1) el uso y divulgación de la mayoría de las notas clínicas de psicoterapia; (2) el uso y divulgación para los propósitos de mercadotecnia; y (3) el uso y divulgación que involucra la venta de la PHI. Usted puede cancelar una aprobación escrita que nos haya otorgado. Su cancelación no se aplicará hacia las acciones que ya hayamos realizado como resultado de la aprobación que nos otorgó previamente.

¿Cuáles son sus derechos de información de salud?

Usted tiene el derecho a:

- **Solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI (Compartir su PHI)** Puede pedirnos que no compartamos su PHI para efectuar tratamiento, pagos o funciones de atención médica. También, puede pedirnos que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas que usted nombre que estén involucrados en su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su petición. Tendrá que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición.
- **Petición de comunicación privada de PHI**
Puede pedirle a Molina que le proporcione su PHI en una determinada manera o en un cierto lugar para ayudarle a mantener su PHI privada. Cumpliremos con peticiones razonables, si nos informa cómo la divulgación de toda o parte de su PHI podría poner su vida en riesgo. Tendrá que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición.
- **Enmienda a su PHI**
Puede pedir que se realice una modificación (cambio) a su PHI. Esto incluye sólo aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Tendrá que presentar esta petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición. Puede presentarnos una carta de desacuerdo si rechazamos su petición.
- **Recibir un resumen de las divulgaciones de su PHI (compartir su PHI)**
Puede pedir que le proporcionemos una lista de las partes particulares con quienes hemos compartido su PHI durante los seis años antes de la fecha de su petición. La lista no incluirá la PHI compartida de las siguientes maneras:
 - › para tratamiento, pago o funciones de atención médica;
 - › para personas sobre su propia información protegida (PHI);
 - › cuando se comparte con su autorización;
 - › en incidentes de uso o divulgación de lo contrario permitidos o requeridos bajo las leyes aplicables;
 - › la PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para los propósitos de inteligencia; o
 - › como parte de un conjunto de datos limitados conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos un honorario razonable por cada lista si la solicita más de una vez en un período de 12 meses. Tendrá que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición.

Puede realizar cualquiera de las peticiones antedichas u obtener una copia impresa de esta notificación. Por favor, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849 / (877) 319-6828 - el Área de Servicio Rural de CHIP (RSA, por sus siglas en inglés).

¿Qué puede hacer si sus derechos no se han protegido?

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede quejarse ante Molina y el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Su atención y beneficios no cambiarán de ninguna manera.

Puede presentarnos una queja a:

Molina Healthcare of Texas
Manager of Member Services
84 N.E. Loop 410, Suite 200
San Antonio, TX 78216
Teléfono: (866) 449-6849 / (877) 319-6828 - Área de Servicio Rural de CHIP (RSA, por sus siglas en inglés).

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

Office of Civil Rights
U.S. Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
1301 Young Street, Suite 1169
Dallas, TX 75202
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD);
(214) 767-0432 (FAX)

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina tiene la obligación de:

- mantener su PHI privada;
- suministrarle información por escrito, tal como la presente notificación, acerca de nuestras obligaciones y normas de privacidad sobre su PHI;
- proporcionarle una notificación en el evento que ocurra alguna infracción en la seguridad de su PHI no protegida;
- no utilizar ni divulgar su información genética para el proceso de suscripción;
- Cumplir con los términos de esta notificación.

Esta notificación está sujeta a cambios.

Molina se reserva el derecho a cambiar en cualquier momento sus normas de información y los términos de esta notificación. Si lo hacemos, los nuevos términos y normas se aplicarán a toda PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación a los materiales, Molina publicará la notificación enmendada en nuestro sitio web y enviará la notificación enmendada, o enviará información acerca de las modificaciones de los materiales y cómo obtener la notificación modificada en nuestra siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos por Molina.

Información de contacto

Si tiene cualquier pregunta, comuníquese a la siguiente oficina:

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



Your Extended Family.

**Notificación de no discriminación
Molina Healthcare of Texas
Medicaid**

Molina Healthcare of Texas (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas a los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todo miembro, sin discriminar basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. Molina no excluye personas ni las trata de manera diferente debido a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. Esto incluye identidad de género, embarazo y estereotipo de sexo.

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

- Ayuda y servicios para personas con discapacidades
 - intérpretes capacitados en el lenguaje de señas
 - material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos accesibles electrónicamente y braille)
- Servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen entendimiento limitado del inglés
 - intérpretes capacitados
 - material escrito traducido a su idioma
 - material escrito de manera sencilla con lenguaje fácil de entender

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 449-6849, TTY / TTD al (800) 346-4128.

Si usted cree que Molina no ha cumplido en proporcionar estos servicios o lo ha tratado de forma diferente basándose en su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género, usted puede presentar una queja. Puede presentar su queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para escribir su queja, le podemos ayudar. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889 o TTY al 711. Envíe su queja por correo al:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

También puede enviar su queja por correo electrónico al civil.rights@molinahealthcare.com. O envíe su queja por fax al (713) 623-0645.



Your Extended Family.

**Notificación de no discriminación
Molina Healthcare of Texas
Medicaid**

También puede entablar una queja sobre derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

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

También puede enviarlo usando el portal de la página web de la Oficina para Quejas sobre Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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

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

Esta página está intencionalmente en blanco