2025

Resumen de Beneficios

Molina Dual Options STAR+PLUS MMP

Texas H8197-002-001

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2025

MOLINA HEALTHCARE

TEXAS Medicare Medicaid PLAN
Your Health Plan ★ Your Choice

TEXAS Health and Human Services

H8197_25_002_001_TXMMPSB ES
TX-H8197-002-001-MMP-SB-ES-25

Resumen de Beneficios 2025

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS MMP. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Exenciones de responsabilidad 2
B. Preguntas más frecuentes 3
C. Descripción general de los servicios 8
D. Servicios cubiertos fuera de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP 21
E. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS MMP, Medicare, ni Texas Medicaid 22
F. Sus derechos como miembro del plan 23
G. Cómo presentar una queja o apelación de un servicio denegado 24
H. Qué hacer si sospecha de fraude 25
I. Cómo informar sobre fraude, despilfarro y abuso 25
I1. Para denunciar casos de fraude, despilfarro y abuso, reúna tanta información como sea posible 25

A. Limitación de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS MMP para 2025. Este es solo un resumen. Consulte el *Manual del Miembro* para ver la lista completa de beneficios.

- Siempre tendrá a su disposición el Manual del Miembro de 2025 en nuestra página web MolinaHealthcare.com/Duals. También puede comunicarse con Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local para pedirnos que le enviemos por correo un Manual del Miembro.
- Molina Dual Options STAR+PLUS MMP es un plan de salud con contratos con Medicare y Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- Con Molina Dual Options STAR+PLUS MMP, usted puede obtener sus servicios de Medicare y Texas Medicaid en un mismo plan de salud. Un coordinador de servicios de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP le ayudará a gestionar sus necesidades de atención médica.
- Esta no es una lista completa. La información de beneficios proporcionada es un breve resumen y no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, póngase en contacto con el plan o lea el *Manual del Miembro*.
- Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.
- Para solicitar su idioma preferido distinto del inglés o un formato alternativo, llame a Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
- Mantendremos un registro de las preferencias de idiomas y/o preferencias de formato de nuestros miembros y conservaremos esta información como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y envíos por correo. Esto garantizará que nuestros miembros no tengan que realizar una solicitud independiente cada vez.
- Para cambiar una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

B. Preguntas frecuentes

En la siguiente tabla se observan las preguntas más frecuentes.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Qué es el Plan Medicare-Medicaid?	Un Plan Medicare-Medicaid es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Texas Medicaid para proporcionar beneficios de ambos programas a los inscritos. Es para personas tanto con Medicare como con Medicaid. Un plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyo y servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de servicios que le ayudan a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.
¿Qué es un coordinador de servicio de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP?	Un coordinador de servicios de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP es la persona principal a la que usted debe contactar. Esta persona le ayudará a gestionar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted obtenga lo que necesita.
¿Qué son los servicios y apoyos a largo plazo?	Los servicios y apoyos a largo plazo son una ayuda para las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar comida y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se brindan en su casa o su comunidad, pero podrían proporcionarse en una residencia para ancianos o en un hospital.
¿Recibiré con Molina Dual Options STAR+PLUS MMP los mismos beneficios de Medicare y Texas Medicaid que recibo ahora?	Usted obtendrá sus beneficios cubiertos de Medicare y Texas Medicaid directamente de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP. Un equipo de proveedores le ayudará a determinar qué servicios satisfacen mejor sus necesidades. Esto implica que algunos de sus servicios actuales podrían cambiar. Usted obtendrá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y Texas Medicaid directamente de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP, pero puede obtener algunos beneficios como lo hace ahora, fuera del plan. Cuando se inscriba en Molina Dual Options STAR+PLUS MMP, usted y su grupo de coordinación de servicios trabajarán juntos para hacer un Plan de Atención para atender sus necesidades de salud y asistencia. Durante este tiempo, puede seguir consultando a sus médicos y recibiendo la atención actual por hasta 90 días, o hasta que su Plan de Atención o Plan de Cuidado Individualizado (ISP, por sus siglas en inglés) haya finalizado. Cuando usted se une a nuestro plan, si toma algún medicamento recetado de Medicare Parte D que Molina Dual Options STAR+PLUS MMP no cubre normalmente, usted puede obtener un suministro temporario. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
	para Molina Dual Options STAR+PLUS MMP cubra su medicamento, si este es médicamente necesario.
¿Puedo recurrir a los mismos médicos que consulto ahora? (continúa en la siguiente página)	A menudo, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, terapeutas y farmacias) trabajan con Molina Dual Options STAR+PLUS MMP y tienen contrato con nosotros, usted podrá seguir viéndolos. • Los proveedores que tienen un contrato con nosotros se consideran "dentro de la red". **Usted debe utilizar los proveedores de la red de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP.** • Si necesita atención médica urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, usted puede usar proveedores fuera del área del plan Molina Dual Options STAR+PLUS MMP. • Si ya ha pasado la semana 24 de su embarazo, puede seguir visitando a su obstetra/ginecólogo actual durante los chequeos de posparto dentro de las primeras seis (6) semanas del nacimiento. • El plan permite a los afiliados, quienes al momento de la inscripción fueron diagnosticados con una enfermedad terminal o recibían tratamiento por una enfermedad terminal, que permanezcan bajo el cuidado de su proveedor actual por los servicios cubiertos por hasta nueve meses o hasta que su Plan de Atención o Plan de Cuidado Individualizado (ISP, por sus siglas en inglés) esté actualizado. • El plan permite a los afiliados que reciben LTSS al momento de la inscripción, que permanezcan bajo el cuidado de su proveedor actual por los servicios cubiertos por hasta seis meses o hasta que su Plan de Atención o Plan de Cuidado Individualizado (ISP, por sus siglas en inglés) esté actualizado. Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan llame al departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de farmacias y proveedores* de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP en la página web del plan en www.MolinaHealthcare.com/Duals. Si Molina Dual Options STAR+PLUS MMP es totalmente nuevo para usted, puede seguir viendo a los doctores que veía hasta el momento durante 90 días como mínimo o hasta que se realice una evaluación de riesgos de salud y su Plan de Atención o ISP se actualice y sea aceptado por usted.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Puedo recurrir a los mismos médicos que consulto ahora? (continuación)	
¿Qué sucede si necesita algún servicio pero ningún proveedor de la red de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP se lo puede proporcionar?	La mayoría de los servicios serán prestados por proveedores de nuestra red. Si necesita algún servicio que no se pueda proporcionar dentro de nuestra red, Molina Dual Options STAR+PLUS MMP pagará el costo de un proveedor fuera de la red.
¿Dónde se encuentra disponible Molina Dual Options STAR+PLUS MMP?	El área de servicio de este plan incluye: Dallas, El Paso, e Hidalgo, Texas. Usted debe vivir en una de estas áreas para inscribirse al plan.
¿Debo pagar una suma mensual (también llamada prima) con Molina Dual Options STAR+PLUS MMP?	Usted no pagará ninguna prima mensual a Molina Dual Options STAR+PLUS MMP por su cobertura médica.
¿Qué es una autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)? (continúa en la siguiente página)	Autorización previa significa que usted debe obtener aprobación de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específicos o para consultar a un proveedor fuera de la red. Molina Dual Options STAR+PLUS MMP puede no cubrir el servicio o medicamento si no obtiene una aprobación. Si necesita atención médica urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener primero la aprobación. Consulte el Capítulo 3 del *Manual del Miembro* para obtener más información acerca de la PA. Consulte la Tabla de Beneficios en la Sección D del Capítulo 4 del *Manual del Miembro* para conocer los servicios que requieren PA.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Qué es una autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)? (continuación)	
¿Qué es una remisión?	Una remisión significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe autorizarlo antes de que pueda recurrir a alguien que no sea su PCP o consultar a otros proveedores de la red del plan. Si no recibe la autorización, puede que Molina Dual Options STAR+PLUS MMP no cubra los servicios. No necesita una remisión para recurrir algunos especialistas, como los especialistas de salud de la mujer. Consulte el Capítulo 3 del *Manual del Miembro* para obtener más información sobre cuándo deberá obtener una remisión de su PCP.
¿No pagaré un deducible?	No. Usted no paga deducibles en Molina Dual Options STAR+PLUS MMP.
¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o si necesito ayuda? (continúa en la siguiente página)	**Si tiene preguntas generales o preguntas acerca de nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas para miembros, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP:** **LLAME AL** (866) 856-8699 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés. **TTY** 711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. **Si tiene preguntas sobre su salud, llame a la Línea de Consejos de Enfermería:** **LLAME AL** (888) 275-8750 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o si necesito ayuda? (continuación)	**TTY** 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
¿Con quién debe comunicarse si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda?	**Si necesita servicios de salud conductual inmediatos, llame a la Línea de Crisis de Salud Conductual:** **LLAME AL** (800) 818-5837 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. **TTY** 711 para inglés y español Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

C. Descripción General de los Servicios

El siguiente cuadro es un resumen rápido de los servicios que posiblemente necesite, sus costos y las reglas de los beneficios.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Desea consultar a un médico	Consultas para tratar una lesión o enfermedad	**$0**	
	Consultas de rutina, como un examen físico	**$0**	Consulta preventiva anual cada 12 meses.
	Atención de especialista	**$0**	Consulte a su médico de atención primaria para obtener una remisión o autorización previa antes de consultar a un especialista. Todas las mujeres miembros tendrán acceso directo a un especialista en salud para la mujer, incluido un obstetra o un ginecólogo, dentro de la red de proveedores de servicios cubiertos necesarios para brindar servicios médicos preventivos de rutina para la mujer. Los miembros con necesidades especiales de atención médica tienen acceso a los especialistas que sean necesarios de acuerdo con su condición y sus necesidades identificadas.
	Atención para evitar enfermedades, como vacunas contra la gripe	**$0**	
	Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" (una sola vez)	**$0**	

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita exámenes médicos	Análisis de laboratorio, como los de sangre	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa para algunos análisis. Los servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios no requieren autorización previa.
	Radiografías u otras imágenes, como las tomografías axiales computarizadas (CAT)	**$0**	Los servicios de radiografía para pacientes ambulatorios no requieren autorización previa. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Pruebas de detección, como pruebas para detectar el cáncer	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (Este servicio continúa en la siguiente página)	Medicamentos genéricos (no de marca)	**$0 para un suministro de 31 días**	Es posible que haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (lista de medicamentos) de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP para obtener más información. Se encuentra disponible un suministro para 100 días para retirar por la farmacia minorista o para enviar por correo postal sin cargo adicional. Es posible que el plan requiera que usted pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de que cubra otro medicamento para dicha afección. Es posible que algunos medicamentos estén limitados a suministros de 31 días. Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)			Su proveedor debe obtener autorización previa de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP para ciertos medicamentos.
	Medicamentos de marca	**$0 para un suministro de 31 días**	Es posible que haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (lista de medicamentos) de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP para obtener más información. Se encuentra disponible un suministro para 100 días para retirar por la farmacia minorista o para enviar por correo postal sin cargo adicional. Es posible que el plan requiera que usted pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de que cubra otro medicamento para dicha afección. Es posible que algunos medicamentos estén limitados a suministros de 31 días. Algunos medicamentos tienen límites de cantidad. Su proveedor debe obtener autorización previa de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP para ciertos medicamentos.
	Medicamentos recetados o de venta libre que no son de Medicare	**$0**	Es posible que haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (lista de medicamentos) de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP para obtener más información.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)			Tendrá acceso a un suministro de 72 horas de medicamentos recetados de emergencia de Medicaid en las farmacias de la red cuando se necesitan medicamentos sin demora y no se encuentra disponible la autorización previa.
	Medicamentos recetados de Medicare Parte B	**$0**	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por el médico en su consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer y algunos medicamentos usados con cierto equipo médico. Lea el *Manual del Miembro* para obtener más información sobre estos medicamentos. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Artículos de venta libre (OTC)	**$0**	Cubrimos productos no recetados de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) sin receta médica como vitaminas, protector solar, analgésicos, medicinas para la tos/el catarro y vendas. Usted recibe $120 cada 3 meses que puede gastar en elementos aprobados por el plan. Su asignación mensual está disponible para usar en enero, abril, julio y octubre. Cualquier monto en dólares que no use se pasará a los siguientes 3 meses. Asegúrese de gastarlo todo antes de que finalice el período de pago porque caduca. No necesita una receta médica de su médico para comprar productos OTC. Cuando se encuentre en un centro de enfermería, no podrá usar este beneficio de artículos OTC. Durante

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)			este tiempo, solo tendrá acceso a los medicamentos recetados cubiertos que se encuentran en el Formulario del plan (incluidos los medicamentos recetados/OTC de Categoría 3 no cubiertos por Medicare). Una vez que sepamos que ya no se encuentra en un centro de Enfermería, le enviaremos por correo un Catálogo de Artículos OTC nuevo o de reemplazo para que pueda volver a solicitar artículos OTC sin receta aprobados por el plan en función de este catálogo.
	Terapia escalonada	**$0**	Es posible que la terapia progresiva sea necesaria para ciertos medicamentos.
Usted necesita tratamiento después de un accidente o accidente cerebrovascular	Terapia física, ocupacional o del habla	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Usted necesita atención de emergencia (Este servicio continúa en la siguiente página)	Servicios de la sala de emergencias	**$0**	Usted puede recibir servicios de atención médica en una sala de emergencias cuando los necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, sin necesidad de autorización previa. La atención de emergencia es solo dentro de los Estados Unidos y sus territorios excepto bajo circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.
	Atención de urgencia	**$0**	Puede recibir servicios de atención médica urgente cuando la necesita, en cualquier lugar en EE. UU. o en sus territorios, sin autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita atención de emergencia (continuación)			La atención de emergencia es solo dentro de los Estados Unidos y sus territorios excepto bajo circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.
Necesita atención hospitalaria	Estadías en el hospital	**$0**	Nuestro plan cubre 30 días adicionales de internación en hospital por periodo de beneficios además de la cobertura de Medicare por un total de 120 días. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Atención de un médico o cirujano	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Usted necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales	Servicios de rehabilitación	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Equipo médico para atención a domicilio	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Atención de enfermería especializada	**$0**	Nuestro plan cubre 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Las internaciones en los centros de enfermería a largo plazo son ilimitadas de acuerdo a la necesidad médica según lo determina la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, por sus siglas en inglés). Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Usted necesita atención de la vista (Este servicio continúa en la siguiente página)	Exámenes de la vista	**$0**	El examen de los ojos de rutina cubierto por Medicaid solo está disponible una vez cada 24 meses. El plan cubre un examen de la vista de rutina cada 12 meses.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita atención de la vista (continuación)	Anteojos o lentes de contacto	**$0**	Nuestro plan pagará por un par de anteojos o lentes de contacto cada año. Adicionalmente, el plan cubre hasta $300 por un (1) marco, un (1) par de lentes de anteojos o lentes de contacto cada año.
Usted necesita atención dental (Este servicio continúa en la siguiente página)	Chequeos dentales	**$0**	Servicios dentales preventivos para Miembros de STAR+PLUS que viven en la comunidad: • Limpieza • Radiografías dentales • Tratamiento con fluoruro • Exámenes orales Nuestro plan paga por servicios de atención preventiva e integral con un límite anual de hasta $2,000 para Miembros de STAR+PLUS sin excepción de la Comunidad. Pueden aplicarse reglas de autorización previa. Los miembros que se encuentran en un centro de enfermería son elegibles únicamente para los siguientes beneficios dentales: Hasta $2,000 por año para chequeos dentales, radiografías y limpiezas para miembros mayores de 21 años de edad. Servicios Dentales para miembros con excepción (el costo máximo anual de este servicio es $5,000 por año del plan de excepción. Pueden hacerse excepciones al costo máximo de $5,000 hasta un adicional de $5,000

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita atención dental (continuación)			por año del plan de exención cuando se requieren los servicios de un cirujano oral).
Necesita servicios de audición o auditivos	Exámenes preventivos de audición	**$0**	
	Audífonos	**$0**	El plan pagará por audífonos para un oído cada cinco años. El plan cubre hasta $2,000 adicionales por año para audífonos que superen el valor del beneficio proporcionado por Medicaid. Beneficios y límites descritos en el Manual de Procedimientos para Proveedores de Medicaid de Texas
Usted tiene una afección crónica, como diabetes o enfermedad cardíaca	Servicios para ayudarle a controlar su enfermedad	**$0**	La cobertura incluye capacitación de autogestión y programa para el control de enfermedades para diabéticos.
	Suministros y servicios para la diabetes	**$0**	El beneficio incluye suministros de control de la diabetes y calzado o plantillas ortopédicos. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Tiene una afección de salud mental	Servicios de salud mental o conductual	**$0**	Consulta de terapia grupal para paciente ambulatorio. Consulta de terapia individual para paciente ambulatorio. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Usted tiene un problema de abuso de substancias	Servicios contra el abuso de substancias	**$0**	Consulta de terapia grupal para paciente ambulatorio. Consulta de terapia individual para paciente ambulatorio. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita servicios de salud mental a largo plazo	Atención durante hospitalización para personas que necesitan atención de salud mental	**$0**	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una internación en hospital. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Necesita equipo médico duradero (durable medical equipment, DME)	Sillas de ruedas.	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Nebulizadores	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Muletas	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Andadores	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Equipos y suministros de oxígeno	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Usted necesita ayuda para su vida en casa (Este servicio continúa en la siguiente página)	Entrega de alimentos a su casa	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Cambios en su casa, como rampas y acceso para silla de ruedas	**$0**	Sujeto a un límite vitalicio de $7,500 y $300 anuales para reparaciones. Este servicio se brinda únicamente a los miembros inscritos en la exención de HCBS STAR+PLUS. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Asistente de cuidado personal (es posible que pueda contratar su propio asistente. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información).	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita ayuda para su vida en casa (continuación)	Capacitación para ayudarle a cobrar trabajos impagos	**$0**	Este servicio se brinda únicamente a los miembros inscritos en la exención de HCBS STAR+PLUS. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Servicios de atención médica domiciliaria	**$0**	El plan ofrece horas adicionales de atención para recibir Servicios de atención médica domiciliaria. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Servicios de día para adultos u otros servicios de apoyo	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Usted necesita un lugar donde vivir con personas disponibles para ayudarle	Asistencia para las actividades de la vida diaria o servicios para la vivienda	**$0**	Este servicio se brinda únicamente a los miembros inscritos en la exención de HCBS STAR+PLUS. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Atención en una residencia para ancianos	**$0**	Las internaciones en los centros de enfermería a largo plazo son ilimitadas de acuerdo a la necesidad médica según lo determina la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, por sus siglas en inglés). Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Su cuidador necesita una pausa (Este servicio continúa en la siguiente página)	Servicios de cuidado de respiro	**$0**	Hasta 30 consultas de servicios de relevo para miembros elegibles inscritos en la exención HCBS STAR+PLUS. El plan cubre hasta 40 horas de relevo por año calendario para miembros de

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Su cuidador necesita una pausa (continuación)			STAR+PLUS mayores de 21 años que no estén inscritos en la exención HCBS STAR+PLUS. Se requiere autorización previa.
Necesita transporte	Servicios de ambulancia	**$0**	No se requiere autorización previa para transporte de emergencia. Pueden aplicarse reglas de autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia.
	Servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) para acudir al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares donde recibe servicios de atención médica	**$0**	Consulte los Capítulos 3 y 4 del Manual del Miembro para obtener más información sobre los servicios NEMT.
Servicios adicionales cubiertos (Este servicio continúa en la siguiente página)	Bolso de mano de accesorios	**$0**	Disponible una vez para los Miembros nuevos de un Centro de Enfermería en un plazo de 30 días tras la confirmación de su inscripción.
	Servicios de centros de cirugía ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés)	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Servicios Community First Choice (CFC):	**$0**	Proporcionado para aquellos que califiquen, según el nivel de atención y la necesidad médica. • Servicios de Ayudante Personal (PAS); • Habilitación (adquisición, mantenimiento y mejora de destrezas); • Servicios de respuesta de emergencia; y • Gestión de apoyo

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Servicios adicionales cubiertos (continuación)			Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Servicios de consejería	**$0**	
	Servicios de diálisis	**$0**	
	Control de enfermedades mejorado	**$0**	
	Beneficio de acondicionamiento físico	**$0**	Usted recibe una membresía de un centro de acondicionamiento físico para acudir a centros de acondicionamiento físico participantes. Si no puede asistir a un gimnasio o prefiere también ejercitarse en casa, puede seleccionar un kit de Home Fitness.
	Educación sobre enfermedades renales	**$0**	
	Reloj digital de letra grande	**$0**	Disponible una vez para los Miembros nuevos de un Centro de Enfermería en un plazo de 30 días tras la confirmación de su inscripción.
	Beneficio de alimentos	**$0**	Los miembros que pueden recibir los beneficios del programa obtienen el beneficio de alimentos adicional de 56 comidas entregadas durante 4 semanas, de acuerdo a sus necesidades.
	Asesoría nutricional telefónica	**$0**	
	Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	**$0**	
	Hospitalización parcial	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Frazada personal	**$0**	Disponible una vez para los Miembros nuevos de un Centro de

Necesidad o problema de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Servicios adicionales cubiertos (continuación)			Enfermería en un plazo de 30 días tras la confirmación de su inscripción.
	Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response System, PERS)	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Servicios de podología	**$0**	Hasta 12 visitas por año para cuidados de los pies rutinarios. Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Insumos médicos/prostéticos	**$0**	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Calcetines antideslizantes	**$0**	Disponible una vez para los Miembros nuevos de un Centro de Enfermería en un plazo de 30 días tras la confirmación de su inscripción.
	Servicios para dejar de fumar	**$0**	
	Programa Weight Watchers	**$0**	

D. Servicios cubiertos fuera de Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan

Esta no es una lista completa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarse sobre otros servicios no cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan, pero que estén disponibles a través de Medicare o Michigan Medicaid.

Otros servicios cubiertos por Medicare o Texas Medicaid	**Sus costos**
Algunos servicios de cuidados paliativos	$0
Examen preadmisión y revisión del residente (PASRR, por sus siglas en inglés)	$0
Acupuntura cubierta por Medicare para el dolor lumbar crónico	$0 Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	$0

E. Servicios no cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan, Medicare ni Texas Medicaid

Esta no es una lista completa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Manual del Miembro* para saber qué otros servicios no se encuentran cubiertos.

Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan, Medicare ni Texas Medicaid	
Terapias alternativas	Cobertura de emergencia en todo el mundo

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan, usted tiene ciertos derechos. Usted puede ejercer estos derechos sin consecuencias. También puede ejercer estos derechos sin perder sus servicios de atención médica. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte el *Manual del Miembro*. Sus derechos incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

- **Tiene derecho a que se le trate con respeto, imparcialidad y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir servicios cubiertos, sin importar su raza, etnia, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética, posibilidades de pago o capacidad para hablar inglés.
  - Recibir información en otros formatos (por ejemplo: letras de molde grandes, sistema braille o audio).
  - Estar libre de todo tipo de restricción física o reclusión.
  - Que los proveedores de la red no le facturen nada.
- **Tiene derecho a recibir información sobre su atención médica.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un formato que usted pueda entender. Estos derechos incluyen recibir información sobre lo siguiente:
  - Descripción de los servicios que cubrimos.
  - Cómo recibir servicios.
  - Cuánto le costarán los servicios.
  - Nombres de proveedores de atención médica y administradores de cuidados.
- **Tiene derecho a tomar decisiones sobre sus cuidados, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiarlo en cualquier momento durante el año.
  - Visitar a un proveedor de atención médica de salud de la mujer sin una remisión.
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos con rapidez.
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, sin importar su costo o si están cubiertas o no.
  - Rechazar tratamientos, aunque su médico aconseje lo contrario.
  - Dejar de tomar medicamentos.
  - Solicitar una segunda opinión. Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan pagará el costo de la consulta para obtener una segunda opinión.
- **Usted tiene derecho al acceso oportuno a atención médica sin obstáculos de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:

- Recibir atención médica oportunamente.
- Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto significa acceso libre de obstáculos para personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act).
- Tener intérpretes que le ayuden a comunicarse con sus médicos y con su plan de salud.

- **Tiene derecho a recibir atención médica urgente y de emergencia cuando la necesite.** Significa que tiene derecho a lo siguiente:
  - Recibir servicios de emergencia sin autorización previa (PA) en una emergencia.
  - Consultar con un proveedor de atención urgente y de emergencia fuera de la red cuando sea necesario.
- **Tiene derecho a la confidencialidad y a la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Pedir y obtener una copia de sus historias clínicas de manera que usted pueda comprenderlas y pedir que se hagan cambios o correcciones en ellas.
  - Que su información médica personal se mantenga privada.
- **Tiene el derecho a presentar una queja sobre sus cuidados o servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o reclamación contra nosotros o nuestros proveedores.
  - Pedir una audiencia imparcial estatal.
  - Obtener una explicación detallada de por qué se denegaron los servicios.

Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte el *Manual del Miembro* de Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan. Si tiene alguna pregunta, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan.

G. Cómo presentar una queja o apelación de un servicio denegado

Si tiene una queja o considera que Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan debería cubrir un servicio que denegamos, llame a Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Usted puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, puede consultar el Capítulo 9 del *Manual del Miembro* de Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan.

O bien, puede escribir a Molina Healthcare

Attn: Grievance and Appeals
P.O. Box 22816
Long Beach, CA. 90801-9977
FAX: 562-499-0610

H. Qué hacer si sospecha de fraude

La mayoría de los profesionales de atención médica y las organizaciones que proporcionan servicios son honestos. Desafortunadamente, pueden existir algunos deshonestos.

Si le parece que algún médico, hospital u otra farmacia está cometiendo un error, comuníquese con nosotros.

- Llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan. Los números de teléfono están en la cubierta de este resumen.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Infórmenos si considera que es incorrecto el accionar de un médico, dentista o farmacéutico que trabaje en una farmacia, u otros proveedores de atención médica u otra persona que obtenga beneficios. Actuar de manera incorrecta puede constituir un caso de fraude, despilfarro y abuso, y esto es ilegal. Por ejemplo, infórmenos si alguien:

- cobra o presta servicios que no se dan o que no son necesarios;
- oculta una condición médica para obtener tratamiento médico;
- permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de Texas Medicaid;
- utiliza la tarjeta de identificación de Texas Medicaid de otra persona;
- Oculta el monto de dinero o los recursos que posee para obtener beneficios.

I. Cómo informar sobre fraude, despilfarro y abuso

- Llame a la Línea directa OIG, 1-800-436-6184.
- Visite oig.hhsc.texas.gov/ y haga clic en “Report Fraud” (Denunciar un fraude) a fin de llenar el formulario en línea; **or**
- Puede hacer la denuncia directamente a nuestro plan de salud aportando los siguientes datos:
  - Nombre del MCO
  - Domicilio de la oficina o del director/MCO, **y**
  - Número de teléfono gratuito del MCO

I1. Para denunciar casos de fraude, despilfarro y abuso, reúna tanta información como sea posible.

- Cuando haga una denuncia acerca de un proveedor (médico, dentista, terapeuta), incluya:

  - Nombre, domicilio y número de teléfono del proveedor
  - Nombre y domicilio del centro (hospital, residencia para ancianos, agencia de atención médica a domicilio, etc.)
  - Número de Texas Medicaid correspondiente al proveedor y el centro, si lo conoce
  - Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
  - Nombres y números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
  - Fechas de los hechos
  - Resumen de lo ocurrido
- Cuando haga denuncias sobre otras personas que reciban beneficios, mencione:
  - Nombre de la persona
  - Fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social, o el número de caso, si lo conoce
  - Ciudad donde reside la persona
  - Detalles específicos acerca del fraude, despilfarro o abuso
- También puede llamar a la Línea de alertas de Molina Healthcare (Línea directa para casos de fraude y abuso) al (866) 606-3889, TTY: 711.

We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (866) 856-8699, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m. local time. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

SPANISH

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

TRADITIONAL CHINESE

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 (866) 856-8699，TTY: 711，服務時間為當地時間的週一到週五的上午8 點至晚上8 點。能說中文的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

SIMPLIFIED CHINESE

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何疑问，我们可以提供免费的口译服务解答您的疑问。若要获得口译服务，请致电我们，电话：(866) 856-8699，TTY: 711，周一至周五提供服务，服务时间为当地时间上午8 点至晚上8 点。说中文的人士会帮助您。这是免费服务。

TAGALOG

Mayroon kaming libreng serbisyo ng tagapagsalin para sagutin ang anumang katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para makakuha ng tagapagsalin, tawagan lang kami sa numerong (866) 856-8699, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

FRENCH

Nous assurons gracieusement des services d'interprétariat afin de répondre à toute question que vous pourriez avoir sur votre santé ou plan de traitement. Pour obtenir l'assistance d'un interprète, il suffit de nous appeler au (866) 856-8699, TTY : 711, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h (heure locale). Une personne parlant français pourra vous assister. Ce service est proposé sans frais.

VIETNAMESE

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số (866) 856-8699, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

H8197-24-68-TXMMPMLI

31472MLIDUTXEN
230811
TX-H8197-MMP-MLI-EN-25

GERMAN

Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetscherdienste, um Ihre Fragen, die Sie möglicherweise zu unseren Gesundheits- oder Arzneimittelleistungen haben, zu beantworten. Wenn Sie mit einem Dolmetscher sprechen möchten, rufen Sie uns einfach an unter (866) 856-8699, TTY: 711, Montag – Freitag, 8:00 Uhr bis 20:00 Uhr (Ortszeit). Jemand, der Deutsch spricht, hilft Ihnen gerne weiter. Dies ist ein kostenloser Dienst.

KOREAN

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (866) 856-8699번, TTY: 711번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시 (현지 시간)에 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

RUSSIAN

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру (866) 856-8699 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по местному времени. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

ARABIC

نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة على أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدين ا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم 8699-856 (866)، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY) يرجى االتصال على الرقم 711 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباح اً حتى الساعة 8 مساءً ، بالتوقيت المحلي، ويمكن لشخص يتحدث اللغة العربية مساعدتك. تقدم هذه الخدمة مجاناً.

ITALIAN

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero (866) 856-8699, TTY: 711, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00 ora locale. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

PORTUGUESE

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a possíveis dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou plano para medicamentos. Para falar com um intérprete, ligue (866) 856-8699, TTY: 711, segunda – sexta, 08h00 até 20h00 horário local. Alguém que fala português pode ajudá-lo. Este é um serviço gratuito.

FRENCH CREOLE

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (866) 856-8699, TTY: 711, Lendi – Vandredi, 8 a.m. rive 8 p.m. lè lokal. Yon moun ki pale kreyòl ayisyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

H8197-24-68-TXMMPMLI

31472MLIDUTXEN
230811
TX-H8197-MMP-MLI-EN-25

POLISH

Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu opieki zdrowotnej lub dawkowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer (866) 856-8699, TTY: 711. Jest on dostępny od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00 czasu lokalnego. Pomocy udzieli osoba mówiąca po polsku. Ta usługa jest bezpłatna.

HINDI

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें सोमवार – शुक्रवार, स्थानीय समयानुसार सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक (866) 856-8699, TTY: 711 पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

JAPANESE

弊社の医療保険プランや処方薬プランについてお問い合わせいただく際に無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の場合は、(866) 856-8699（TTY：711）までお電話にてご連絡くださいい（営業時間：月～金、午前8時～午後8時）。日本語を話せるスタッフがお手伝いいたします。このサービスは無料でご利用いただけます。

MOLINA® HEALTHCARE

TEXAS Medicare Medicaid PLAN

Your Health Plan ★ Your Choice

TEXAS Health and Human Services