# 2024 Resumen de Beneficios

# Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan

Texas H8197-002-002

Sirviendo al a los condados de: Bexar y Harris

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2024







### Resumen de beneficios 2024

### Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS MMP. Incluye respuestas a las preguntas más frecuentes, información de contacto importante, un resumen 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*.

### Índice

A. Limitación de responsabilidad	2
B. Preguntas más frecuentes	
C. Descripción general de los servicios	
D. Servicios cubiertos fuera de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP	
E. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS MMP, Medicare ni Texas Medicaid	27
F. Sus derechos como miembro del plan	28
G. Cómo presentar una queja o apelación de un servicio denegado	29
H. Qué hacer si sospecha de fraude	31
I. Cómo informar sobre fraude, despilfarro y abuso	31
I1. Para denunciar casos de fraude, despilfarro y abuso, reúna tanta información como sea posible	32

### A. Limitación de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS MMP para el 2024. 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 del 2024 en nuestra página web www.MolinaHealthcare.com/Duals. También puede comunicarse con el Departamento de 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. El Plan Molina Dual Options STAR+PLUS Medicare-Medicaid es un plan de salud con contratos con Medicare y Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Es para personas que poseen tanto Medicare como Texas Medicaid.
- \* 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*.
- \* Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.
- \* ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (866) 856-8699, TTY: 711, Monday Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time. The call is free.
- \* ATENCIÓN: Si usted habla español, los servicios de asistencia del idioma, sin costo, están disponibles para usted. Llame al (866) 856-8699, servicio TTY al 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.
- \* Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en letra de molde grande, sistema braille o audio. 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.
- \* Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. Esto se llama una solicitud permanente. Haremos un seguimiento de su solicitud permanente de modo que usted no necesite hacer solicitudes separadas cada vez que le enviemos información.
- \* Para obtener este documento en un idioma distinto del inglés, póngase en contacto con el Estado al (800) 252-8263, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora local) para actualizar su expediente con el idioma que usted prefiere.

\* Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local Un representante puede ayudarle a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede ponerse en contacto con su coordinador de servicios para obtener ayuda con las solicitudes permanentes. Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

### **B.** Preguntas más frecuentes

En la siguiente tabla se observan las preguntas más frecuentes.

Preguntas más frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)	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 Servicios de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP?	Un Coordinador de Servicios de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP es la persona principal con la que usted puede comunicarse. 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 hogar o su comunidad, pero podrían proporcionarse en una residencia para ancianos o en un hospital.
¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y Texas Medicaid en Molina Dual Options STAR+PLUS MMP como los que recibo actualmente? (continúa en la siguiente página)	Obtendrá los beneficios cubiertos por 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 los beneficios cubiertos por 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 equipo de coordinación de servicios trabajarán juntos para crear un Plan de Cuidado a fin de atender sus necesidades de salud

Preguntas más frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)	Respuestas
¿Recibirá los mismos beneficios de Medicare y Texas Medicaid en Molina Dual Options STAR+PLUS MMP? (continuación de la página anterior)	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. Si toma algún medicamento recetado de Medicare Parte D que Molina Dual Options STAR+PLUS MMP normalmente no cubre, podrá obtener un suministro provisional cuando se inscriba en nuestro plan. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que Molina Dual Options STAR+PLUS MMP cubra su medicamento, si fuera médicamente necesario.
¿Puedo recurrir a los mismos médicos que consulto ahora?	A menudo, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, terapeutas y farmacias) trabajan con Molina Dual Options STAR+PLUS MMP y tienen un contrato con nosotros, podrá seguir atendiéndose con ellos.
	<ul> <li>Los proveedores que tienen un contrato con nosotros se consideran "dentro de la red". Debería atenderse con los proveedores de la red de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP.</li> </ul>
	<ul> <li>Si necesita atención urgente o de emergencia, o bien servicios de diálisis fuera del área, puede usar proveedores fuera del plan de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP.</li> </ul>
	• 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.

Preguntas más frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)	Respuestas
	Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros o lea el <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i> de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP en el sitio web del plan en www.MolinaHealthcare.com/Duals.
	Si Molina Dual Options STAR+PLUS MMP es nuevo para usted, puede continuar con los médicos que visita actualmente por, al menos, 90 días o hasta que se realice una Evaluación de Riesgos de la Salud y su Plan de Cuidado Individualizado o ISP se actualicen y usted lo acepte.
¿Qué ocurre si necesito un servicio, pero ningún proveedor de la red de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP 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 está disponible Molina Dual Options STAR+PLUS MMP?	El área de servicios de este plan incluye: los condados de Bexar y Harris, 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?	No pagará ninguna prima a Molina Dual Options STAR+PLUS MMP por su cobertura médica.
¿Qué es una autorización previa (PA)?	PA significa que debe obtener la aprobación de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP antes de recibir un servicio o medicamento específicos, o bien antes de consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que Molina Dual Options STAR+PLUS MMP no cubra el servicio o el medicamento si usted no recibe esta 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 <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información acerca de la PA. Consulte la Tabla de Beneficios en la Sección D del Capítulo 4 del <i>Manual del Miembro</i> para conocer los servicios que requieren PA.

Preguntas más frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)	Respuestas	
¿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 obtiene la aprobación, es posible 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 <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información sobre cuándo deberá obtener una remisión de su PCP.	
¿No pagaré un deducible?	No. No paga deducible en Molina Dual Options STAR+PLUS MMP.	
¿Tengo una brecha en cobertura para medicamentos?	No. Debido a que tiene Medicaid, no tendrá una etapa de brecha en cobertura para sus medicament	
¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta o si necesito ayuda? (continúa en la siguiente página)	Si tiene alguna pregunta general o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicios, la facturación o las tarjetas de identificación del miembro, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP:	
	<b>LLAME AL</b> (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 di intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.	

Preguntas más frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)	Respuestas	
	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 preg	guntas sobre su salud, llame a la Línea de Consejos de Enfermería:
	LLAME A	<b>L</b> (888) 275-8750
		Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
	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? (continuación)	Si necesita se Conductual:	ervicios de salud conductual inmediatos, llame a la Línea de Crisis de Salud
	LLAME A	<b>L</b> (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 recibir atención por una lesión o enfermedad	\$0	
	Consultas de rutina, como un examen físico	\$0	Consulta preventiva anual cada 12 meses.
	Cuidados de especialistas	\$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.

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)
	Atención para evitar enfermedades, como vacunas contra la gripe	\$0	
	Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" (una sola vez)	\$0	
Usted necesita análisis 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	\$0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.  Los servicios de radiografía para pacientes ambulatorios no requieren autorización previa.
	Pruebas de detección, como pruebas para detectar el cáncer	\$0	Pueden aplicarse reglas de autorización.
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 <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> (Lista de Medicamentos) de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP para obtener más información.  Se encuentra disponible un suministro para 90 días para retirar por la farmacia minorista o para enviar por correo postal sin cargo adicional.

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)			Es posible que el plan requiera que usted pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para esa condición.
			Es posible que algunos medicamentos estén limitados a suministros de 31 días.
			Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.
			Su proveedor debe obtener la autorización previa de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP para recetar determinados 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 <i>Lista de Medicamentos</i> Cubiertos (Lista de Medicamentos) de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP para obtener más información.
			Se encuentra disponible un suministro para 90 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 cubrir otro medicamento para esa condición.

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			Es posible que algunos medicamentos estén limitados a suministros de 31 días.
(continuación)			Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.
			Su proveedor debe obtener la autorización previa de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP para recetar determinados 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 <i>Lista de Medicamentos</i> Cubiertos (Lista de Medicamentos) de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP para obtener más información. 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 Parte B incluyen medicamentos administrados por el médico en su consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer y algunos medicamentos que se usan con cierto equipo médico. Lea el <i>Manual del</i>

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)			<ul><li><i>Miembro</i> para obtener más información sobre estos medicamentos.</li><li>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</li></ul>
	Artículos de venta libre (OTC)	\$0	Cubrimos productos no recetados de venta libre (OTC) como vitaminas, protector solar, analgésicos, medicinas para la tos o el catarro y vendas. Obtiene \$120 cada 3 meses que puede gastar en artículos aprobados por el plan. Su asignación trimestral está disponible para usarse 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 artículos OTC.  Cuando se encuentre en un centro de enfermería, no podrá usar este beneficio de artículos OTC. Durante 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

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)
			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 progresiva		Es posible que la terapia progresiva sea necesaria para ciertos medicamentos.
Usted necesita tratamiento después de una embolia o accidente	Terapia física, ocupacional o del habla	\$0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Usted necesita atención de emergencia	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. No se proporciona cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más información.
	Atención médica urgente	\$0	Puede recibir servicios de atención médica urgente cuando los necesita, en cualquier lugar en EE. UU. o en sus territorios, sin autorización previa. No se proporciona cobertura fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan 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 cuidados hospitalarios	Estadías en el hospital	\$0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
			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.
	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	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
			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).
Usted necesita atención de la vista	Exámenes de la vista	\$0	El examen de los ojos de rutina cubierto por Medicaid solo está disponible una vez cada 24 meses. El beneficio flexible del examen de la vista cubierto por el Plan está disponible para el año intermedio.

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)
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	Nuestro plan pagará por un par de anteojos o lentes de contacto cada 2 años.
			Nuestro plan cubre hasta \$300 adicionales por un (1) par de lentes para anteojos y monturas o lentes de contacto cada año.

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	Chequeos dentales	\$0	<ul> <li>Servicios dentales preventivos para Miembros de STAR+PLUS sin excepción en la Comunidad:</li> <li>Limpieza</li> <li>Radiografías dentales</li> <li>Tratamiento con fluoruro</li> <li>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. 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. 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 por año del plan de exención cuando se requieren los servicios de un cirujano oral).</li> </ul>

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)
			Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
Usted necesita servicios de audición o	Exámenes preventivos de audición	\$0	
auditivos	Aparatos auditivos	\$0	Límite: se podrá reembolsar el costo de un audífono cada 5 años a partir del mes en que se lo suministra, ya sea para el oído derecho o izquierdo, pero no ambos dentro del mismo periodo de 5 años.  Pueden aplicarse reglas de autorización
			previa.
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.
Usted 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.

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)
			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.
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.
Usted necesita equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	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	Entrega de alimentos a su casa	\$0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
siguiente página)			

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)	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.
	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.

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 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	Servicios de cuidado de respiro	\$0	Hasta 30 días o 720 horas de servicios de Descanso para miembros elegibles inscritos con una excepción de HCBS STAR+PLUS. Se requiere autorización previa.  El plan cubre hasta 8 horas de cuidado de respiro por año natural para los miembros de STAR+PLUS mayores de 21 años que no estén inscritos en la exención de HCBS

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) STAR+PLUS. Se requiere una autorización.
Usted necesita transporte (este servicio continúa en la página siguiente)	Servicios de ambulancia	\$0	
	Servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés) 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.

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 transporte (continuación)			
Servicios adicionales (este servicio continúa en la página siguiente)	Kit de Acondicionamiento Físico	\$0	Los Miembros de Centros de Enfermería pueden seleccionar un kit de acondicionamiento físico para el hogar. Los Miembros de STAR+PLUS sin excepción que viven en la Comunidad pueden elegir entre una membresía en un centro de acondicionamiento físico, un kit de acondicionamiento físico para el hogar o ambos.
	Beneficio de gimnasio	\$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.
	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.
	Servicios de podología	\$0	Hasta 12 visitas por año para cuidados de los pies rutinarios.  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)
Servicios adicionales (continuación)	Insumos médicos/prostéticos	\$0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Servicios de diálisis	\$0	
	Hospitalización parcial	\$0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Servicios de centros de cirugía ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés)	\$0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	\$0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Educación sobre enfermedades renales	\$0	
	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.
	Frazada personal	\$0	Una vez para los miembros nuevos de los centros de enfermería dentro de los 30 días de la confirmación de su inscripción.
	Bolso de mano de accesorios	\$0	Una vez para los miembros nuevos de los centros de enfermería dentro de los 30 días de la confirmación de su inscripción.
	Reloj digital de letra grande	\$0	Una vez para los miembros nuevos de los centros de enfermería dentro de los 30 días de la confirmación de su inscripción.
	Sistema personal de auxilio para emergencias (PERS, por sus siglas en inglés)	\$0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Programa Weight Watchers	\$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)
Servicios adicionales (continuación)	Servicios para dejar de fumar	\$0	
	Asesoría nutricional telefónica	\$0	
	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
			<ul> <li>Gestión de apoyo</li> <li>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</li> </ul>
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$0	Pueden aplicarse reglas de autorización previa.
	Control de enfermedades mejorado	\$0	
	Servicios de consejería	\$0	

### D. Servicios cubiertos fuera de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP

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 MMP, pero que estén disponibles a través de Medicare o Texas 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.	

### E. Beneficios no cubiertos por Molina Dual Options STAR+PLUS MMP, 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 MMP, 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 MMP, 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 lo siguiente:
  - 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:
  - o Descripción de los servicios que cubrimos.
  - · Cómo recibir servicios.
  - Cuánto le costarán los servicios.
  - o 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 lo siguiente:
  - Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiarlo en cualquier momento durante el año.
  - o Consultar a un proveedor de atención médica de salud de la mujer sin una remisión.
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos con rapidez.
  - o 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.
- o Solicitar una segunda opinión. Molina Dual Options STAR+PLUS MMP 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 lo siguiente:
  - 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.
  - o 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.
  - o 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 lo siguiente:
  - o 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 lo siguiente:
  - Presentar una queja o reclamación contra nosotros o nuestros proveedores.
  - Pedir una audiencia imparcial estatal.
  - o 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 MMP. Si tiene alguna pregunta, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP.

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



Si tiene una queja o considera que Molina Dual Options STAR+PLUS MMP debería cubrir un servicio que denegamos, llame a Molina Dual Options STAR+PLUS MMP 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 MMP. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP.

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 considera 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 MMP. 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
  - o Nombre y domicilio del centro (hospital, residencia para ancianos, agencia de atención médica a domicilio, etc.)
  - o Número de Texas Medicaid correspondiente al proveedor y el centro, si lo conoce
  - o Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
  - o 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
  - o Fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social, o el número de caso, si lo conoce
  - o Ciudad donde reside la persona
  - o Detalles específicos acerca del fraude, despilfarro o abuso
- También puede llamar a la línea de alertas AlertLine de Molina Healthcare (Línea directa para casos de fraude y abuso) al (866) 606-3889, TTY: 711.

TXMMPD02SBSP0924





