



Member Handbook

What you need to know about your benefits

[Molina Healthcare](#) Combined Evidence of Coverage (EOC) and Disclosure Form

2024

[Sacramento, San Diego, Riverside, and San Bernardino counties](#)

Other languages and formats

Other languages

You can get this Member Handbook and other plan materials in other languages at no cost to you. [Molina Healthcare](#) provides written translations from qualified translators. Call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). The call is free. Read this Member Handbook to learn more about health care language assistance services such as interpreter and translation services.

Other formats

You can get this information in other formats such as braille, 20-point font large print, audio, and accessible electronic formats at no cost to you. Call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). The call is free.

Interpreter services

[Molina Healthcare](#) provides oral interpretation services from a qualified interpreter, on a 24-hour basis, at no cost

to you. You do not have to use a family member or friend as an interpreter. We discourage the use of minors as interpreters unless it is an emergency. Interpreter, linguistic, and cultural services are available at no cost to you. Help is available 24 hours a day, 7 days a week. For language help or to get this handbook in a different language, call **1-888-665-4621** (TTY/TDD or 711). The call is free.

English

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-888-665-4621** (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-665-4621** (TTY: 711). These services are free.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-888-665-4621 (711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-888-665-4621 (711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-665-4621 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-888-665-4621 (TTY: 711): Այդ

ឧបាយកលគ្រប់គ្រងឯកសារ យល់ឃើញ ៖

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-665-4621 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-888-665-4621 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-888-665-4621 (TTY: 711)。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 1-888-665-4621 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-888-665-4621 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-888-665-4621 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-665-4621

(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-888-665-4621

(TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu 1-888-665-4621 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-888-665-4621 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-665-4621

(TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-888-665-4621 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-665-4621 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로

된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-665-4621 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃຫ້ທາງເບີ 1-888-665-4621 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໃຫ້ທາງເບີ 1-888-665-4621 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-665-4621 (711)]. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-665-4621 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-665-4621

(711) . ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-665-4621 (711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-888-665-4621 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-888-665-4621 (TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-665-4621

(TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-888-665-4621 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa

1-888-665-4621 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-888-665-4621 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข

1-888-665-4621 (TTY: 711). นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ

สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ
ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-665-4621 (TTY: 711).
ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-888-665-4621 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-888-665-4621 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-888-665-4621 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-888-665-4621 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Welcome to Molina Healthcare!

Thank you for joining [Molina Healthcare](#). [Molina Healthcare](#) is a health plan for people who have Medi-Cal. [Molina Healthcare](#) works with the State of California to help you get the health care you need.

Member Handbook

This Member Handbook tells you about your coverage under [Molina Healthcare](#). Please read it carefully and completely. It will help you understand your benefits, the services available to you, and how to get the care you need. It also explains your rights and responsibilities as a member of [Molina Healthcare](#). If you have special health needs, be sure to read all sections that apply to you.

This Member Handbook is also called the Combined Evidence of Coverage (EOC) and Disclosure Form. It is a summary of [Molina Healthcare](#)'s rules and policies and is based on the contract between [Molina Healthcare](#) and the Department of Health Care Services (DHCS). If you would like more information, call [Molina Healthcare](#) at [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

In this Member Handbook, [Molina Healthcare](#) is sometimes referred to as “we” or “us.” Members are sometimes called “you.” Some capitalized words have special meaning in this Member Handbook.

To ask for a copy of the contract between [Molina Healthcare](#) and DHCS, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). You may ask for another copy of the Member Handbook at no cost to you. You can also find the Member Handbook on the [Molina Healthcare](#) website at www.MolinaHealthcare.com. You can also ask for a free copy of the [Molina Healthcare](#) non-proprietary clinical and administrative policies and procedures. They are also on the [Molina Healthcare](#) website.

Contact us

Molina Healthcare is here to help. If you have questions, call **1-888-665-4621** (TTY/TDD or 711). **Molina Healthcare** is here **Monday - Friday, 7:00 a.m. - 7:00 p.m.** The call is free.

You can also visit online at any time at www.MolinaHealthcare.com.

Thank you,
Molina Healthcare
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Table of contents

| | |
|--|-----------|
| Other languages and formats | 2 |
| Other languages | 2 |
| Other formats | 2 |
| Interpreter services | 2 |
| Welcome to Molina Healthcare! | 10 |
| Member Handbook | 10 |
| Contact us | 11 |
| Table of contents..... | 12 |
| 1. Getting started as a member..... | 15 |
| How to get help..... | 15 |
| Who can become a member..... | 15 |
| Identification (ID) cards..... | 16 |
| 2. About your health plan..... | 18 |
| Health plan overview | 18 |
| How your plan works | 20 |
| Changing health plans..... | 20 |
| Students who move to a new county or out of California | 21 |
| Continuity of care..... | 22 |
| Costs | 25 |
| 3. How to get care | 29 |
| Getting health care services | 29 |
| Primary care provider (PCP)..... | 30 |
| Provider network..... | 33 |
| Appointments..... | 41 |
| Getting to your appointment | 42 |
| Canceling and rescheduling | 42 |
| Payment | 42 |
| Referrals | 43 |

| | |
|---|------------|
| Pre-approval (prior authorization)..... | 45 |
| Second opinions..... | 47 |
| Sensitive care..... | 47 |
| Urgent care..... | 50 |
| Emergency care..... | 51 |
| Nurse Advice Line..... | 53 |
| Advance directives..... | 53 |
| Organ and tissue donation..... | 54 |
| 4. Benefits and services..... | 55 |
| What your health plan covers..... | 55 |
| Medi-Cal benefits covered by Molina Healthcare | 58 |
| Other Molina Healthcare covered benefits and programs..... | 79 |
| Other Medi-Cal programs and services..... | 92 |
| Services you cannot get through Molina Healthcare or Medi-Cal..... | 98 |
| Evaluation of new and existing technologies | 98 |
| 5. Child and youth well care..... | 99 |
| Pediatric services (Children under age 21)..... | 99 |
| Well-child health check-ups and preventive care..... | 100 |
| Blood lead poisoning screening..... | 101 |
| Help getting child and youth well care services..... | 101 |
| Other services you can get through Fee-for-Service (FFS) Medi-Cal or other programs..... | 102 |
| 6. Reporting and solving problems..... | 105 |
| Complaints..... | 106 |
| Appeals..... | 107 |
| What to do if you do not agree with an appeal decision..... | 108 |
| Complaints and Independent Medical Reviews (IMR) with the Department of Managed Health Care (DMHC)..... | 109 |
| State Hearings..... | 110 |
| Fraud, waste, and abuse..... | 112 |
| 7. Rights and responsibilities..... | 114 |
| Your rights..... | 114 |
| Your responsibilities..... | 116 |
| Notice of non-discrimination..... | 116 |
| Ways to get involved as a member..... | 118 |

Table of contents

| | |
|--|------------|
| Notice of privacy practices..... | 119 |
| Notice about laws | 125 |
| Notice about Medi-Cal as a payer of last resort, other health coverage, and tort recovery..... | 125 |
| Notice about estate recovery | 126 |
| Notice of Action | 126 |
| 8. Important numbers and words to know..... | 128 |
| Important phone numbers | 128 |
| Words to know..... | 128 |

1. Getting started as a member

How to get help

[Molina Healthcare](#) wants you to be happy with your health care. If you have questions or concerns about your care, [Molina Healthcare](#) wants to hear from you!

Member services

[Molina Healthcare](#) member services is here to help you. [Molina Healthcare](#) can:

- Answer questions about your health plan and [Molina Healthcare](#) covered services
- Help you choose or change a primary care provider (PCP)
- Tell you where to get the care you need
- Help you get interpreter services if you do not speak English
- Help you get information in other languages and formats

If you need help, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). [Molina Healthcare](#) is here [Monday - Friday, 7:00 a.m. - 7:00 p.m.](#) The call is free. [Molina Healthcare](#) must make sure you wait less than 10 minutes when calling.

You can also visit Member Services online at any time at www.MolinaHealthcare.com.

Who can become a member

Every state may have a Medicaid program. In California, Medicaid is called **Medi-Cal**.

You qualify for [Molina Healthcare](#) because you qualify for Medi-Cal and live in one of these counties: Sacramento, San Diego, Riverside, and San Bernardino.

For details, call your county's Social Security Administration Office at the phone numbers listed below.

Riverside Social Security Office: 1-800-772-1213

San Bernardino Social Security Office: 1-909-891-3744

Sacramento Social Security Office: 1-855-782-9153

San Diego Social Security Office: 1-800-772-1213

You might also qualify for Medi-Cal through Social Security because you are getting SSI or SSP.

For questions about enrollment, call Health Care Options at 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 or 711). Or go to <http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>

For questions about Social Security, call the Social Security Administration at 1-800-772-1213. Or go to <https://www.ssa.gov/locator/>.

Transitional Medi-Cal

Transitional Medi-Cal is also called “Medi-Cal for working people.” You may be able to get Transitional Medi-Cal if you stop getting Medi-Cal because:

- You started earning more money, or
- Your family started getting more child or spousal support

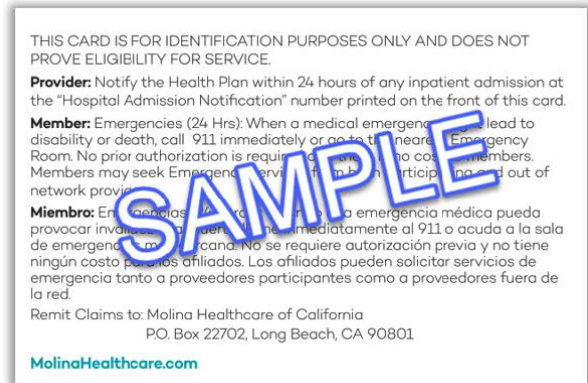
You can ask questions about qualifying for Transitional Medi-Cal at your local county health and human services office at:

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>

Or call Health Care Options at 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 or 711).

Identification (ID) cards

As a member of [Molina Healthcare](#), you will get our [Molina Healthcare](#) ID card. You must show your [Molina Healthcare](#) ID card **and** your Medi-Cal Benefits Identification Card (BIC) when you get health care services or prescriptions. Your BIC card is the Medi-Cal Benefits Card sent to you by the State of California. You should always carry all health cards with you. Your BIC and Molina Healthcare Identification (ID) cards look like these:



If you do not get your [Molina Healthcare](#) ID card within a few weeks after your enrollment date, or if your card is damaged, lost, or stolen, call member services right away. [Molina Healthcare](#) will send you a new card at no cost to you. Call [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD or 711).

2. About your health plan

Health plan overview

[Molina Healthcare](#) is a health plan for people who have Medi-Cal in these counties: Sacramento, San Diego, Riverside, and San Bernardino. [Molina Healthcare](#) works with the State of California to help you get the health care you need.

Talk with one of the [Molina Healthcare](#) member services representatives to learn more about the health plan and how to make it work for you. Call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

When your coverage starts and ends

When you enroll in [Molina Healthcare](#), we will send your Molina Healthcare Identification (ID) card within two weeks of your enrollment date. You must show both your [Molina Healthcare](#) ID card and your Medi-Cal BIC when you get health care services or prescriptions.

Your Medi-Cal coverage will need renewing every year. If your local county office cannot renew your Medi-Cal coverage electronically, the county will send you a pre-populated Medi-Cal renewal form. Complete this form and return it to your local county human services agency. You can return your information in person, by phone, by mail, online, or by other electronic means available in your county.

[You or your dependent child may enroll in Molina Healthcare if:](#)

- [You can get Medi-Cal benefits](#)
- [You live in one of the counties where Molina Healthcare operates](#)
- [A dependent child could be:](#)
 - [Your own child](#)

- o Your adopted child
- o Your stepchild
- o Your foster child
- o A child you support

Your “county eligibility worker” can tell you if you can get Medi-Cal benefits. If you can get Medi-Cal benefits, you can fill out an enrollment form to enroll in Molina Healthcare. The enrollment form comes from Health Care Options. Health Care Options enrolls Medi-Cal members into health plans. For help enrolling, call Health Care Options at 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077). Or visit www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov. You can choose Molina Healthcare from a list. After you enroll, it takes up to 45 days before you become a member.

You can end your [Molina Healthcare](#) coverage and choose another health plan at any time. For help choosing a new plan, call Health Care Options at 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 or 711). Or go to www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov. You can also ask to end your Medi-Cal.

[Molina Healthcare](#) is a health plan for Medi-Cal members in [\[county\]](#). Find your local office at <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.

[Molina Healthcare](#) eligibility may end if any of the following is true:

- You move out of Sacramento, San Diego, Riverside, or San Bernardino counties
- You no longer have Medi-Cal
- You become eligible for a waiver program that requires you to be enrolled in Fee-for-Service (FFS) Medi-Cal
- You are in jail or prison

If you lose your [Molina Healthcare](#) Medi-Cal coverage, you may still qualify for FFS Medi-Cal coverage. If you are not sure if you are still covered by [Molina Healthcare](#), call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

Special considerations for American Indians in managed care

American Indians have a right to not enroll in a Medi-Cal managed care plan. Or they may leave their Medi-Cal managed care plan and return to FFS Medi-Cal at any time and for any reason.

If you are an American Indian, you have the right to get health care services at an Indian Health Care Provider (IHCP). You can also stay with or disenroll (drop) from [Molina Healthcare](#) while getting health care services from these locations. To learn more about enrollment and disenrollment, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

[Molina Healthcare](#) must provide care coordination for you, including out-of-network case management. If you ask to get services from an IHCP and there is no available in-network IHCP, [Molina Healthcare](#) must help you find an out-of-network IHCP. To learn more, read “Provider network” in Chapter 3 of this handbook.

How your plan works

[Molina Healthcare](#) is a managed care health plan contracted with DHCS. [Molina Healthcare](#) works with doctors, hospitals, and other health care providers in the [Molina Healthcare](#) service area to provide health care to our members. As a member of [Molina Healthcare](#), you may qualify for some services provided through FFS Medi-Cal. These include outpatient prescriptions, non-prescription drugs, and some medical supplies through Medi-Cal Rx.

[\[Member services\]](#) will tell you how [Molina Healthcare](#) works, how to get the care you need, how to schedule provider appointments during office hours, how to request no-cost interpreting and translation services or written information in alternative formats, and how to find out if you qualify for transportation services.

To learn more, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). You can also find member service information online at www.MolinaHealthcare.com.

Changing health plans

You can leave [Molina Healthcare](#) and join another health plan in your county of residence at any time. To choose a new plan, call Health Care Options at 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 or 711). You can call between 8 a.m. and 6 p.m. Monday through Friday. Or go to <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>.

It takes up to 30 days or more to process your request to leave [Molina Healthcare](#) and enroll in another plan in your county. To find out the status of your request, call Health

Care Options at 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 or 711).

If you want to leave [Molina Healthcare](#) sooner, you can call Health Care Options to ask for an expedited (fast) disenrollment.

Members who can request expedited disenrollment include, but are not limited to, children getting services under the Foster Care or Adoption Assistance programs, members with special health care needs, and members already enrolled in Medicare or another Medi-Cal or commercial managed care plan.

You can ask to leave [Molina Healthcare](#) by contacting your local county health and human services office. Find your local office at:

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.

Or call Health Care Options at 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 or 711).

Students who move to a new county or out of California

You can get emergency care and urgent care anywhere in the United States, including the U.S. Territories. Routine and preventive care are covered only in your county of residence. If you are a student who moves to a new county in California to attend higher education, including college, [Molina Healthcare](#) will cover emergency room and urgent care services in your new county. You can also get routine or preventive care in your new county, but you must notify your MCP. Read more below.

If you are enrolled in Medi-Cal and are a student in a different county from the California county where you live, you do not need to apply for Medi-Cal in that county.

If you temporarily move away from home to be a student in another county in California, you have two choices. You can:

- Tell your eligibility worker at [Sacramento, San Diego, Riverside, or San Bernardino County offices](#) that you are temporarily moving to attend a school for higher education and give them your address in the new county. The county will update the case records with your new address and county code. You must do this if you want to keep getting routine or preventive care while you live in a new county. If [Molina Healthcare](#) does not serve the county where you will attend college, you might have to change health plans. For

questions and to prevent delay joining the new health plan, call Health Care Options at 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 or 711).

Or

- If [Molina Healthcare](#) does not serve the new county where you attend college, and you do not change your health plan to one that serves that county, you will only get emergency room and urgent care services for some conditions in the new county. To learn more, read Chapter 3, “How to get care.” For routine or preventive health care, you would need to use the [Molina Healthcare](#) network of providers located in the head of household’s county of residence.

If you are leaving California temporarily to be a student in another state and you want to keep your Medi-Cal coverage, contact your eligibility worker at Sacramento, San Diego, Riverside, or San Bernardino County offices. As long as you qualify, Medi-Cal will cover emergency services and urgent care in another state. If [Molina Healthcare](#) approves the service and the doctor and hospital meet Medi-Cal rules, Medi-Cal will also cover emergency care that requires hospitalization in Canada and Mexico.

Routine and preventive care services, including prescription drugs, are not covered when you are outside of California. You will not qualify for Medi-Cal. [Molina Healthcare](#) will not pay for your health care. If you want Medicaid in another state, you will need to apply in that state. Medi-Cal does not cover emergency, urgent, or any other health care services outside of the United States, except for Canada and Mexico as noted in Chapter 3.

Continuity of care

Continuity of care for an out-of-network provider

As a member of [Molina Healthcare](#), you will get your health care from providers in [Molina Healthcare](#)’s network. To find out if a health care provider is in the [Molina Healthcare](#)’s network, visit www.Molinahealthcare.com or you may call Molina Healthcare’s Member Services Department at 1-888-665-4621 (TTY/TDD or 711). Providers not listed in the directory may not be in the [Molina Healthcare](#) network.

In some cases, you might be able to get care from providers who are not in the [Molina Healthcare](#) network. If you were required to change your health plan or to switch from FFS to managed care, or you had a provider who was in network but is now outside the

network, you might be able to keep your provider even if they are not in the [Molina Healthcare](#) network. This is called continuity of care.

If you need to get care from a provider who is outside the network, call [Molina Healthcare](#) to ask for continuity of care. You may be able to get continuity of care for up to 12 months or more if all of these are true:

- You have an ongoing relationship with the out-of-network provider before enrollment in [Molina Healthcare](#)
- You went to the out-of-network provider for a non-emergency visit at least once during the 12 months before your enrollment with [Molina Healthcare](#)
- The out-of-network provider is willing to work with [Molina Healthcare](#) and agrees to [Molina Healthcare](#)'s contract requirements and payment for services
- The out-of-network provider meets [Molina Healthcare](#)'s professional standards
- The out-of-network provider is enrolled and participating in the Medi-Cal program

To learn more, call member services at [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD or 711).

If your providers do not join the [Molina Healthcare](#) network by the end of 12 months, do not agree to [Molina Healthcare](#) payment rates, or do not meet quality of care requirements, you will need to change to providers in the [Molina Healthcare](#) network. To discuss your choices, call member services at [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD or 711).

[Molina Healthcare](#) is not required to provide continuity of care for an out-of-network provider for certain ancillary (supporting) services such as radiology, laboratory, dialysis centers, or transportation. You will get these services with a provider in [Molina Healthcare](#)'s network.

To learn more about continuity of care and if you qualify, call [member services at 1-888-665-4621](#) (TTY/TDD or 711).

Completion of covered services from an out-of-network provider

As a member of [Molina Healthcare](#), you will get covered services from providers in [Molina Healthcare](#)'s network. If you are being treated for certain health conditions at the time you enrolled with [Molina Healthcare](#) or at the time your provider left [Molina Healthcare](#)'s network, you might also still be able to get Medi-Cal services from an out-of-network provider.

You might be able to continue care with an out-of-network provider for a specific time

period if you need covered services for these health conditions:

| Health condition | Time period |
|---|---|
| Acute conditions (a medical issue that needs fast attention) | For as long as your acute condition lasts |
| Serious chronic physical and behavioral conditions (a serious health care issue you have had for a long time) | For an amount of time required to finish your course of treatment and to safely move you to a new doctor in the Molina Healthcare network |
| Pregnancy and postpartum (after birth) care | During your pregnancy and up to 12 months after the end of pregnancy |
| Maternal mental health services | For up to 12 months from the diagnosis or from the end of your pregnancy, whichever is later |
| Care of a newborn child between birth and 36 months old | For up to 12 months from the start date of the coverage or the date the provider's contract ends with Molina Healthcare |
| Terminal illness (a life-threatening medical issue) | For as long as your illness lasts. You may still get services for more than 12 months from the date you enrolled with Molina Healthcare or the time the provider stops working with Molina Healthcare |
| Performance of a surgery or other medical procedure from an out-of-network provider as long as it is covered, medically necessary, and authorized by Molina Healthcare as part of a documented course of treatment and recommended and documented by the provider | The surgery or other medical procedure must take place within 180 days of the provider's contract termination date or 180 days from the effective date of your enrollment with Molina Healthcare |

For other conditions that might qualify, call [member services](#) at 1-888-665-4621 (TTY/TDD or 711).

If an out-of-network provider is not willing to keep providing services or does not agree

to [Molina Healthcare](#)'s contract requirements, payment, or other terms for providing care, you will not be able to get continued care from the provider. You may be able to keep getting services from a different provider in [Molina Healthcare](#)'s network.

For help choosing a contracted provider to continue with your care or if you have questions or problems getting covered services from a provider who is no longer in [Molina Healthcare](#)'s network, call member services at [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

[Molina Healthcare](#) is not required to provide continuity of care for services Medi-Cal does not cover or that are covered under Medi-Cal's contract with DHCS. To learn more about continuity of care, eligibility, and available services, call [member services at 1-888-665-4621](#).

Costs

Member costs

[Molina Healthcare](#) serves people who qualify for Medi-Cal. In most cases, [Molina Healthcare](#) members do not have to pay for covered services, premiums, or deductibles.

If you are an American Indian, you do not have to pay enrollment fees, premiums, deductibles, co-pays, cost sharing, or other similar charges. MCPs must not charge any American Indian member who gets an item or service directly from an IHCP or through a referral to an IHCP or reduce payments due to an IHCP by the amount of any enrollment fee, premium, deductible, copayment, cost sharing, or similar charge.

If you are enrolled in the California Children's Health Insurance Program (CCHIP) in Santa Clara, San Francisco, or San Mateo counties or are enrolled in Medi-Cal for Families, you might have a monthly premium and co-pays.

Except for emergency care, urgent care, or sensitive care, you must get pre-approval (prior authorization) from [Molina Healthcare](#) before you visit a provider outside the [Molina Healthcare](#) network. If you do not get pre-approval (prior authorization) and you go to a provider outside the network for care that is not emergency care, urgent care, or sensitive care, you might have to pay for care you got from that provider. For a list of covered services, read Chapter 4, "Benefits and services" in this handbook. You can also find the Provider Directory on the [Molina Healthcare](#) website at

www.MolinaHealthcare.com.

For members with long-term care and a share of cost

You might have to pay a share of cost each month for your long-term care services. The amount of your share of cost depends on your income and resources. Each month, you will pay your own health care bills, including but not limited to Long-Term Support Service (LTSS) bills, until the amount you have paid equals your share of cost. After that, [Molina Healthcare](#) will cover your long-term care for that month. You will not be covered by [Molina Healthcare](#) until you have paid your entire long-term care share of cost for the month.

How a provider gets paid

[Molina Healthcare](#) pays providers in these ways:

- Capitation payments
 - [Molina Healthcare](#) pays some providers a set amount of money every month for each [Molina Healthcare](#) member. This is called a capitation payment. [Molina Healthcare](#) and providers work together to decide on the payment amount.
- FFS payments
 - Some providers give care to [Molina Healthcare](#) members and send [Molina Healthcare](#) a bill for the services they provided. This is called an FFS payment. [Molina Healthcare](#) and providers work together to decide how much each service costs.
- [Provider Incentive program](#):
 - [Eligible providers may receive additional incentives for delivering high quality care to Molina Healthcare members.](#)

To learn more about how [Molina Healthcare](#) pays providers, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

If you get a bill from a health care provider

Covered services are health care services that [Molina Healthcare](#) must pay. If you get a bill for support services fees, copayments, or registration fees for a covered service, do not pay the bill. Call member services right away at [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

If you get a bill from a pharmacy for a prescription drug, supplies, or supplements, call Medi-Cal Rx Customer Service at 1-800-977-2273, 24 hours a day, 7 days a week. TTY users can call 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m. You can also go to the Medi-Cal Rx website at <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Asking **Molina Healthcare** to pay you back for expenses

If you paid for services that you already got, you might qualify to be reimbursed (paid back) if you meet **all** of these conditions:

- The service you got is a covered service that **Molina Healthcare** is responsible for paying. **Molina Healthcare** will not reimburse you for a service that **Molina Healthcare** does not cover.
- You got the covered service after you became an eligible **Molina Healthcare** member.
- You ask to be paid back within one year from the date you got the covered service.
- You show proof that you paid for the covered service, such as a detailed receipt from the provider.
- You got the covered service from a Medi-Cal enrolled provider in **Molina Healthcare**'s network. You do not need to meet this condition if you got emergency care, family planning services, or another service that Medi-Cal allows out-of-network providers to perform without pre-approval (prior authorization).
- If the covered service normally requires pre-approval (prior authorization), you need to give proof from the provider that shows a medical need for the covered service.

Molina Healthcare will tell you if they will reimburse you in a letter called a Notice of Action (NOA). If you meet all of the above conditions, the Medi-Cal-enrolled provider should pay you back for the full amount you paid. If the provider refuses to pay you back, **Molina Healthcare** will pay you back for the full amount you paid. We must reimburse you within 45 working days of receipt of the claim.

If the provider is enrolled in Medi-Cal but is not in the **Molina Healthcare** network and refuses to pay you back, **Molina Healthcare** will pay you back, but only up to the amount that FFS Medi-Cal would pay. **Molina Healthcare** will pay you back for the full out-of-pocket amount for emergency services, family planning services, or another service that Medi-Cal allows to be provided by out-of-network providers without pre-approval (prior authorization). If you do not meet one of the above conditions, **Molina Healthcare** will not pay you back.

Molina Healthcare will not pay you back if:

- You asked for and got services that are not covered by Medi-Cal, such as cosmetic services
- The service is not a covered service for **Molina Healthcare**
- You have an unmet Medi-Cal share of cost
- You went to a doctor who does not take Medi-Cal and you signed a form that said you want to be seen anyway and you will pay for the services yourself
- You have Medicare Part D co-pays for prescriptions covered by your Medicare Part D plan

3. How to get care

Getting health care services

Read this chapter to learn about finding health care providers.

You can start getting health care services on your effective date of enrollment in [Molina Healthcare](#). Always carry with you your [Molina Healthcare](#) Identification (ID) card, Medi-Cal Benefits Identification Card (BIC), and any other health insurance cards. Never let anyone else use your BIC or [Molina Healthcare](#) ID card.

New members with only Medi-Cal coverage must choose a primary care provider (PCP) in the [Molina Healthcare](#) network. New members with both Medi-Cal and comprehensive other health coverage do not have to choose a PCP.

The [Molina Healthcare](#) network is a group of doctors, hospitals, and other providers who work with [Molina Healthcare](#). You must choose a PCP within 30 days from the time you become a member of [Molina Healthcare](#). If you do not choose a PCP, [Molina Healthcare](#) will choose one for you.

You can choose the same PCP or different PCPs for all family members in [Molina Healthcare](#), as long as the PCP is available.

If you have a doctor you want to keep, or you want to find a new PCP, go to the Provider Directory for a list of all PCPs and other providers in the [Molina Healthcare](#) network. The Provider Directory has other information to help you choose a PCP. If you need a Provider Directory, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). You can also find the Provider Directory on the [Molina Healthcare](#) website at www.MolinaHealthcare.com.

If you cannot get the care you need from a participating provider in the [Molina Healthcare](#) network, your PCP or specialist in [Molina Healthcare](#)'s network must ask [Molina Healthcare](#) for approval to send you to an out-of-network provider. This is called a referral. You do not need a referral to go to an out-of-network provider to get sensitive care services listed under the heading "Sensitive care" later in this chapter.

Read the rest of this chapter to learn more about PCPs, the Provider Directory, and the provider network.

The Medi-Cal Rx program administers outpatient prescription drug [coverage](#). To learn more, read “Other Medi-Cal programs and services” in Chapter 4.

Primary care provider (PCP)

Your primary care provider (PCP) is the licensed provider you go to for most of your health care. Your PCP also helps you get other types of care you need. You must choose a PCP within 30 days of enrolling in [Molina Healthcare](#). Depending on your age and sex, you can choose a general practitioner, OB/GYN, family practitioner, internist, or pediatrician as your PCP.

A nurse practitioner (NP), physician assistant (PA), or certified nurse midwife can also act as your PCP. If you choose an NP, PA, or certified nurse midwife, you can be assigned a doctor to oversee your care. If you are in both Medicare and Medi-Cal, or if you also have other comprehensive health care insurance, you do not have to choose a PCP.

You can choose an Indian Health Care Provider (IHCP), Federally Qualified Health Center (FQHC), or Rural Health Clinic (RHC) as your PCP. Depending on the type of provider, you might be able to choose one PCP for yourself and your other family members who are members of [Molina Healthcare](#), as long as the PCP is available.

Note: American Indians can choose an IHCP as their PCP, even if the IHCP is not in the [Molina Healthcare](#) network.

If you do not choose a PCP within 30 days of enrollment, [Molina Healthcare](#) will assign you to a PCP. If you are assigned to a PCP and want to change, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). The change happens the first day of the next month.

Your PCP will:

- Get to know your health history and needs
- Keep your health records
- Give you the preventive and routine health care you need
- Refer (send) you to a specialist if you need one
- Arrange for hospital care if you need it

You can look in the Provider Directory to find a PCP in the [Molina Healthcare](#) network. The Provider Directory has a list of IHCPs, FQHCs, and RHCs that work with [Molina](#)

Healthcare.

You can find the [Molina Healthcare](#) Provider Directory online at www.MolinaHealthcare.com. Or you can request a Provider Directory to be mailed to you by calling [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). You can also call to find out if the PCP you want is taking new patients.

Choice of doctors and other providers

You know your health care needs best, so it is best if you choose your PCP. It is best to stay with one PCP so they can get to know your health care needs. If you want to change to a new PCP, you can change anytime. You must choose a PCP who is in the [Molina Healthcare](#) provider network and is taking new patients.

Your new choice will become your PCP on the first day of the next month after you make the change.

To change your PCP, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). You may also visit www.Molinahealthcare.com and register for MyMolina. This is Molina Healthcare's member portal (website) where you can find out information about your Molina Healthcare status online.

[Molina Healthcare](#) can change your PCP if the PCP is not taking new patients, has left the [Molina Healthcare](#) network, does not give care to patients your age, or if there are quality concerns with the PCP that are not resolved. [Molina Healthcare](#) or your PCP might also ask you to change to a new PCP if you cannot get along with or agree with your PCP, or if you miss or are late to appointments. If [Molina Healthcare](#) needs to change your PCP, [Molina Healthcare](#) will tell you in writing.

If your PCP changes, you will get a letter and new [Molina Healthcare](#) member ID card in the mail. It will have the name of your new PCP. Call member services if you have questions about getting a new ID card.

Some things to think about when picking a PCP:

- Does the PCP take care of children?
- Does the PCP work at a clinic I like to use?
- Is the PCP's office close to my home, work, or my children's school?
- Is the PCP's office near where I live and is it easy to get to the PCP's office?
- Do the doctors and staff speak my language?
- Does the PCP work with a hospital I like?

- Does the PCP provide the services I need?
- Do the PCP's office hours fit my schedule?
- Does the PCP work with specialists I use?

Initial Health Appointment (IHA)

Molina Healthcare recommends that, as a new member, you visit your new PCP within 120 days for an Initial Health Appointment (IHA). The purpose of the IHA is to help your PCP learn your health care history and needs. Your PCP might ask you questions about your health history or may ask you to complete a questionnaire. Your PCP will also tell you about health education counseling and classes that can help you.

When you call to schedule your IHA appointment, tell the person who answers the phone that you are a member of **Molina Healthcare**. Give your **Molina Healthcare** ID number.

Take your BIC and **Molina Healthcare** ID card to your appointment. It is a good idea to take a list of your medicine and questions with you to your visit. Be ready to talk with your PCP about your health care needs and concerns.

Be sure to call your PCP's office if you are going to be late or cannot go to your appointment.

If you have questions about IHA, call **1-888-665-4621** (TTY/TDD or 711).

Routine care

Routine care is regular health care. It includes preventive care, also called wellness or well care. It helps you stay healthy and helps keep you from getting sick. Preventive care includes regular checkups, health education, and counseling.

Molina Healthcare recommends that children, especially, get regular routine and preventive care. **Molina Healthcare** members can get all recommended early preventive services recommended by the American Academy of Pediatrics and the Centers for Medicare and Medicaid Services. These screenings include hearing and vision screening, which can help ensure healthy development and learning. For a list of pediatrician-recommended services, read the "Bright Futures" guidelines from the American Academy of Pediatrics at https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf.

Routine care also includes care when you are sick. **Molina Healthcare** covers routine

care from your PCP.

Your PCP will:

- Give you most of your routine care, including regular checkups, shots, treatment, prescriptions, and medical advice
- Keep your health records
- Refer (send) you to specialists if needed
- Order X-rays, mammograms, or lab work if you need them

When you need routine care, you will call your doctor for an appointment. Be sure to call your PCP before you get medical care unless it is an emergency. For an emergency, call **911** or go to the nearest emergency room.

To learn more about health care and services your plan covers, and what it does not cover, read Chapter 4, “Benefits and services” and Chapter 5, “Child and youth well care” in this handbook.

All Molina Healthcare providers can use aids and services to communicate with people with disabilities. They can also communicate with you in another language or format. Tell your provider or Molina Healthcare what you need.

Provider network

The Medi-Cal provider network is the group of doctors, hospitals, and other providers that work with [Molina Healthcare](#) to provide Medi-Cal covered services to Medi-Cal members.

[Molina Healthcare](#) is a managed care health plan. You must get most of your covered services through the [Molina Healthcare](#) from our in-network providers. You can go to an out-of-network provider without a referral or pre-approval for emergency care or for family planning services. You can also go to an out-of-network provider for out-of-area urgent care when you are in an area that we do not serve. You must have a referral or pre-approval for all other out-of-network services, or they will not be covered.

Note: American Indians can choose an IHCP as their PCP, even if the IHCP is not in the [Molina Healthcare](#) network.

If your PCP, hospital, or other provider has a moral objection to providing you with a covered service, such as family planning or abortion, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). For more about moral objections, read “Moral objection” later in this chapter.

If your provider has a moral objection to giving you covered health care services, they can help you find another provider who will give you the services you need. [Molina Healthcare](#) can also help you find a provider who will perform the service.

In-network providers

You will use providers in the [Molina Healthcare](#) network for most of your health care needs. You will get preventive and routine care from in-network providers. You will also use specialists, hospitals, and other providers in the [Molina Healthcare](#) network.

To get a Provider Directory of in-network providers, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). You can also find the Provider Directory online at www.MolinaHealthcare.com. To get a copy of the Contract Drugs List, call Medi-Cal Rx at 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) and press 5 or 711. Or go to the Medi-Cal Rx website at <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

You must get pre-approval (prior authorization) from [Molina Healthcare](#) before you go to a provider outside the [Molina Healthcare](#) network, including inside the [Molina Healthcare](#) service area, except in these cases:

- If you need emergency care, call 911 or go to the nearest hospital.
- If you are outside the [Molina Healthcare](#) service area and need urgent care, go to any urgent care facility.
- If you need family planning services, go to any Medi-Cal provider without pre-approval (prior authorization).
- If you need mental health services, go to an in-network provider or a county mental health plan provider, without pre-approval (prior authorization).

If you are not in one of the cases listed above and you do not get pre-approval (prior authorization) before getting care from a provider outside the network, you might be responsible for paying for any care you got from out-of-network providers.

Out-of-network providers who are inside the service area

Out-of-network providers are health care providers that do not have an agreement to work with [Molina Healthcare](#). Except for emergency care, you might have to pay for any care you get from out-of-network providers. If you need medically necessary health care services that are not available in the network, you might be able to get them from an

out-of-network provider at no cost to you.

[Molina Healthcare](#) may approve a referral to an out-of-network provider if the services you need are not available in-network or are located very far from your home. If we give you a referral to an out-of-network provider, we will pay for your care.

For urgent care inside the [Molina Healthcare](#) service area, you must go to a [Molina Healthcare](#) in-network urgent care provider. You do not need pre-approval (prior authorization) to get urgent care from an in-network provider. You do need to get pre-approval (prior authorization) to get urgent care from an out-of-network provider inside the [Molina Healthcare](#) service area.

If you get urgent care from an out-of-network provider inside Molina Healthcare service area, you might have to pay for that care. You can read more about emergency care, urgent care, and sensitive care services in this chapter.

Note: If you are an American Indian, you can get care at an IHCP outside of our provider network without a referral. An out-of-network IHCP can also refer American Indian members to an in-network provider without first requiring a referral from an in-network PCP.

If you need help with out-of-network services, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

Outside the service area

If you are outside of the [Molina Healthcare](#) service area and need care that is **not** an emergency or urgent, call your PCP right away. Or call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

For emergency care, call **911** or go to the nearest emergency room. [Molina Healthcare](#) covers out-of-network emergency care. If you travel to Canada or Mexico and need emergency care requiring hospitalization, [Molina Healthcare](#) will cover your care. If you are traveling abroad outside of Canada or Mexico and need emergency care, urgent care, or any health care services [Molina Healthcare](#) will **not** cover your care.

If you paid for emergency care requiring hospitalization in Canada or Mexico, you can ask [Molina Healthcare](#) to pay you back. [Molina Healthcare](#) will review your request.

If you are in another state or are in a US Territory such as American Samoa, Guam, Northern Mariana Islands, Puerto Rico, or US Virgin Islands, you are covered for emergency care. Not all hospitals and doctors accept Medicaid. (Medi-Cal is what Medicaid is called in California only.) If you need emergency care outside of California, tell the hospital or emergency room doctor as soon as possible that you have Medi-Cal

and are a member of [Molina Healthcare](#).

Ask the hospital to make copies of your [Molina Healthcare](#) ID card. Tell the hospital and the doctors to bill [Molina Healthcare](#). If you get a bill for services you got in another state, call [Molina Healthcare](#) right away. We will work with the hospital and/or doctor to arrange for [Molina Healthcare](#) to pay for your care.

If you are outside of California and have an emergency need to fill outpatient prescription drugs, have the pharmacy call Medi-Cal Rx at 1-800-977-2273.

Note: American Indians may get services at out-of-network IHCPs.

If you have questions about out-of-network or out-of-service-area care, call [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD or 711). If the office is closed and you want help from a representative, call [the Molina Healthcare Nurse Advice Line at 1-888-275-8750 \(English\) or 1-866-648-3537 \(Spanish\)](#).

If you need urgent care out of the [Molina Healthcare](#) service area, go to the nearest urgent care facility. If you are traveling outside the United States and need urgent care, [Molina Healthcare](#) will not cover your care. For more on urgent care, read “Urgent care” later in this chapter.

Delegated Model MCPs

[Molina Healthcare](#) assigns members to Medical Groups/IPAs. Medical Groups/IPAs hold a contract with [Molina Healthcare](#) and have a network of providers. Medical Groups/IPAs organize a group of doctors, specialists, and other providers of health services to see [Molina Healthcare](#) members. Your doctor, along with the Medical Group/IPA, takes care of all your medical needs. This may include getting approval to see specialist doctors or medical services such as lab tests, x-rays, and/or hospital admittance.

If you have questions about getting approval, an out-of-network or out-of-service-area care, call your medical group/IPA using the phone number located on your ID card or you may call [Molina Member Services](#) to assist you at [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD or 711).

How managed care works

[Molina Healthcare](#) is a managed care plan. [Molina Healthcare](#) provides care to members who live or work in Sacramento, San Diego, Riverside, or San Bernardino County. In managed care, your PCP, specialists, clinic, hospital, and other providers work together to care for you.

[Molina Healthcare](#) contracts with medical groups to provide care to [Molina Healthcare](#) members. A medical group is made up of doctors who are PCPs and specialists. The medical group works with other providers such as laboratories and durable medical equipment suppliers. The medical group is also connected with a hospital. Check your [Molina Healthcare](#) ID card for the names of your PCP, medical group, and hospital.

When you join [Molina Healthcare](#), you choose or are assigned to a PCP. Your PCP is part of a medical group. Your PCP and medical group direct the care for all of your medical needs. Your PCP may refer you to specialists or order lab tests and X-rays. If you need services that require pre-approval (prior authorization), [Molina Healthcare](#) or your medical group will review the pre-approval (prior authorization) and decide whether to approve the service.

In most cases, you must go to specialists and other health professionals who work with the same medical group as your PCP. Except for emergencies, you must also get hospital care from the hospital connected with your medical group.

Sometimes, you might need a service that is not available from a provider in the medical group. In that case, your PCP will refer you to a provider who is in another medical group or is outside the network. Your PCP will ask for pre-approval (prior authorization) for you to go to this provider.

In most cases, you must have prior authorization from your PCP, medical group, or [Molina Healthcare](#) before you can go to an out-of-network provider or a provider who is not part of your medical group. You do not need pre-approval (prior authorization) for emergency services, family planning services, or in-network mental health services.

Members who have both Medicare and Medi-Cal

[You will have access to providers who are part of your Medicare coverage as well as providers who are part of your Medi-Cal coverage.](#)

Doctors

You will choose a doctor from the [Molina Healthcare](#) Provider Directory as your PCP. The doctor you choose must be an in-network provider. To get a copy of the [Molina Healthcare](#) Provider Directory, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). Or find it online at www.MolinaHealthcare.com.

If you are choosing a new PCP, you should also call the PCP you want to make sure they are taking new patients.

If you had a doctor before you were a member of [Molina Healthcare](#), and that doctor is

not part of the [Molina Healthcare](#) network, you might be able to keep that doctor for a limited time. This is called continuity of care. You can read more about continuity of care in this handbook. To learn more, call [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD or 711).

If you need a specialist, your PCP will refer you to a specialist in the [Molina Healthcare](#) network. Some specialists do not require a referral. For more on referrals, read “Referrals” later in this chapter.

Remember, if you do not choose a PCP, [Molina Healthcare](#) will choose one for you, unless you have other comprehensive health coverage in addition to Medi-Cal. You know your health care needs best, so it is best if you choose. If you are in both Medicare and Medi-Cal, or if you have other health care insurance, you do not have to choose a PCP from [Molina Healthcare](#).

If you want to change your PCP, you must choose a PCP from the [Molina Healthcare](#) Provider Directory. Be sure the PCP is taking new patients. To change your PCP, call [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD or 711). You can also change your PCP after you enroll in MyMolina.

Hospitals

In an emergency, call **911** or go to the nearest hospital.

If it is not an emergency and you need hospital care, your PCP will decide which hospital you go to. You will need to go to a hospital that your PCP uses and is in the [Molina Healthcare](#) provider network. The Provider Directory lists the hospitals in the [Molina Healthcare](#) network.

Women’s health specialists

You can go to a women’s health specialist in [Molina Healthcare’s](#) network for covered care necessary to provide women’s routine care services. You do not need a referral or authorization from your PCP to get these services. For help finding a women’s health specialist, you can call [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD or 711). You can also call the 24/7 Nurse Advice Line by calling 1-888-275-8750 (English) or 1-866-648-3537 (Spanish).

Provider Directory

The [Molina Healthcare](#) Provider Directory lists providers in the [Molina Healthcare](#) network. The network is the group of providers that work with [Molina Healthcare](#).

The [Molina Healthcare](#) Provider Directory lists hospitals, PCPs, specialists, nurse practitioners, nurse midwives, physician assistants, family planning providers, FQHCs,

outpatient mental health providers, managed long-term services and supports (MLTSS), Freestanding Birth Centers (FBCs), IHCPs, and RHCs.

The Provider Directory has [Molina Healthcare](#) in-network provider names, specialties, addresses, phone numbers, business hours, and languages spoken. It tells you if the provider is taking new patients. It also gives the physical accessibility for the building, such as parking, ramps, stairs with handrails, and restrooms with wide doors and grab bars. To learn more about a doctor’s education, training, and board certification, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

You can find the online Provider Directory at www.MolinaHealthcare.com.

If you need a printed Provider Directory, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

You can find a list of pharmacies that work with Medi-Cal Rx in the Medi-Cal Rx Pharmacy Directory at <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>. You can also find a pharmacy near you by calling Medi-Cal Rx at 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) and press 5 or 711.

Timely access to care

Your in-network provider must provide timely access to care based on your health care needs. At minimum, they must offer you an appointment listed in the time frames in the table below.

| Appointment type | You should be able to get an appointment within: |
|---|--|
| Urgent care appointments that do not require pre-approval (prior authorization) | 48 hours |
| Urgent care appointments that do require pre-approval (prior authorization) | 96 hours |
| Non-urgent (routine) primary care appointments | 10 business days |
| Non-urgent (routine) specialist care appointments | 15 business days |
| Non-urgent (routine) mental health provider (non-doctor) care appointments | 10 business days |

| Appointment type | You should be able to get an appointment within: |
|--|--|
| Non-urgent (routine) mental health provider (non-doctor) follow-up care appointments | 10 business days of last appointment |
| Non-urgent (routine) appointments for ancillary (supporting) services for the diagnosis or treatment of injury, illness, or other health condition | 15 business days |

| Other wait time standards | You should be able to get connected within: |
|---|---|
| Member services telephone wait times during normal business hours | 10 minutes |
| Telephone wait times for Nurse Advice Line | 30 minutes (connected to nurse) |

Sometimes waiting longer for an appointment is not a problem. Your provider might give you a longer wait time if it would not be harmful to your health. It must be noted in your record that a longer wait time will not be harmful to your health. Also, if you prefer to wait for a later appointment that will better fit your schedule or go to another provider of your choice, your provider or [Molina Healthcare](#) will respect your wish.

The standards for appointment availability do not apply to preventive care. Your doctor may recommend a specific schedule for preventive services, depending on your needs. The specific standards listed above also do not apply to periodic follow-up care for ongoing conditions or standing referrals to specialists.

Tell us if you need interpreter services when you call [Molina Healthcare](#) or when you get covered services. Interpreter services, including sign language, are available at no cost to you. We highly discourage the use of minors or family members as interpreters. To learn more about interpreter services we offer, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621).

If you need interpreter services, including sign language, at a Medi-Cal Rx pharmacy, call Medi-Cal Rx Customer Service at 1-800-977-2273, 24 hours a day, 7 days a week. TTY users can call 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m.

Travel time or distance to care

[Molina Healthcare](#) must follow travel time or distance standards for your care. Those

standards help make sure you can get care without having to travel too far from where you live. Travel time or distance standards depend on the county you live in.

If [Molina Healthcare](#) is not able to provide care to you within these travel time or distance standards, DHCS may allow a different standard, called an alternative access standard. For [Molina Healthcare](#)'s time or distance standards for where you live, visit www.MolinaHealthcare.com. Or call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

If you need care from a provider located far from where you live, call member services at [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). They can help you find care with a provider located closer to you. If [Molina Healthcare](#) cannot find care for you from a closer provider, you can ask [Molina Healthcare](#) to arrange transportation for you to go to your provider, even if that provider is located far from where you live.

If you need help with pharmacy providers, call Medi-Cal Rx at 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) and press 5 or 711.

It is considered far if you cannot get to that provider within the [Molina Healthcare](#)'s travel time or distance standards for your county, regardless of any alternative access standard [Molina Healthcare](#) might use for your ZIP Code.

Appointments

When you need health care:

- Call your PCP
- Have your [Molina Healthcare](#) ID number ready on the call
- Leave a message with your name and phone number if the office is closed
- Take your BIC and [Molina Healthcare](#) ID card to your appointment
- Ask Molina Healthcare for transportation to your appointment, if needed
- Ask for needed language assistance or interpreting services before your appointment to have the services at the time of your visit
- Be on time for your appointment, arrive a few minutes early to sign in, fill out forms, and answer any questions your PCP may have
- Call right away if you cannot keep your appointment or will be late
- Have your questions and medication information ready

If you have an emergency, call **911** or go to the nearest emergency room. If you need help deciding how urgently you need care and your PCP is not available to speak with you, call the Nurse Advice Line

Getting to your appointment

If you don't have a way to get to and from your appointments for covered services, [Molina Healthcare](#) can help arrange transportation for you. Depending on your situation, you may qualify for either Medical Transportation or for Non-Medical Transportation. These transportation services are not for emergencies and may be available at no cost to you.

If you are having an emergency, call **911**. Transportation is available for services and appointments not related to emergency care. They may be available at no cost to you.

To learn more, read, "Transportation benefits for situations that are not emergencies" below.

Canceling and rescheduling

If you can't get to your appointment, call your provider's office right away. Most doctors require you to call 24 hours (1 business day) before your appointment if you have to cancel. If you miss repeated appointments, your doctor might stop providing care to you and you will have to find a new doctor.

Payment

You do **not** have to pay for covered services unless you have a share of cost for long-term care. To learn more, read "For members with long-term care and a share of cost" in Chapter 2. In most cases, you will not get a bill from a provider. You must show your [Molina Healthcare](#) ID card and your Medi-Cal BIC when you get health care services or prescriptions, so your provider knows who to bill. You can get an Explanation of Benefits (EOB) or a statement from a provider. EOBs and statements are not bills.

If you do get a bill, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). If you get a bill for prescriptions, call Medi-Cal Rx at 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) and press 5 or 711. Or visit the Medi-Cal Rx website at <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Tell [Molina Healthcare](#) the amount you are being charged, the date of service, and the reason for the bill. You do not need to pay providers for any amount owed by [Molina Healthcare](#) for any covered service. You must get pre-approval (prior authorization) from [Molina Healthcare](#) before you visit an out-of-network provider except when:

- You need emergency services, in which case dial 911 or go to the nearest

hospital

- You need family planning services or services related to testing for sexually transmitted infections, in which case you can go to any Medi-Cal provider without pre-approval (prior authorization)
- You need mental health services, in which case you can go to an in-network provider or to a county mental health plan provider without pre-approval (prior authorization)

If you get care from an out-of-network provider and you did not get pre-approval (prior authorization) from Molina Healthcare, you might have to pay for the care you got. If you need to get medically necessary care from an out-of-network provider because it is not available in the [Molina Healthcare](#) network, you will not have to pay as long as the care is a Medi-Cal covered service and you got pre-approval (prior authorization) from [Molina Healthcare](#) for it. To learn more about emergency care, urgent care, and sensitive services, go to those headings in this chapter.

If you get a bill or are asked to pay a co-pay you don't think you have to pay, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). If you pay the bill, you can file a claim form with [Molina Healthcare](#). You will need to tell [Molina Healthcare](#) in writing why you had to pay for the item or service. [Molina Healthcare](#) will read your claim and decide if you can get money back.

For questions [or to ask for a claim form](#), call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

If you get services in the Veterans Affairs system or get non-covered or unauthorized services outside of California, you might be responsible for payment.

[Molina Healthcare](#) will not pay you back if:

- The services are not covered by Medi-Cal such as cosmetic services
- You have an unmet Medi-Cal share of cost
- You went to a doctor who does not take Medi-Cal and you signed a form that said you want to be seen anyway and you will pay for the services yourself
- You asked to be paid back for co-pays for prescriptions covered by your Medicare Part D plan

Referrals

If you need a specialist for your care, your PCP or another specialist will give you a referral to one. A specialist is a provider who focuses on one type of health care service. The doctor who refers you will work with you to choose a specialist. To help make sure

you can go to a specialist in a timely way, DHCS sets time frames for members to get appointments. These time frames are listed in “Timely access to care” in this handbook. Your PCP’s office can help you set up an appointment with a specialist.

Other services that might need a referral include in-office procedures, X-rays, and lab work.

Your PCP might give you a form to take to the specialist. The specialist will fill out the form and send it back to your PCP. The specialist will treat you for as long as they think you need treatment. Specialist services must be provided by doctors that are part of the Molina or Medical Group/IPA network. If an in-network specialist is not available, we will assist in finding a provider to meet your needs.

If you have a health problem that needs special medical care for a long time, you might need a standing referral. This means you can go to the same specialist more than once without getting a referral each time.

If you have trouble getting a standing referral or want a copy of the [Molina Healthcare](#) referral policy, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

You do **not** need a referral for:

- PCP visits
- Obstetrics/Gynecology (OB/GYN) visits
- Urgent or emergency care visits
- Adult sensitive services, such as sexual assault care
- Family planning services (to learn more, call the Office of Family Planning Information and Referral Service at 1-800-942-1054)
- HIV testing and counseling (12 years or older)
- Sexually transmitted infection services (12 years or older)
- Chiropractic services (a referral may be required when provided by out-of-network FQHCs, RHCs, and IHCPs, and for more than two visits per month)
- Initial mental health assessment
- Office visits at participating in-network specialty providers

Minors can also get certain outpatient mental health services, sensitive services, and substance use disorder services without parent’s consent. To learn more, read “Minor consent services” in this chapter and “Substance use disorder treatment services” in Chapter 4 of this handbook.

California Cancer Equity Act referrals

Effective treatment of complex cancers depends on many factors. These include getting the right diagnosis and getting timely treatment from cancer experts. If you are diagnosed with a complex cancer, the new California Cancer Care Equity Act allows you to ask for a referral from your doctor to get cancer treatment from an in-network National Cancer Institute (NCI)-designated cancer center, NCI Community Oncology Research Program (NCORP)-affiliated site, or a qualifying academic cancer center.

If [Molina Healthcare](#) does not have an in-network NCI-designated cancer center, [Molina Healthcare](#) will allow you to ask for a referral to get cancer treatment from one of these out-of-network centers in California, if one of the out-of-network centers and [Molina Healthcare](#) agree on payment, unless you choose a different cancer treatment provider.

If you have been diagnosed with cancer, contact [Molina Healthcare](#) to find out if you qualify for services from one of these cancer centers.

Ready to quit smoking? To learn about services in English, call 1-800-300-8086. For Spanish, call 1-800-600-8191.

To learn more, go to www.kickitca.org.

Pre-approval (prior authorization)

For some types of care, your PCP or specialist will need to ask [Molina Healthcare](#) for permission before you get the care. This is called asking for pre-approval or prior authorization. It means [Molina Healthcare](#) must make sure the care is medically necessary (needed).

Medically necessary services are reasonable and necessary to protect your life, keep you from becoming seriously ill or disabled, or reduce severe pain from a diagnosed disease, illness, or injury. For members under age 21, Medi-Cal services include care that is medically necessary to fix or help relieve a physical or mental illness or condition.

The following services always need pre-approval (prior authorization), even if you get them from a provider in the [Molina Healthcare](#) network:

- Hospitalization, if not an emergency

- Services out of the [Molina Healthcare](#) service area, if not an emergency or urgent care
- Outpatient surgery
- Long-term care or skilled nursing services at a nursing facility
- Specialized treatments, imaging, testing, and procedures
- Medical transportation services when it is not an emergency
- Community Support Services

Emergency ambulance services do not require pre-approval (prior authorization).

Under Health and Safety Code Section 1367.01(h)(1), [Molina Healthcare](#) has 5 business days from when [Molina Healthcare](#) gets the information reasonably needed to decide (approve or deny) pre-approval (prior authorization) requests. For requests a provider made or when [Molina Healthcare](#) finds that following the standard time frame could seriously endanger your life or health or ability to attain, maintain, or regain maximum function, [Molina Healthcare](#) will make an expedited (fast) pre-approval (prior authorization) decision.

[Molina Healthcare](#) will give you notice as quickly as your health condition requires and no later than 72 hours after getting the request for services.

Clinical or medical staff such as doctors, nurses, and pharmacists review pre-approval (prior authorization) requests.

[Molina Healthcare](#) does not influence the reviewers' decision to deny or approve coverage or services in any way. If [Molina Healthcare](#) does not approve the request, [Molina Healthcare](#) will send you a Notice of Action (NOA) letter. The NOA will tell you how to file an appeal if you do not agree with the decision.

[Molina Healthcare](#) will contact you if [Molina Healthcare](#) needs more information or more time to review your request.

You never need pre-approval (prior authorization) for emergency care, even if it is out of the network or out of your service area. This includes labor and delivery if you are pregnant. You do not need pre-approval (prior authorization) for certain sensitive care services. To learn more about sensitive care services, read "Sensitive care" later in this chapter.

For questions about pre-approval (prior authorization), call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

Second opinions

You might want a second opinion about care your provider says you need or about your diagnosis or treatment plan. For example, you might want a second opinion if you want to make sure your diagnosis is correct, you are not sure you need a prescribed treatment or surgery, or you have tried to follow a treatment plan and it has not worked.

If you want to get a second opinion, we will refer you to a qualified in-network provider who can give you a second opinion. For help choosing a provider, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

[Molina Healthcare](#) will pay for a second opinion if you or your in-network provider asks for it, and you get the second opinion from an in-network provider. You do not need pre-approval (prior authorization) from [Molina Healthcare](#) to get a second opinion from an in-network provider. Your in-network provider can help you get a referral for a second opinion if you need one.

If there is no provider in the [Molina Healthcare](#) network who can give you a second opinion, [Molina Healthcare](#) will pay for a second opinion from an out-of-network provider. [Molina Healthcare](#) will tell you within 5 business days if the out-of-network provider you choose for a second opinion is approved. If you have a chronic, severe, or serious illness, or have an immediate and serious threat to your health, including, but not limited to, loss of life, limb, or major body part or bodily function, [Molina Healthcare](#) will tell you in writing within 72 hours.

If [Molina Healthcare](#) denies your request for a second opinion, you can file a grievance. To learn more about grievances, read “Complaints” in Chapter 6 of this handbook.

Sensitive care

Minor consent services

If you are under age 18, you can get some services without a parent’s or guardian’s permission. These services are called minor consent services.

You may get these services without your parent or guardian’s permission:

- Sexual assault services, including outpatient mental health care
- Pregnancy
- Family planning and birth control

- Abortion services

If you are 12 years old or older, you may also get these services without your parent's or guardian's permission:

- Outpatient mental health care for:
 - Sexual assault
 - Incest
 - Physical assault
 - Child abuse
 - When you have thoughts of hurting yourself or others
- HIV/AIDS prevention, testing, and treatment
- Sexually transmitted infections prevention, testing, and treatment
- Substance use disorder treatment
 - To learn more, read "Substance use disorder treatment services" in Chapter 4 of this handbook.

For pregnancy testing, family planning services, birth control services, or services for sexually transmitted infections, the doctor or clinic does not have to be in the [Molina Healthcare](#) network. You can choose any Medi-Cal provider and go to them for these services without a referral or pre-approval (prior authorization).

For minor consent services that are not specialty mental health services, you can go to an in-network provider without a referral and without pre-approval (prior authorization). Your PCP does not have to refer you and you do not need to get pre-approval (prior authorization) from [Molina Healthcare](#) to get covered minor consent services.

Minor consent services that are specialty mental health services are not covered. Specialty mental health services are covered by the county mental health plan for the county where you live.

Minors can talk to a representative in private about their health concerns by calling the 24/7 Nurse Advice Line by calling 1-888-275-8750 (English) or 1-866-648-3537 (Spanish).

[Molina Healthcare](#) will not send information about getting sensitive services to parents or guardians. To learn more about how to ask for confidential communications related to sensitive services, read "Notice of privacy practices" in Chapter 7 of this handbook.

Adult sensitive care services

As an adult 18 years or older, you may not want to go to your PCP for certain sensitive or private care. You can choose any doctor or clinic for these types of care:

- Family planning and birth control including sterilization for adults 21 and older
- Pregnancy testing and counseling
- HIV/AIDS prevention and testing
- Sexually transmitted infections prevention, testing, and treatment
- Sexual assault care
- Outpatient abortion services

For sensitive care, the doctor or clinic does not have to be in the [Molina Healthcare](#) network. You can choose to go to any Medi-Cal provider for these services without a referral or pre-approval (prior authorization) from [Molina Healthcare](#). If you got care not listed here as sensitive care from an out-of-network provider, you might have to pay for it.

If you need help finding a doctor or clinic for these services, or help getting to these services (including transportation), call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). Or call the 24/7 Nurse Advice Line by calling 1-888-275-8750 (English) or 1-866-648-3537 (Spanish).

[Molina Healthcare](#) will not disclose medical information related to sensitive services to any other member without written authorization from you, the member receiving care. To learn more about how to ask for confidential communications related to sensitive services, read “Notice of privacy practices” in Chapter 7.

Moral objection

Some providers have a moral objection to some covered services. They have a right to **not** offer some covered services if they morally disagree with the services. If your provider has a moral objection, they will help you find another provider for the needed services. [Molina Healthcare](#) can also help you find a provider.

Some hospitals and providers do not provide one or more of these services even if they are covered by Medi-Cal:

- Family planning
- Contraceptive services, including emergency contraception
- Sterilization, including tubal ligation at the time of labor and delivery
- Infertility treatments
- Abortion

To make sure you choose a provider who can give you the care you and your family needs, call the doctor, medical group, independent practice association, or clinic you want. Or call [Molina Healthcare](#) at [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). Ask if the

provider can and will provide the services you need.

These services are available to you. [Molina Healthcare](#) will make sure you and your family members can use providers (doctors, hospitals, clinics) who will give you the care you need. If you have questions or need help finding a provider, call [Molina Healthcare](#) at [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

Urgent care

Urgent care is **not** for an emergency or life-threatening condition. It is for services you need to prevent serious damage to your health from a sudden illness, injury, or complication of a condition you already have. Most urgent care appointments do not need pre-approval (prior authorization). If you ask for an urgent care appointment, you will get an appointment within 48 hours. If the urgent care services you need require a pre-approval (prior authorization), you will get an appointment within 96 hours of your request.

For urgent care, call your PCP. If you cannot reach your PCP, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). Or you can call Nurse Advice Line by calling 1-888-275-8750 (English) or 1-866-648-3537 (Spanish), to learn the level of care that is best for you.

[Members may call the Nurse Advice Line number at 1-888-275-8750 \(TTY: 711\) anytime they are experiencing symptoms or need health care information. Registered nurses are available 24 hours a day, 7 days a week to assess symptoms and help make good health care decisions.](#)

[These registered nurses do not diagnose; they assess symptoms and guide the patient to the most appropriate level of care following specially designed algorithms \(treatment instructions\) unique to the Nurse Advice Line. The Nurse Advice Line may refer you to the PCP, a specialist, 911 or the ER. By educating patients, and guiding you to the next steps in care, this can reduce costs and incorrect utilization of the health care system.](#)

If you need urgent care out of the area, go to the nearest urgent care facility.

Urgent care needs could be:

- Cold
- Sore throat
- Fever
- Ear pain

- Sprained muscle
- Maternity services

You must get urgent care services from an in-network provider when you are inside [Molina Healthcare](#)'s service area. You do not need pre-approval (prior authorization) for urgent care from in-network providers inside [Molina Healthcare](#)'s service area. If you are outside the [Molina Healthcare](#) service area, but inside the United States, you do not need pre-approval (prior authorization) to get urgent care.

Go to the nearest urgent care facility. Medi-Cal does not cover urgent care services outside the United States. If you are traveling outside the United States and need urgent care, we will not cover your care.

If you need mental health urgent care, call your county mental health plan or Member Services at [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). Call your county mental health plan or your [Molina Healthcare](#) Behavioral Health Organization any time, 24 hours a day, 7 days a week. To find all counties' toll-free telephone numbers online, go to: <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContaktList.aspx>.

If you get medicines as part of your covered urgent care visit, Molina Healthcare will cover them as part of your covered visit. If your urgent care provider gives you a prescription to take to a pharmacy, Medi-Cal Rx will decide if it is covered. To learn more about Medi-Cal Rx, read "Prescription drugs covered by Medi-Cal Rx" in "Other Medi-Cal programs and services" in Chapter 4.

Emergency care

For emergency care, call **911** or go to the nearest emergency room (ER). For emergency care, you do **not** need pre-approval (prior authorization) from [Molina Healthcare](#).

Inside the United States, including any United States Territory, you have the right to use any hospital or other setting for emergency care.

If you are outside the United States, only emergency care requiring hospitalization in Canada and Mexico are covered. Emergency care and other care in other countries are not covered.

Emergency care is for life-threatening medical conditions. This care is for an illness or injury that a prudent (reasonable) layperson (not a health care professional) with

average knowledge of health and medicine could expect that, if you don't get care right away, you would place your health (or your unborn baby's health) in serious danger. This includes risking serious harm to your bodily functions, body organs or body parts. Examples may include, but are not limited to:

- Active labor
- Broken bone
- Severe pain
- Chest pain
- Trouble breathing
- Severe burn
- Drug overdose
- Fainting
- Severe bleeding
- Psychiatric emergency conditions, such as severe depression or suicidal thoughts (this may be covered by county mental health plans)

Do **not** go to the ER for routine care or care that is not needed right away. You should get routine care from your PCP, who knows you best. If you are not sure if your medical condition is an emergency, call your PCP. You can also call the 24/7 [Nurse Advice Line](#) at 1-888-275-8750 (English) or 1-866-648-3537 (Spanish).

If you need emergency care away from home, go to the nearest ER even if it is not in the [Molina Healthcare](#) network. If you go to an ER, ask them to call [Molina Healthcare](#). You or the hospital that admitted you should call [Molina Healthcare](#) within 24 hours after you get emergency care. If you are traveling outside the United States other than to Canada or Mexico and need emergency care, [Molina Healthcare](#) will **not** cover your care.

If you need emergency transportation, call **911**. You do not need to ask your PCP or [Molina Healthcare](#) before you go to the ER.

If you need care in an out-of-network hospital after your emergency (post-stabilization care), the hospital will call [Molina Healthcare](#).

Remember: Do not call **911** unless it is an emergency. Get emergency care only for an emergency, not for routine care or a minor illness like a cold or sore throat. If it is an emergency, call **911** or go to the nearest emergency room.

Molina Healthcare Nurse Advice Line gives you free medical information and advice 24 hours a day, every day of the year. Call 1-888-275-8750 (TTY/TDD or 711).

Nurse Advice Line

Molina Healthcare Nurse Advice Line can give you free medical information and advice 24 hours a day, every day of the year. Call [1-888-275-8750](tel:1-888-275-8750) (English) or 1-866-648-3537 (Spanish) (TTY/TDD or 711) to:

- Talk to a nurse who will answer medical questions, give care advice, and help you decide if you should go to a provider right away
- Get help with medical conditions such as diabetes or asthma, including advice about what kind of provider may be right for your condition

The Nurse Advice Line **cannot** help with clinic appointments or medicine refills. Call your provider's office if you need help with these.

Members may call [1-888-275-8750](tel:1-888-275-8750) (TTY: 711) anytime they are experiencing symptoms or need health care information. Registered nurses are available 24 hours a day, 7 days a week to assess symptoms and help make good health care decisions.

These registered nurses do not diagnose; they assess symptoms and guide the patient to the most appropriate level of care following specially designed algorithms (treatment instructions) unique to the Nurse Advice Line. The Nurse Advice Line may refer you to your PCP, a specialist, 911 or the ER. By educating patients, and guiding you to the next steps in care, this can reduce costs and incorrect utilization of the health care system.

Advance directives

An advance health directive is a legal form. You can list on the form the health care you want in case you cannot talk or make decisions later. You can also list what care you do **not** want. You can name someone, such as a spouse, to make decisions for your health care if you cannot.

You can get an advance directive form at pharmacies, hospitals, law offices, and doctors' offices. You might have to pay for the form. You can also find and download a free form online. You can ask your family, PCP, or someone you trust to help you fill out

the form.

You have the right to have your advance directive placed in your medical records. You have the right to change or cancel your advance directive at any time.

You have the right to learn about changes to advance directive laws. [Molina Healthcare](#) will tell you about changes to the state law no longer than 90 days after the change.

To learn more, you can call [Molina Healthcare](#) at 1-888-665-4621.

Organ and tissue donation

You can help save lives by becoming an organ or tissue donor. If you are between 15 and 18 years old, you can become a donor with the written consent of your parent or guardian. You can change your mind about being an organ donor at any time. If you want to learn more about organ or tissue donation, talk to your PCP. You can also visit the United States Department of Health and Human Services website at www.organdonor.gov.

4. Benefits and services

What your health plan covers

This chapter explains your covered services as a member of [Molina Healthcare](#). Your covered services are free as long as they are medically necessary and provided by an in-network provider. You must ask us for pre-approval (prior authorization) if the care is out-of-network except for certain sensitive services and emergency care. Your health plan might cover medically necessary services from an out-of-network provider, but you must ask [Molina Healthcare](#) for pre-approval (prior authorization) for this.

Medically necessary services are reasonable and necessary to protect your life, keep you from becoming seriously ill or disabled, or reduce severe pain from a diagnosed disease, illness, or injury. For members under the age of 21, Medi-Cal services include care that is medically necessary to fix or help relieve a physical or mental illness or condition. For more on your covered services, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

Members under 21 years old get extra benefits and services. To learn more, read Chapter 5, “Child and youth well care.”

Some of the basic health benefits [Molina Healthcare](#) offers are listed below. Benefits with a star (*) need pre-approval (prior authorization).

4 | Benefits and services

- Acupuncture*
- Acute (short-term treatment) home health therapies and services
- Adult immunizations (shots)
- Allergy testing and injections
- Ambulance services for an emergency
- Anesthesiologist services
- Asthma prevention
- Audiology*
- Behavioral health treatments*
- Biomarker testing
- Cardiac rehabilitation
- Chiropractic services*
- Chemotherapy & Radiation therapy
- Cognitive health assessments
- Community health worker services
- Dental services - limited (performed by medical professional/primary care provider (PCP) in a medical office)
- Dialysis/hemodialysis services
- Doula services
- Durable medical equipment (DME)*
- Dyadic services
- Emergency room visits
- Enteral and parenteral nutrition*
- Family planning office visits and counseling (you can go to a non-participating provider)
- Habilitative services and devices*
- Hearing aids
- Home health care*
- Hospice care*
- Inpatient medical and surgical care*
- Lab and radiology*
- Long-term home health therapies and services*
- Maternity and newborn care
- Major organ transplant*
- Occupational therapy*
- Orthotics/prostheses*
- Ostomy and urological supplies
- Outpatient hospital services
- Outpatient mental health services
- Outpatient surgery*
- Palliative care*
- PCP visits
- Pediatric services
- Physical therapy*
- Podiatry services*
- Pulmonary rehabilitation
- Rapid Whole Genome Sequencing
- Rehabilitation services and devices*
- Skilled nursing services
- Specialist visits
- Speech therapy*
- Surgical services
- Telemedicine/Telehealth
- Transgender services*
- Urgent care
- Vision services*
- Women's health services

Definitions and descriptions of covered services are in Chapter 8, "Important numbers and words to know."

Medically necessary services are reasonable and necessary to protect your life, keep you from becoming seriously ill or disabled, or reduce severe pain from a diagnosed disease, illness, or injury.

Medically necessary services include those services that are necessary for age-appropriate growth and development, or to attain, maintain, or regain functional capacity.

For members under 21 years of age, a service is medically necessary if it is necessary to correct or improve defects and physical and mental illnesses or conditions under the federal Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) benefit. This includes care that is necessary to fix or help relieve a physical or mental illness or condition or maintain the member's condition to keep it from getting worse.

Medically necessary services do not include:

- **Treatments that are untested or still being tested**
- **Services or items not generally accepted as effective**
- **Services outside the normal course and length of treatment or services that don't have clinical guidelines**
- **Services for caregiver or provider convenience**

Molina Healthcare coordinates with other programs to be sure you get all medically necessary services, even if those services are covered by another program and not Molina Healthcare.

Medically necessary services include covered services that are reasonable and necessary to:

- **Protect life,**
- **Prevent significant illness or significant disability,**
- **Alleviate severe pain,**
- **Achieve age-appropriate growth and development, or**
- **Attain, maintain, and regain functional capacity**

For members younger than 21 years old, medically necessary services include all covered services listed above plus any other necessary health care, diagnostic services, treatment, and other measures to correct or improve defects and physical and mental illnesses and conditions, the federal Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) benefit requires.

EPSDT provides prevention, diagnostic, and treatment services for low-income infants, children, and adolescents under age 21. EPSDT covers more services than the benefit for adults. It is designed to make sure children get early detection and care to prevent or diagnose and treat health problems. The EPSDT goal is to make sure every child gets the health care they need when they need it – the right care to the right child at the right time in the right setting.

[Molina Healthcare](#) will coordinate with other programs to make sure you get all medically necessary services, even if another program covers those services and [Molina Healthcare](#) does not. Read “Other Medi-Cal programs and services” in this chapter.

Medi-Cal benefits covered by [Molina Healthcare](#)

Outpatient (ambulatory) services

Adult immunizations

You can get adult immunizations (shots) from an in-network provider without pre-approval (prior authorization). [Molina Healthcare](#) covers shots recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), including shots you need when you travel.

You can also get some adult immunization (shots) services in a pharmacy through Medi-Cal Rx. To learn more about Medi-Cal Rx, read “Other Medi-Cal programs and services” in this chapter.

Allergy care

[Molina Healthcare](#) covers allergy testing and treatment, including allergy desensitization, hypo-sensitization, or immunotherapy.

Anesthesiologist services

[Molina Healthcare](#) covers anesthesia services that are medically necessary when you get outpatient care. This may include anesthesia for dental procedures when provided by an anesthesiologist who may require pre-approval (prior authorization).

Chiropractic services

[Molina Healthcare](#) covers chiropractic services, limited to the treatment of the spine by manual manipulation. Chiropractic services are limited to a maximum of 2 services per month, or combination of 2 services per month from the following services: acupuncture, audiology, occupational therapy, and speech therapy. Limits do not apply to children under age 21. [Molina Healthcare](#) may pre-approve other services as medically necessary.

These members qualify for chiropractic services:

- Children under age 21
- Pregnant people through the end of the month that includes 60-days after the end of a pregnancy
- Members who are receiving services for medical/surgical care for a sudden illness or condition, prior to age 21, and these services extend beyond the age of 21
- Residents in a skilled nursing facility, intermediate care facility, or subacute care facility
- All members when services are provided at county hospital outpatient departments, outpatient clinics, Federally Qualified Health Center (FQHCs), or Rural Health Clinics (RHCs) in the [Molina Healthcare](#) network. Not all FQHCs, RHCs, or county hospitals offer outpatient chiropractic services.

Cognitive health assessments

[Molina Healthcare](#) covers a yearly cognitive health assessment for members 65 years old or older who do not otherwise qualify for a similar assessment as part of a yearly wellness visit under the Medicare program. A cognitive health assessment looks for signs of Alzheimer's disease or dementia.

Community health worker services

[Molina Healthcare](#) covers community health worker (CHW) services for individuals when recommended by a doctor or other licensed practitioner to prevent disease,

disability, and other health conditions or their progression; prolong life; and promote physical and mental health and efficiency. Services may include:

- Health education and training, including control and prevention of chronic or infectious diseases; behavioral, perinatal, and oral health conditions; and injury prevention
- Health promotion and coaching, including goal setting and creating action plans to address disease prevention and management

Dialysis and hemodialysis services

[Molina Healthcare](#) covers dialysis treatments. [Molina Healthcare](#) also covers hemodialysis (chronic dialysis) services if your doctor submits a request and [Molina Healthcare](#) approves it.

Medi-Cal coverage does not include:

- Comfort, convenience, or luxury equipment, supplies, and features
- Non-medical items, such as generators or accessories to make home dialysis equipment portable for travel

Doula services

[Molina Healthcare](#) covers doula services for members who are pregnant or were pregnant in the past year when recommended by a physician or licensed practitioner. Medi-Cal does not cover all doula services. Doulas are birth workers who provide health education, advocacy, and physical, emotional, and non-medical support for pregnant and postpartum persons before, during, and after childbirth, including support during miscarriage, stillbirth, and abortion.

Dyadic services

[Molina Healthcare](#) covers medically necessary dyadic behavioral health (DBH) care services for members and their caregivers. A dyad is a child and their parents or caregivers. Dyadic care serves parents or caregivers and child together. It targets family well-being to support healthy child development and mental health.

Dyadic care services include DBH well-child visits, dyadic comprehensive Community Supports services, dyadic psycho-educational services, dyadic parent or caregiver services, dyadic family training, and counseling for child development, and maternal mental health services.

Outpatient surgery

Molina Healthcare covers outpatient surgical procedures. For some procedures, you will need to get pre-approval (prior authorization) before getting those services. Diagnostic procedures and certain outpatient medical or dental procedures are considered elective. You must get pre-approval (prior authorization) for elective outpatient procedures that Molina Healthcare specifies.

Physician services

Molina Healthcare covers physician services that are medically necessary.

Podiatry (foot) services

Molina Healthcare covers podiatry services as medically necessary for diagnosis and for medical, surgical, mechanical, manipulative, and electrical treatment of the human foot. This includes treatment for the ankle and for tendons connected to the foot. It also includes nonsurgical treatment of the muscles and tendons of the leg that controls the functions of the foot.

Treatment therapies

Molina Healthcare covers different treatment therapies, including:

- Chemotherapy
- Radiation therapy

Maternity and newborn care

Molina Healthcare covers these maternity and newborn care services:

- Birthing center services
- Breast pumps and supplies
- Breastfeeding education and aids
- Certified Nurse Midwife (CNM)
- Delivery and postpartum care
- Diagnosis of fetal genetic disorders and counseling
- Doula Services
- Licensed Midwife (LM)
- Maternal mental health services
- Newborn care

- Prenatal care

Telehealth services

Telehealth is a way of getting services without being in the same physical location as your provider. Telehealth may involve having a live conversation with your provider by phone, video, or other means. Or telehealth may involve sharing information with your provider without a live conversation. You can get many services through telehealth.

Telehealth may not be available for all covered services. You can contact your provider to learn which services you can get through telehealth. It is important that you and your provider agree that using telehealth for a service is appropriate for you. You have the right to in-person services. You are not required to use telehealth even if your provider agrees that it is appropriate for you.

Mental health services

Outpatient mental health services

Molina Healthcare covers initial mental health assessments without needing pre-approval (prior authorization). You can get a mental health assessment at any time from a licensed mental health provider in the **Molina Healthcare** network without a referral.

Your PCP or mental health provider might make a referral for more mental health screening to a specialist in the **Molina Healthcare** network to decide the level of care you need. If your mental health screening results find you are in mild or moderate distress or have impaired mental, emotional, or behavioral functioning, **Molina Healthcare** can provide mental health services for you. **Molina Healthcare** covers mental health services such as:

- Individual and group mental health evaluation and treatment (psychotherapy)
- Psychological testing when clinically indicated to evaluate a mental health condition
- Development of cognitive skills to improve attention, memory, and problem solving
- Outpatient services for the purposes of monitoring medicine therapy
- Outpatient laboratory services
- Outpatient medicines that are not already covered under the Medi-Cal Rx Contract Drugs List (<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>), supplies and

- supplements
- Psychiatric consultation
- Family therapy which involves at least 2 family members. Examples of family therapy include, but are not limited to:
 - Child-parent psychotherapy (ages 0 through 5)
 - Parent child interactive therapy (ages 2 through 12)
 - Cognitive-behavioral couple therapy (adults)

For help finding more information on mental health services provided by [Molina Healthcare](#), call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

If treatment you need for a mental health disorder is not available in the [Molina Healthcare](#) network or your PCP or mental health provider cannot give the care you need in the time listed above in “Timely access to care,” [Molina Healthcare](#) will cover and help you get out-of-network services.

If your mental health screening shows that you may have a higher level of impairment and need specialty mental health services (SMHS), your PCP or your mental health provider can refer you to the county mental health plan to get the care you need.

To learn more, read “Other Medi-Cal programs and services” on page [92](#) under, “Specialty mental health services.”

Emergency care

Inpatient and outpatient services needed to treat a medical emergency

[Molina Healthcare](#) covers all services needed to treat a medical emergency that happens in the U.S. (including territories such as Puerto Rico, U.S. Virgin Islands, etc.). [Molina Healthcare](#) also covers emergency care that requires hospitalization in Canada or Mexico. A medical emergency is a medical condition with severe pain or serious injury. The condition is so serious that, if it does not get immediate medical attention, a prudent (reasonable) layperson (not a health care professional) could expect it to result in:

- Serious risk to your health,
- Serious harm to bodily functions,
- Serious dysfunction of any bodily organ or part, or
- Serious risk in cases of a pregnant person in active labor, meaning labor at a time when either of the following would occur:

- There is not enough time to safely transfer you to another hospital before delivery.
- The transfer might pose a threat to your health or safety or to that of your unborn child.

If a hospital emergency room provider gives you up to a 72-hour supply of an outpatient prescription drug as part of your treatment, [Molina Healthcare](#) will cover the prescription drug as part of your covered Emergency Services. If a hospital emergency room provider gives you a prescription that you have to take to an outpatient pharmacy to be filled, Medi-Cal Rx will cover that prescription.

If a pharmacist at an outpatient pharmacy gives you an **emergency supply** of a medication, that emergency supply will be covered by Medi-Cal Rx and not [Molina Healthcare](#). If the pharmacy needs help giving you an emergency medication supply, have them call Medi-Cal Rx at 1-800-977-2273.

Emergency transportation services

[Molina Healthcare](#) covers ambulance services to help you get to the nearest place of care in an emergency. This means your condition is serious enough that other ways of getting to a place of care could risk your health or life. No services are covered outside the U.S. except emergency care that requires you to be in the hospital in Canada or Mexico. If you get emergency ambulance services in Canada or Mexico and you are not hospitalized during that care episode, [Molina Healthcare](#) will not cover your ambulance services.

Hospice and palliative care

[Molina Healthcare](#) covers hospice care and palliative care for children and adults, which help reduce physical, emotional, social, and spiritual discomforts. Adults ages 21 years or older may not get hospice care and palliative care services at the same time.

Hospice care

Hospice care is a benefit for terminally ill members. Hospice care requires the member to have a life expectancy of 6 months or less. It is an intervention that focuses mainly on pain and symptom management rather than on a cure to prolong life.

Hospice care includes:

- Nursing services

- Physical, occupational, or speech services
- Medical social services
- Home health aide and homemaker services
- Medical supplies and appliances
- Some drugs and biological services (some may be available through Medi-Cal Rx)
- Counselling services
- Continuous nursing services on a 24-hour basis during periods of crisis and as necessary to maintain the terminally ill member at home
- Inpatient respite care for up to five consecutive days at a time in a hospital, skilled nursing facility, or hospice facility
- Short-term inpatient care for pain control or symptom management in a hospital, skilled nursing facility, or hospice facility

Palliative care

Palliative care is patient and family-centered care that improves quality of life by anticipating, preventing, and treating suffering. Palliative care does not require the member to have a life expectancy of six months or less. Palliative care may be provided at the same time as curative care.

Palliative care includes:

- Advance care planning
- Palliative care assessment and consultation
- Plan of care including all authorized palliative and curative care
- Plan of care team including, but not limited to:
 - Doctor of medicine or osteopathy
 - Physician assistant
 - Registered nurse
 - Licensed vocational nurse or nurse practitioner
 - Social worker
 - Chaplain
- Care coordination
- Pain and symptom management
- Mental health and medical social services

Adults who are age 21 or older cannot get both palliative care and hospice care at the

same time. If you are getting palliative care and qualify for hospice care, you can ask to change to hospice care at any time.

Hospitalization

Anesthesiologist services

[Molina Healthcare](#) covers medically necessary anesthesiologist services during covered hospital stays. An anesthesiologist is a provider who specializes in giving patients anesthesia. Anesthesia is a type of medicine used during some medical or dental procedures.

Inpatient hospital services

[Molina Healthcare](#) covers medically necessary inpatient hospital care when you are admitted to the hospital.

Rapid Whole Genome Sequencing

Rapid Whole Genome Sequencing (RWGS) is a covered benefit for any Medi-Cal member who is one year of age or younger and is getting inpatient hospital services in an intensive care unit. It includes individual sequencing, trio sequencing for a parent or parents and their baby, and ultra-rapid sequencing.

RWGS is a new way to diagnose conditions in time to affect Intensive Care Unit (ICU) care of children one year of age or younger. If your child qualifies for California Children's Services (CCS), CCS may cover the hospital stay and the RWGS.

Surgical services

[Molina Healthcare](#) covers medically necessary surgeries performed in a hospital.

The Postpartum Care Extension (PPCE) program

[Molina Healthcare](#) covers post-partum care for up to 12 months after the end of the pregnancy regardless of income, citizenship, or immigration status. No other action is needed.

Rehabilitative and habilitative (therapy) services and devices

This benefit includes services and devices to help people with injuries, disabilities, or chronic conditions to gain or recover mental and physical skills.

Molina Healthcare covers rehabilitative and habilitative services described in this section if all of the following requirements are met:

- The services are medically necessary
- The services are to address a health condition
- The services are to help you keep, learn, or improve skills and functioning for daily living
- You get the services at an in-network facility, unless an in-network doctor finds it medically necessary for you to get the services in another place or an in-network facility is not available to treat your health condition

Molina Healthcare covers these rehabilitative/habilitative services:

Acupuncture

Molina Healthcare covers acupuncture services to prevent, change, or relieve the perception of severe, ongoing chronic pain resulting from a generally recognized medical condition.

Outpatient acupuncture services, with or without electric stimulation of needles, are limited to 2 services per month in combination with audiology, chiropractic, occupational therapy, and speech therapy services when provided by a doctor, dentist, podiatrist, or acupuncturist. Limits do not apply to children under age 21. Molina Healthcare may pre-approve (prior authorize) more services as medically necessary.

If you are a member assigned to a Medical Group/IPA, you will need to contact your Medical Group/IPA to ask about getting an approval for benefits such as acupuncture.

Audiology (hearing)

Molina Healthcare covers audiology services. Outpatient audiology is limited to 2 services per month, in combination with acupuncture, chiropractic, occupational therapy, and speech therapy services (limits do not apply to children under age 21). Molina Healthcare may pre-approve (prior authorize) more services as medically necessary.

Behavioral health treatments

Molina Healthcare covers behavioral health treatment (BHT) services for members under 21 years old through the EPSDT benefit. BHT includes services and treatment programs such as applied behavior analysis and evidence-based behavior intervention

programs that develop or restore, to the maximum extent practicable, the functioning of a person under 21 years old.

BHT services teach skills using behavioral observation and reinforcement or through prompting to teach each step of a targeted behavior. BHT services are based on reliable evidence. They are not experimental. Examples of BHT services include behavioral interventions, cognitive behavioral intervention packages, comprehensive behavioral treatment, and applied behavioral analysis.

BHT services must be medically necessary, prescribed by a licensed doctor or psychologist, approved by the plan, and provided in a way that follows the approved treatment plan.

Cardiac rehabilitation

[Molina Healthcare](#) covers inpatient and outpatient cardiac rehabilitative services.

Durable medical equipment (DME)

[Molina Healthcare](#) covers the purchase or rental of DME supplies, equipment, and other services with a prescription from a doctor, physician assistant, nurse practitioner, or clinical nurse specialist. Prescribed DME items are covered as medically necessary to preserve bodily functions essential to activities of daily living or to prevent major physical disability.

Generally, [Molina Healthcare](#) does not cover:

- Comfort, convenience, or luxury equipment, features, and supplies, except retail-grade breast pumps as described in this chapter under “Breast pumps and supplies” in “Maternity and newborn care”
- Items not intended to maintain normal activities of daily living, such as exercise equipment including devices intended to provide more support for recreational or sports activities
- Hygiene equipment, except when medically necessary for a member under age 21
- Nonmedical items such as sauna baths or elevators
- Modifications to your home or car
- Devices for testing blood or other body substances (diabetes blood glucose monitors, continuous glucose monitors, test strips, and lancets are covered by Medi-Cal Rx)

- Electronic monitors of the heart or lungs except infant apnea monitors
- Repair or replacement of equipment due to loss, theft, or misuse, except when medically necessary for a member under age 21
- Other items not generally used mainly for health care

In some cases, these items may be approved when your doctor submits a request for pre-approval (prior authorization).

Enteral and parenteral nutrition

These methods of delivering nutrition to the body are used when a medical condition prevents you from eating food normally. Enteral nutrition formulas and parenteral nutrition products may be covered through Medi-Cal Rx, when medically necessary. [Molina Healthcare](#) also covers enteral and parenteral pumps and tubing, when medically necessary.

Hearing aids

[Molina Healthcare](#) covers hearing aids if you are tested for hearing loss, the hearing aids are medically necessary, and you have a prescription from your doctor. Coverage is limited to the lowest cost aid that meets your medical needs. [Molina Healthcare](#) will cover one hearing aid unless an aid for each ear is needed for results much better than you can get with one aid.

Hearing aids for members under age 21:

In Sacramento, San Diego, Riverside, and San Bernardino counties, state law requires children who need hearing aid to be referred to the California Children's Services (CCS) program to decide if the child qualifies for CCS. If the child qualifies for CCS, CCS will cover the costs for medically necessary hearing aids. If the child does not qualify for CCS, we will cover medically necessary hearing aids as part of Medi-Cal coverage.

Hearing aids for members ages 21 and older.

Under Medi-Cal, we cover the following for each covered hearing aid:

- Ear molds needed for fitting
- One standard battery package
- Visits to make sure the aid is working right
- Visits for cleaning and fitting your hearing aid
- Repair of your hearing aid

Under Medi-Cal, we will cover a replacement hearing aid if:

- Your hearing loss is such that your current hearing aid is not able to correct it
- Your hearing aid is lost, stolen, or broken and cannot be fixed and it was not your fault. You must give us a note that tells us how this happened

For adults ages 21 and older, Medi-Cal does **not** include:

- Replacement hearing aid batteries

Home health services

[Molina Healthcare](#) covers health services given in your home when found medically necessary and prescribed by your doctor or by a physician assistant, nurse practitioner, or clinical nurse specialist.

Home health services are limited to services that Medi-Cal covers, including:

- Part-time skilled nursing care
- Part-time home health aide
- Skilled physical, occupational, and speech therapy
- Medical social services
- Medical supplies

Medical supplies, equipment, and appliances

[Molina Healthcare](#) covers medical supplies prescribed by doctors, physician assistants, nurse practitioners, and clinical nurse specialists. Some medical supplies are covered through Fee-for-Service (FFS) Medi-Cal Rx and not by [Molina Healthcare](#). When FFS covers supplies, the provider will bill Medi-Cal Rx.

Medi-Cal Rx does **not** cover:

- Common household items including, but not limited to:
 - Adhesive tape (all types)
 - Rubbing alcohol
 - Cosmetics
 - Cotton balls and swabs
 - Dusting powders
 - Tissue wipes
 - Witch hazel

- Common household remedies including, but not limited to:
 - White petrolatum
 - Dry skin oils and lotions
 - Talc and talc combination products
 - Oxidizing agents such as hydrogen peroxide
 - Carbamide peroxide and sodium perborate
- Non-prescription shampoos
- Topical preparations that contain benzoic and salicylic acid ointment, salicylic acid cream, ointment or liquid, and zinc oxide paste
- Other items not generally used primarily for health care, and that are regularly and primarily used by persons who do not have a specific medical need for them

Occupational therapy

[Molina Healthcare](#) covers occupational therapy services including occupational therapy evaluation, treatment planning, treatment, instruction, and consultative services.

Occupational therapy services are limited to 2 services per month in combination with acupuncture, audiology, chiropractic, and speech therapy services (limits do not apply to children under age 21). [Molina Healthcare](#) may pre-approve (prior authorize) more services as medically necessary.

Orthotics/prostheses

[Molina Healthcare](#) covers orthotic and prosthetic devices and services that are medically necessary and prescribed by your doctor, podiatrist, dentist, or non-physician medical provider. They include implanted hearing devices, breast prosthesis/mastectomy bras, compression burn garments, and prosthetics to restore function or replace a body part, or to support a weakened or deformed body part.

Ostomy and urological supplies

[Molina Healthcare](#) covers ostomy bags, urinary catheters, draining bags, irrigation supplies, and adhesives. This does not include supplies that are for comfort or convenience, or luxury equipment or features.

Physical therapy

[Molina Healthcare](#) covers medically necessary physical therapy services, including

physical therapy evaluation, treatment planning, treatment, instruction, consultative services, and applying of topical medicines.

Pulmonary rehabilitation

Molina Healthcare covers pulmonary rehabilitation that is medically necessary and prescribed by a doctor.

Skilled nursing facility services

Molina Healthcare covers skilled nursing facility services as medically necessary if you are disabled and need a high level of care. These services include room and board in a licensed facility with 24-hour per day skilled nursing care.

Speech therapy

Molina Healthcare covers speech therapy that is medically necessary. Speech therapy services are limited to 2 services per month, in combination with acupuncture, audiology, chiropractic, and occupational therapy services. Limits do not apply to children under age 21. **Molina Healthcare** may pre-approve (prior authorize) more services as medically necessary.

Transgender services

Molina Healthcare covers transgender services (gender-affirming services) when they are medically necessary or when the services meet the rules for reconstructive surgery.

Clinical trials

Molina Healthcare covers routine patient care costs for patients accepted into clinical trials, including clinical trials for cancer, listed for the United States at <https://clinicaltrials.gov>.

Medi-Cal Rx, a Medi-Cal FFS program, covers most outpatient prescription drugs. To learn more, read “Outpatient prescription drugs” in this chapter.

Laboratory and radiology services

Molina Healthcare covers outpatient and inpatient laboratory and X-ray services when medically necessary. Advanced imaging procedures such as CT scans, MRIs, and PET scans, are covered based on medical necessity.

Preventive and wellness services and chronic disease management

The plan covers:

- Advisory Committee for Immunization Practices recommended vaccines
- Family planning services
- American Academy of Pediatrics Bright Futures recommendations (https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf)
- Adverse childhood experiences (ACE) screening
- Asthma prevention services
- Preventive services for women recommended by the American College of Obstetricians and Gynecologists
- Help to quit smoking, also called smoking cessation services
- United States Preventive Services Task Force Grade A and B recommended preventive services

Family planning services are provided to members of childbearing age to allow them to choose the number and spacing of children. These services include all methods of birth control approved by the FDA. [Molina Healthcare](#)'s PCP and OB/GYN specialists are available for family planning services.

For family planning services, you may also choose a Medi-Cal doctor or clinic not connected with [Molina Healthcare](#) without having to get pre-approval (prior authorization) from [Molina Healthcare](#). Services from an out-of-network provider not related to family planning might not be covered. To learn more, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

Molina Healthcare also covers chronic disease management programs focused the following conditions:

- Diabetes
- Cardiovascular disease
- Asthma
- Depression

For preventive care information for youth 20 years old and younger, read Chapter 5, "Child and youth well care."

Diabetes Prevention Program

The Diabetes Prevention Program (DPP) is an evidence-based lifestyle change program. This 12-month program is focused on lifestyle changes. It is designed to prevent or delay the onset of Type 2 diabetes in persons diagnosed with prediabetes. Members who meet criteria might qualify for a second year. The program provides education and group support. Techniques include, but are not limited to:

- Providing a peer coach
- Teaching self-monitoring and problem solving
- Providing encouragement and feedback
- Providing informational materials to support goals
- Tracking routine weigh-ins to help accomplish goals

Members must meet certain rules to join DPP. Call [Molina Healthcare](#) to learn if you qualify for the program.

Reconstructive services

[Molina Healthcare](#) covers surgery to correct or repair abnormal structures of the body to improve or create a normal appearance to the extent possible. Abnormal structures of the body are those caused by congenital defects, developmental abnormalities, trauma, infection, tumors, diseases, or treatment of disease that resulted in loss of a body structure, such as a mastectomy. Some limits and exceptions may apply.

Substance use disorder screening services

[Molina Healthcare](#) covers [Substance use disorder \(SUD\) screening services, including:](#)

- Alcohol and Drug Screening, Assessment, Brief Interventions, and Referral to Treatment (SABIRT) for members ages 11 and older, including pregnant members, in primary care settings, including tobacco, alcohol, illicit drug screening.

In addition, Molina Healthcare provides the following services:

- Medications for Addiction Treatment (MAT, also known as medication-assisted treatment) provided in primary care, inpatient hospitals, emergency departments, and other contracted medical settings; and
- Emergency services necessary to stabilize the member.
- Molina Healthcare will provide or arrange for the provision of medically

necessary specialty mental health services (SMHS) for members in their counties who meet access criteria for SMHS.

For treatment coverage through the county, read “Substance use disorder treatment services” below in this chapter.

Vision benefits

Molina Healthcare covers:

- Routine eye exam once every 24 months; more frequent eye exams are covered if medically necessary for members, such as those with diabetes
- Eyeglasses (frames and lenses) once every 24 months with a valid prescription
- Replacement eyeglasses within 24 months if your prescription changes or your eyeglasses are lost, stolen, or broken and cannot be fixed, and it was not your fault. You must give us a note that tells us how your eyeglasses were lost, stolen, or broken.
- Low vision devices for those with vision impairment that is not correctable by standard glasses, contact lenses, medicine, or surgery that interferes with a person’s ability to perform everyday activities (such as age-related macular degeneration)
- Medically necessary contact lenses. Contact lens testing and contact lenses may be covered if the use of eyeglasses is not possible due to eye disease or condition (such as missing an ear). Medical conditions that qualify for special contact lenses include, but are not limited to, aniridia, aphakia, and keratoconus
- Eye exams and eyeglasses for children and youth under age 21 are not limited to every 24 months; under EPSDT, they are provided when the provider shows the service is medically necessary.

- Children and youth under age 21 with conditions such as keratoconus and aphakia need to be referred to CCS for further care.

Transportation benefits for situations that are not emergencies

You can get medical transportation if you have medical needs that do not allow you to use a car, bus, or taxi to your appointments. You can get medical transportation for covered services and Medi-Cal covered pharmacy appointments. You can request medical transportation by asking your doctor, dentist, podiatrist, or mental health or substance use disorder provider for it. Your provider will decide the correct type of transportation to meet your needs.

If they find that you need medical transportation, they will prescribe it by filling out a form and submitting it to [Molina Healthcare](#). Once approved, the approval is good for up to 12 months, depending on the medical need. Once approved, you can get as many rides as you need. Your doctor will need to reassess your medical need for medical transportation and re-approve it every 12 months.

Medical transportation is an ambulance, litter van, wheelchair van, or air transport. [Molina Healthcare](#) allows the lowest cost medical transportation for your medical needs when you need a ride to your appointment. That means, for example, if you can physically or medically be transported by a wheelchair van, [Molina Healthcare](#) will not pay for an ambulance. You are only entitled to air transport if your medical condition makes any form of ground transportation impossible.

You will get medical transportation if:

- It is physically or medically needed, with a written authorization by a doctor or other provider because you are not able to physically or medically able to use a bus, taxi, car, or van to get to your appointment
- You need help from the driver to and from your home, vehicle, or place of treatment due to a physical or mental disability

To ask for medical transportation that your doctor has prescribed for non-urgent (routine) appointments, call [Molina Healthcare](#) at 1-888-665-4621 or American Logistics at 1-844-292-2688 at least 3 business days (Monday-Friday) before your appointment. For urgent appointments, call as soon as possible. Have your member ID card ready when you call.

Limits of medical transportation

[Molina Healthcare](#) provides the lowest cost medical transportation that meets your medical needs to the closest provider from your home where an appointment is available. You cannot get medical transportation if Medi-Cal does not cover the service you are getting, or it is not a Medi-Cal-covered pharmacy appointment. There is a list of covered services in this Member Handbook.

If Medi-Cal covers the appointment type but not through the health plan, [Molina Healthcare](#) will not cover the medical transportation but can help you schedule your transportation with Medi-Cal. Transportation is not covered outside of the network or service area unless pre-authorized by [Molina Healthcare](#). To learn more or to ask for medical transportation, call [Molina Healthcare](#) at 1-888-665-4621 or American Logistics at 1-844-292-2688.

Cost to member

There is no cost when [Molina Healthcare](#) arranges transportation.

How to get non-medical transportation

Your benefits include getting a ride to your appointments when the appointment is for a Medi-Cal covered service and you do not have any access to transportation. You can get a ride, at no cost to you, when you have tried all other ways to get transportation and are:

- Traveling to and from an appointment for a Medi-Cal service authorized by your provider, or
- Picking up prescriptions and medical supplies

[Molina Healthcare](#) allows you to use a car, taxi, bus, or other public or private way of getting to your medical appointment for Medi-Cal-covered services. [Molina Healthcare](#) will cover the lowest cost of non-medical transportation type that meets your needs. Sometimes, [Molina Healthcare](#) can reimburse you (pay you back) for rides in a private vehicle that you arrange. [Molina Healthcare](#) must approve this before you get the ride.

You must tell us why you cannot get a ride any other way, such as by bus. You can call, email, or tell us in person. If you have access to transportation or can drive yourself to the appointment, [Molina Healthcare](#) will not reimburse you. This benefit is only for members who do not have access to transportation.

For mileage reimbursement, you must submit copies of the driver's:

- Driver's license,
- Vehicle registration, and
- Proof of car insurance

To request a ride for services that have been authorized, call [Molina Healthcare](#) at 1-888-665-4621 or American Logistics at 1-844-292-2688 at least 3 business days (Monday-Friday) before your appointment. Or call as soon as you can when you have an urgent appointment. Have your member ID card ready when you call.

Note: American Indians may also contact their local Indian Health Clinic to request non-medical transportation.

Limits of non-medical transportation

[Molina Healthcare](#) provides the lowest cost non-medical transportation that meets your needs to the closest provider from your home where an appointment is available. Members cannot drive themselves or be reimbursed directly for non-medical transportation. To learn more, call [Molina Healthcare](#) at 1-888-665-4621 or American Logistics at 1-844-292-2688.

Non-medical transportation does not apply if:

- An ambulance, litter van, wheelchair van, or other form of medical transportation is medically needed to get to a Medi-Cal covered service
- You need help from the driver to and from the residence, vehicle, or place of treatment due to a physical or medical condition
- You are in a wheelchair and are unable to move in and out of the vehicle without help from the driver
- Medi-Cal does not cover the service

Cost to member

There is no cost when [Molina Healthcare](#) arranges non-medical transportation.

Travel expenses

In some cases, if you have to travel for doctor's appointments that are not available near your home, [Molina Healthcare](#) can cover travel expenses such as meals, hotel stays, and other related expenses such as parking, tolls, etc. They may also be covered for someone who is traveling with you to help you with your appointment or someone who is donating an organ to you for an organ transplant. You need to request pre-

approval (prior authorization) for these services by contacting [Molina Healthcare](#) at 1-888-665-4621.

Dental services

Sacramento county only: Medi-Cal uses managed care plans to provide your dental services. You must enroll in Dental Managed Care. To learn more, go to Health Care Options at <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

Medi-Cal covers dental services, including:

- Diagnostic and preventive dental services such as examinations, X-rays, and teeth cleanings
- Emergency services for pain control
- Tooth extractions
- Fillings
- Root canal treatments
- Crowns (anterior/posterior) (prefabricated/laboratory)
- Scaling and root planing
- Complete and partial dentures
- Orthodontics for children who qualify
- Topical fluoride

If you have questions or want to learn more about dental services, call the Medi-Cal Dental Program at 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 or 711). You can also go to the Medi-Cal Dental Program website at <https://smilecalifornia.org/>.

Sacramento County only: If you have questions or want to learn more about dental services and are enrolled in a Dental Managed Care plan, call your assigned Dental Managed Care plan.

Other [Molina Healthcare](#) covered benefits and programs

Long-term care services and supports

[Molina Healthcare](#) covers, for members who qualify, long-term care services and supports in the following types of long-term care facilities or homes:

- Skilled nursing facility services as approved by [Molina Healthcare](#)
- Subacute care facility services (including adult and pediatric) as approved by [Molina Healthcare](#)
- Intermediate care facility services [Molina Healthcare](#) approves, including:
 - Intermediate care facility/developmentally disabled (ICF/DD),
 - Intermediate care facility/developmentally disabled-habilitative (ICF/DD-H), and
 - Intermediate care facility/developmentally disabled-nursing (ICF/DD-N)

If you qualify for long-term care services, [Molina Healthcare](#) will make sure you are placed in a health care facility or home that gives the level of care most appropriate to your medical needs.

If you have questions about long-term care services, call 1- 888-665-4621 (TTY/[TDD](#) or 711).

Community-based adult services (CBAS)

CBAS provides outpatient, facility-based services for skilled nursing care, social services, therapies, personal care, family and caregiver training and support, nutrition services, transportation, and other services for members who qualify. The CBAS program is available for members who meet criteria including but not limited to:

Be 18 years of age or older, have at least one chronic or acute medical, cognitive, or behavioral health condition, and require assistance with Activities of Daily Living (ADLs)

Basic care management

Getting care from many different providers or in different health systems is challenging. [Molina Healthcare](#) wants to make sure members get all medically necessary services, prescription medicines, and behavioral health services. [Molina Healthcare](#) can help coordinate and manage your health needs, at no cost to you. This help is available even when another program covers the services.

It can be hard to figure out how to meet your health care needs after you leave the hospital or if you get care in different systems. Here are some ways [Molina Healthcare](#) can help members:

- If you have trouble getting a follow-up appointment or medicines after you are discharged from the hospital, [Molina Healthcare](#) can help you.
- If you need help getting to an in-person appointment, [Molina Healthcare](#) can help you get free transportation.

If you have questions or concerns about your health or the health of your child, call 1-888-665-4621 (TTY/[TDD](#) or 711).

Complex Care Management (CCM)

Members with more complex health needs may qualify for extra services focused on care coordination. [Molina Healthcare](#) offers Complex Care Management (CCM) services to members who have had a serious medical event or diagnosis that needs added support and more use of health and social resources.

Members who are enrolled in CCM and Enhanced Care Management (read below) have an Assigned Care Manager at [Molina Healthcare](#) who can help not only basic care management described above, but also an expanded set of transitional care supports that are available if you are discharged from a hospital, skilled nursing facility, psychiatric hospital, or residential treatment.

Enhanced Care Management (ECM)

[Molina Healthcare](#) covers ECM services for members with highly complex needs. ECM has extra services to help you get the care you need to stay healthy. It coordinates your care from different doctors and other health care providers. ECM helps coordinate primary and preventive care, acute care, behavioral health, developmental, oral health, community-based long-term services and supports (LTSS), and referrals to community

resources.

If you qualify, you may be contacted about ECM services. You can also call [Molina Healthcare](#) to find out if and when you can get ECM. Or talk to your health care provider. They can find out if you qualify for ECM or refer you for care management services.

Covered ECM services

If you qualify for ECM, you will have your own care team with a Lead Care Manager. This person will talk to you and your doctors, specialists, pharmacists, case managers, social services providers, and others. They make sure everyone works together to get you the care you need. A Lead Care Manager can also help you find and apply for other services in your community. ECM includes:

- Outreach and engagement
- Comprehensive assessment and care management
- Enhanced coordination of care
- Health promotion
- Comprehensive transitional care
- Member and family support services
- Coordination and referral to community and social supports

To find out if ECM might be right for you, talk to your [Molina Healthcare](#) representative or health care provider.

Cost to member

There is no cost to the member for ECM services.

If you enroll into ECM, your assigned ECM Lead Care Manager will connect with you (based on your preferred method of contact) to start providing ECM services. You should receive ECM services every month once enrolled. Your ECM Lead Care Manager will work with you until you are ready to graduate from the program. If you wish to disenroll from the program at any time, please inform your assigned ECM Lead Care Manager. You may be involuntarily disenrolled from the program if you are no longer eligible for Medi-Cal benefits through Molina Healthcare, or if there are concerns about behavior or unsafe environment for the ECM Provider.

Community Supports

You may get supports under your Individualized Care Plan. Community Supports are medically appropriate and cost-effective alternative services or settings to those covered under the Medi-Cal State Plan. These services are optional for members. If you qualify, these services might help you live more independently. They do not replace benefits you already get under Medi-Cal.

Molina Medi-Cal only members and Medicare Duals members who have Molina for Medi-Cal are eligible for Community Supports (CS).

Housing Transition Navigation Services: Assists members experiencing homelessness with obtaining housing by providing support with items such as housing applications, benefits advocacy, securing available resources, and providing help with landlords upon move-in.

Eligibility:

- Members prioritized for a permanent supportive housing unit or rental subsidy resource through the local homeless Coordinated Entry System (CES) or similar system; or
- Members who meet the Housing and Urban Development (HUD) definition of homeless and who are receiving Enhanced Care Management (ECM), or who have one or more serious chronic conditions and/or serious mental illness and/or are at risk of institutionalization or requiring residential services as a result of a substance use disorder; or
- Members who meet the HUD definition of at risk of homelessness as defined in Section 91.5 of Title 24 of the Code of Federal Regulations; or
- Members at risk of experiencing homelessness and have one or more serious chronic conditions; have a serious mental illness; are at risk of institutionalization or overdose or are requiring residential services because of a substance use disorder or have a Serious Emotional Disturbance (children and adolescents); are receiving ECM; or are a Transition-Age Youth with significant barriers to housing stability, such as one or more convictions, a history of foster care, involvement with the juvenile justice or criminal justice system, and/or have a serious mental illness and/or a child or adolescent with serious emotional disturbance and/or who have been victims of trafficking or domestic violence.

Housing Deposits: Assists members experiencing homelessness with identifying, coordinating, securing, or funding one-time services and modifications necessary to enable a person to establish a basic household that does not constitute room and board. These services must be identified as reasonable and necessary in the individual's individualized housing support plan and are available only when the

member is unable to meet such expense. Members must be receiving or be referred for Housing Transition Navigation Services CS.

Eligibility:

- Members who received Housing Transition Navigation Services CS; or
- Members who are prioritized for a permanent supportive housing unit or rental subsidy resource through the local homeless CES or similar system; or
- Members who meet the HUD definition of homeless and who are receiving ECM, or who have one or more serious chronic conditions and/or serious mental illness and/or are at risk of institutionalization or requiring residential services as a result of a substance use disorder.
- Restriction/Limitation: Available once in a member's lifetime. Housing Deposits can only be approved one additional time. Referrer must provide documentation as to what conditions have changed to demonstrate why providing Housing Deposits would be more successful on the second attempt.

Housing Tenancy and Sustaining Services: Provides tenancy and sustaining services to maintain safe and stable residency once housing is secured for members who had been experiencing homelessness and are now newly housed.

Eligibility:

- Members who received Housing Transition/Navigation Services CS; or
- Members who are prioritized for a permanent supportive housing unit or rental subsidy resource through the local homeless CES or similar system; or
- Members who meet the HUD definition of homeless and who are receiving ECM, or who have one or more serious chronic conditions and/or serious mental illness and/or are at risk of institutionalization or requiring residential services as a result of a substance use disorder; or
- Members who meet the HUD definition of at risk of homelessness as defined in Section 91.5 of Title 24 of the Code of Federal Regulations; or
- Members at risk of experiencing homelessness and have one or more serious chronic conditions; have a serious mental illness; are at risk of institutionalization or overdose or are requiring residential services because of a substance use disorder or have a Serious Emotional Disturbance (children and adolescents); are receiving ECM; or are a Transition-Age Youth with significant barriers to housing stability, such as one or more convictions, a history of foster care, involvement with the juvenile justice or

criminal justice system, and/or have a serious mental illness and/or a child or adolescent with serious emotional disturbance and/or who have been victims of trafficking or domestic violence.

- Restriction/Limitation: Housing Tenancy and Sustaining Services are only available for a single duration in the individual's lifetime and can be approved one additional time. Referrer must provide documentation as to what conditions have changed to demonstrate why providing Housing Tenancy and Sustaining Services would be more successful on the second attempt.

Short-Term Post-Hospitalization Housing: Members who do not have a residence and who have high medical or behavioral health needs with the opportunity to continue their medical/psychiatric/substance use disorder recovery immediately after exiting an inpatient hospital, residential substance use disorder treatment or recovery facility, residential mental health treatment facility, correctional facility, nursing facility, or recuperative care and avoid further utilization of State plan services.

Eligibility:

- Members who have medical/behavioral health needs such that experiencing homelessness upon discharge from the hospital, substance use or mental health treatment facility, correctional facility, nursing facility, or recuperative care would likely result in hospitalization, rehospitalization, or institutional readmission; and

- Members who are exiting recuperative care; or

- Members who are exiting an inpatient hospital stay (acute, psychiatric, or Chemical Dependency and Recovery hospital), residential substance use disorder treatment/recovery facility, residential mental health treatment facility, correctional facility, or nursing facility AND who meet one of the following three (3) criteria:

- o Members who meet the HUD definition of homeless and who are receiving ECM, or who have one or more serious chronic conditions and/or serious mental illness and/or are at risk of institutionalization or requiring residential services as a result of a substance use disorder; or

- o Members who meet the HUD definition of at risk of homelessness as defined in Section 91.5 of Title 24 of the Code of Federal Regulations; or

- o Members at risk of experiencing homelessness and have one or more serious chronic conditions; have a serious mental illness; are at risk of institutionalization or overdose or are requiring residential services because of a substance use disorder or have a Serious Emotional Disturbance (children and adolescents); are receiving ECM; or are a Transition-Age Youth with significant barriers to housing stability, such as one or more convictions, a history of foster

care, involvement with the juvenile justice or criminal justice system, and/or have a serious mental illness and/or a child or adolescent with serious emotional disturbance and/or who have been victims of trafficking or domestic violence.

- Restriction/Limitation: Short-Term Post-Hospitalization Housing is available once in a member's lifetime and cannot exceed six (6) months (but may be authorized for a shorter period based on member's needs).

Recuperative Care (Medical Respite): Members needing short-term residential care who no longer require hospitalization but still need to heal from an injury or illness (including behavioral health conditions) and whose condition would be exacerbated by an unstable living environment. Clinical information must be provided.

Eligibility:

- Members who are at risk of hospitalization or are post-hospitalization and live alone with no formal support; or face housing insecurity or have housing that would jeopardize their health and safety without modification; or

- Members who meet the Housing and Urban Development (HUD) definition of homeless and who are receiving ECM, or who have one or more serious chronic conditions and/or serious mental illness and/or are at risk of institutionalization or requiring residential services as a result of a substance use disorder; or

- Members who meet the HUD definition of being at risk of homelessness; or

- Members at risk of experiencing homelessness and have one or more serious chronic conditions; have a serious mental illness; are at risk of institutionalization or overdose or are requiring residential services because of a substance use disorder or have a Serious Emotional Disturbance (children and adolescents); are receiving ECM; or are a Transition-Age Youth with significant barriers to housing stability, such as one or more convictions, a history of foster care, involvement with the juvenile justice or criminal justice system, and/or have a serious mental illness and/or a child or adolescent with serious emotional disturbance and/or who have been victims of trafficking or domestic violence.

- Restriction/Limitation: Recuperative Care is not more than ninety (90) days in continuous duration. The ninety (90) day recuperative care period may start over if the member is re-hospitalized with a different diagnosis during and/or after the initial ninety (90) day authorization, provided that recuperative care criteria is met.

Respite Services: Provided to caregivers when it is useful and necessary to maintain a member in their own home and to preempt caregiver burnout to avoid institutional services. The services are provided on a short-term basis because of the absence or

need for relief for the caregiver and are non-medical in nature. This service is rest for the caregiver only and only to avoid Long-Term Care placements.

Eligibility:

- Members who live in the community and are compromised in their Activities of Daily Living (ADLs) requiring dependency on a qualified caregiver, and the qualified caregiver, who provides most of the member's support, requires caregiver relief to avoid institutional placement for the member; or

- Member is a child who previously received Respite Services under the Pediatrics Palliative Care Waiver.

- Restriction/Limitation: These services, in combination with any direct care services being received, may not exceed 24 hours per day of care. Respite Services are maxed at 336 hours per calendar year.

Day Habilitation Programs: Provided in a member's home or an out-of-home, non-facility setting to assist members in acquiring, retaining, and improving self-help, socialization, and adaptive skills necessary to reside successfully in the member's natural environment.

Eligibility:

- Members who are experiencing homelessness; or

- Members who exited homelessness and entered housing in the last 24 months;

or

- Members at risk of homelessness or institutionalization whose housing stability could be improved through participation in a day habilitation program.

Nursing Facility Transition/Diversion to Assisted Living Facilities, such as Residential Care Facilities for Elderly and Adult Residential Facilities: Assists members to live in the community and/or avoid institutionalization when possible. Facilitates nursing facility transition back into a home-like, community setting and/or prevent skilled nursing admissions for members with imminent need for nursing level of care (LOC). Members have a choice of residing in an assisted living setting as an alternative to long-term placement in a nursing facility when they meet eligibility requirements. California Community Transitions (CCT) must be explored and utilized prior to this Community Support.

Eligibility:

Nursing Facility Transition:

Has resided 60+ days in a nursing facility; and willing to live in an assisted living setting as an alternative to a nursing facility; and able to reside safely in an assisted living facility with appropriate and cost-effective supports.

Nursing Facility Diversion:

Interested in remaining in the community; and willing and able to reside safely in an assisted living facility with appropriate and cost-effective supports and services; and must be currently receiving medically necessary nursing facility LOC or meet the minimum criteria to receive nursing facility LOC and in lieu of going into a facility, is choosing to remain in the community and continue to receive medically necessary nursing facility LOC services at an assisted living facility.

Restrictions/Limitations: Members are directly responsible for paying their own living expenses.

Community Transition Services/Nursing Facility Transition to a Home: Assists members who have been living in a nursing facility to live in the community and avoid further institutionalization by supporting members with becoming housed in a private residence and covering non-recurring setup expenses.

Eligibility:

- Members currently receiving medically necessary nursing facility level of care (LOC) services and in lieu of remaining in the nursing facility or Medical Respite setting, is choosing to transition home and continue to receive medically necessary nursing facility LOC services; and
 - o Has lived 60+ days in a nursing home and/or Medical Respite setting; and
 - o Is interested in moving back to the community; and
 - o Is able to reside safely in the community with appropriate and cost-effective support and services.
- Restriction/Limitation: Community Transition Services/Nursing Facility Transition to a Home is available once in an individual's lifetime with a lifetime maximum of \$7,500. Community Transition Services/Nursing Facility Transition to a Home can only be approved one additional time. Referrer must provide documentation that the member was compelled to move from a provider- operated living arrangement to a living arrangement in a private residence through circumstances beyond their control.

Community Transition Services do not include monthly rental or mortgage expense, food, regular utility charges, and/or household appliances or items that are intended for purely diversionary/recreational purposes.

Personal Care and Homemaker Services: Provides care for members who need assistance with Activities of Daily Living (ADLs) and Instrumental Activities of Daily Living (IADLs).

Eligibility:

- Members at risk for hospitalization or institutionalization in a nursing facility or with functional deficits and no other adequate support system with:

- o Needs above and beyond any approved county In-Home Supportive Services (IHSS) hours when additional hours are required (pending reassessment); or

- o Initially referred to IHSS and during the IHSS waiting period to be approved and hire a caregiver (Member must be already referred to In-Home Supportive Services); or

- o Members not eligible to receive In-Home Supportive Services and need help to avoid a short-term stay in a skilled nursing facility which cannot exceed 60 days.

Environmental Accessibility Adaptations (Home Modifications): Physical adaptations to a home that are necessary to ensure the health, welfare, and safety of the member, or enable the member to function with greater independence in the home: without with the member would require institutionalization.

Eligibility:

- Members at risk for institutionalization in a nursing facility.

Restrictions/Limitations: EAAs are payable up to a total lifetime maximum of \$7500. The only exceptions to the \$7500 total maximum are if the member's place of residence changes or if the member's condition has changed so significantly those additional modifications are necessary to ensure the health, welfare, and safety of the member, or are necessary to enable the member to function with greater independence in the home and avoid institutionalization or hospitalization.

Medically Supportive Food/Meals/Medically Tailored Meals: Provides meals for members recently discharged from a hospital or skilled nursing facility or to meet the unique dietary needs of members with chronic conditions.

Eligibility:

- Members discharged from the hospital or a skilled nursing facility or at a high risk of hospitalization or nursing home placement who are referred and meet criteria will receive up to two (2) meals per day, and/or medically supportive food for up to four (4) weeks per hospitalization at a maximum of twelve (12) weeks in a calendar year.
- Individuals with chronic conditions, such as but not limited to diabetes, cardiovascular disorders, congestive heart failure, stroke, chronic lung disorders, human immunodeficiency virus (HIV), cancer, gestational diabetes, or other high risk perinatal conditions, and chronic or disabling mental/behavioral health disorders.

Sobering Centers: Provides alternative destinations for members who are found to be publicly intoxicated (due to alcohol and/or other drugs) and would otherwise be transported to the emergency department or jail. The service covered is for a duration of less than 24 hours.

Eligibility:

- Members aged 18 and older who are intoxicated but conscious, cooperative, able to walk, nonviolent, and free from any medical distress (including life-threatening withdrawal symptoms or apparent underlying symptoms) and who would otherwise be transported to the emergency department or jail or who presented at an emergency department and are appropriate to be diverted to a Sobering Center.

Asthma Remediation: Assists members by identifying, coordinating, securing, or funding services and modifications necessary to a home environment to ensure the health, welfare, and safety of the individual or to enable the individual to function in the home without acute asthma episodes, which could result in the need for emergency services and hospitalization. The referral must be signed by a licensed health care professional.

Eligibility:

- Members with poorly controlled asthma (as determined by an emergency department visit or hospitalization or two Primary Care Physician (PCP) or urgent care visits in the past 12 months or a score of 19 or lower on the Asthma Control Test) for whom a licensed health care provider has documented that the services will likely help avoid asthma-related hospitalizations, emergency department visits, or other high-cost services.

- **Restriction/Limitation:** Asthma Mitigation Project funding must be explored and utilized prior to the CS. Asthma Remediation are available once in an individual's lifetime with a lifetime maximum of \$7,500. Asthma Remediation can only be approved one additional time. Referrer must provide documentation describing the significant

changes to condition that additional modifications are necessary to ensure the health, welfare, and safety of the member, or are necessary to enable the member to function with greater independence in the home and avoid institutionalization or hospitalization. All Community Supports, except for Sobering Centers, require prior approval by Molina.

If you need help or want to find out what Community Supports might be available for you, call 1-888-665-4621 (TTY/TDD or 711). Or call your health care provider.

Major organ transplant

Transplants for children under age 21

In Sacramento, San Diego, Riverside, and San Bernardino counties, state law requires children who need transplants to be referred to the California Children's Services (CCS) program to decide if the child qualifies for CCS. If the child qualifies for CCS, CCS will cover the costs for the transplant and related services.

If the child does not qualify for CCS, [Molina Healthcare](#) will refer the child to a qualified transplant center for evaluation. If the transplant center confirms that the transplant would be needed and safe, [Molina Healthcare](#) will cover the transplant and related services.

Transplants for adults ages 21 and older

If your doctor decides you may need a major organ transplant, [Molina Healthcare](#) will refer you to a qualified transplant center for an evaluation. If the transplant center confirms a transplant is needed and safe for your medical condition, [Molina Healthcare](#) will cover the transplant and other related services.

The major organ transplants [Molina Healthcare covers](#) include, but are not limited to:

- Bone marrow
- Heart
- Heart/lung
- Kidney
- Kidney/pancreas
- Liver
- Liver/small bowel
- Lung
- Pancreas
- Small bowel

Street medicine programs

Members experiencing homelessness may receive covered services from Street Medicine Providers within [Molina Healthcare's](#) provider network. A Street Medicine

Provider is a licensed primary care physician or primary care non-physician in-network. Members experiencing homelessness may be able to select a [Molina Healthcare](#) Street Medicine Provider to be their Primary Care Provider (PCP), if the Street Medicine Provider meets PCP eligibility criteria and agrees to be the member's PCP. For more information on [Molina Healthcare](#)'s street medicine program, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

Other Medi-Cal programs and services

Other services you can get through Fee-for-Service (FFS) Medi-Cal or other Medi-Cal programs

[Molina Healthcare](#) does not cover some services, but you can still get them through FFS Medi-Cal or other Medi-Cal programs. [Molina Healthcare](#) will coordinate with other programs to make sure you get all medically necessary services, including those covered by another program and not [Molina Healthcare](#). This section lists some of these services. To learn more, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

Outpatient prescription drugs

Prescription drugs covered by Medi-Cal Rx

Prescription drugs given by a pharmacy are covered by Medi-Cal Rx, which is a Medi-Cal FFS program. [Molina Healthcare](#) might cover some drugs a provider gives in an office or clinic. If your provider prescribes drugs given in the doctor's office, infusion center, or by a home infusion provider, these are considered physician-administered drugs.

If a non-pharmacy based medical health care professional administers a drug, it is covered under the medical benefit. Your provider can prescribe you drugs on the Medi-Cal Rx Contract Drugs List.

Sometimes, you need a drug not on the Contract Drugs List. These drugs need approval before you can fill the prescription at the pharmacy. Medi-Cal Rx will review and decide these requests within 24 hours.

- A pharmacist at your outpatient pharmacy may give you a 14-day emergency supply if they think you need it. Medi-Cal Rx will pay for the emergency medicine an outpatient pharmacy gives.

- Medi-Cal Rx may say no to a non-emergency request. If they do, they will send you a letter to tell you why. They will tell you what your choices are. To learn more, read “Complaints” in Chapter 6.

To find out if a drug is on the Contract Drugs List or to get a copy of the Contract Drugs List, call Medi-Cal Rx at 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) and press 5 or 711.

Or go to the Medi-Cal Rx website at <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Pharmacies

If you are filling or refilling a prescription, you must get your prescribed drugs from a pharmacy that works with Medi-Cal Rx. You can find a list of pharmacies that work with Medi-Cal Rx in the Medi-Cal Rx Pharmacy Directory at:

<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>

You can also find a pharmacy near you or a pharmacy that can mail your prescription to you by calling Medi-Cal Rx at 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) and press 5 or 711.

Once you choose a pharmacy, take your prescription to the pharmacy. Your provider can also send it to the pharmacy for you. Give the pharmacy your prescription with your Medi-Cal Benefits Identification Card (BIC). Make sure the pharmacy knows about all medicines you are taking and any allergies you have. If you have any questions about your prescription, ask the pharmacist.

Members can also get transportation services from [Molina Healthcare](#) to get to pharmacies. To learn more about transportation services, read “Transportation benefits for situations that are not emergencies” in Chapter 4 of this handbook.

Specialty mental health services

Some mental health services are provided by county mental health plans instead of [Molina Healthcare](#). These include specialty mental health services (SMHS) for Medi-Cal members who meet rules for SMHS. SMHS may include these outpatient, residential, and inpatient services:

Outpatient services:

- Mental health services
- Medication support services
- Day treatment intensive services

- Day rehabilitation services
- Crisis intervention services
- Crisis stabilization services
- Targeted case management
- Therapeutic behavioral services covered for members under 21 years old
- Intensive care coordination (ICC) covered for members under 21 years old
- Intensive home-based services (IHBS) covered for members under 21 years old
- Therapeutic foster care (TFC) covered for members under 21 years old
- Peer Support Services (PSS) (optional)

Residential services:

- Adult residential treatment services
- Crisis residential treatment services

Inpatient services:

- Psychiatric inpatient hospital services
- Psychiatric health facility services

To learn more about specialty mental health services the county mental health plan provides, you can call your county mental health plan.

To find all counties' toll-free telephone numbers online, go to dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx. If Molina Healthcare finds you will need services from the county mental health plan, Molina Healthcare will help you connect with the county mental health plan services.

Substance use disorder treatment services

Molina Healthcare encourages members who want help with alcohol use or other substance use to get care. Services for substance use are available from general care providers such as primary care, inpatient hospitals, and emergency departments and from specialty substance use service providers. County Behavioral Health Plans often provide specialty services.

To learn more about treatment options for substance use disorders, call Molina Healthcare's member services number at 1-888-665-4621.

Molina Healthcare members can have an assessment to match them to the services that best fit their health needs and preferences. When medically necessary, available

services include outpatient treatment, residential treatment, and medicines for substance use disorders (also called Medication Assisted Treatment (MAT)) such as buprenorphine, methadone, and naltrexone.

The county provides substance use disorder services to Medi-Cal members who qualify for these services. Members who are identified for substance use disorder treatment services are referred to their county department for treatment. For a list of all counties' telephone numbers go to

https://dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD_County_Access_Lines.aspx.

Molina Healthcare will provide or arrange for MAT to be given in primary care, inpatient hospital, emergency department, and other medical settings.

Dental services

The Medi-Cal Dental FFS Program is the same as FFS Medi-Cal for your dental services. Before you get dental services, you must show your BIC to the dental provider. Make sure the provider takes FFS Dental and you are not part of a managed care plan that covers dental services.

Medi-Cal covers a broad range of dental services through the Medi-Cal Dental Program, including:

- Diagnostic and preventive dental services such as examinations, X-rays, and teeth cleanings
- Emergency services for pain control
- Tooth extractions
- Fillings
- Root canal treatments
- (anterior/posterior)
- Crowns (prefabricated/laboratory)
- Scaling and root planing
- Complete and partial dentures
- Orthodontics for children who qualify
- Topical fluoride

If you have questions or want to learn more about dental services, call the Medi-Cal Dental Program at 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 or 711). You can also go to the Medi-Cal Dental Program website at <https://www.dental.dhcs.ca.gov> or <https://smilecalifornia.org/>.

California Children's Services (CCS)

CCS is a Medi-Cal program that treats children under 21 years of age with certain

health conditions, diseases, or chronic health problems and who meet the CCS program rules. If [Molina Healthcare](#) or your PCP believes your child has a CCS-eligible condition, they will be referred to the CCS county program to check if they qualify.

County CCS program staff will decide if your child qualifies for CCS services. [Molina Healthcare](#) does not decide CCS eligibility. If your child qualifies to get this type of care, CCS providers will treat him or her for the CCS-eligible condition. [Molina Healthcare](#) will continue to cover the types of service that do not have to do with the CCS condition such as physicals, vaccines, and well-child checkups.

[Molina Healthcare](#) does not cover services that the CCS program covers. For CCS to cover these services, CCS must approve the provider, services, and equipment.

CCS does not cover all health conditions. CCS covers most health conditions that physically disable or need treatment with medicines, surgery, or rehabilitation (rehab). Examples of CCS-eligible conditions include but are not limited to:

- Congenital heart disease
- Cancers
- Tumors
- Hemophilia
- Sickle cell anemia
- Thyroid problems
- Diabetes
- Serious chronic kidney problems
- Liver disease
- Intestinal disease
- Cleft lip/palate
- Spina bifida
- Hearing loss
- Cataracts
- Cerebral palsy
- Seizures under certain circumstances
- Rheumatoid arthritis
- Muscular dystrophy
- AIDS
- Severe head, brain, or spinal cord injuries
- Severe burns
- Severely crooked teeth

Medi-Cal pays for CCS services. If your child does not qualify for CCS program services, they will keep getting medically necessary care from [Molina Healthcare](#).

To learn more about CCS, go to <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs>. Or call 1-888-665-4621 (TTY/TDD or 711).

1915(c) waiver Home and Community-Based Services (HCBS)

California's six Medi-Cal 1915(c) waivers allow the state to provide services to persons who would otherwise need care in a nursing facility or hospital in the community-based setting of their choice. Medi-Cal has an agreement with the Federal Government that allows waiver services to be offered in a private home or in a homelike community setting. The services offered under the waivers must not cost more than the alternative institutional level of care. HCBS Waiver recipients must qualify for full-scope Medi-Cal. The six Medi-Cal 1915(c) waivers are:

- California Assisted Living Waiver (ALW)
- California Self-Determination Program (SDP) Waiver for Individuals with Developmental Disabilities
- HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities (HCBS-DD)
- Home and Community-Based Alternatives (HCBA) Waiver
- Medi-Cal Waiver Program (MCWP), formerly called the Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS) Waiver
- Multipurpose Senior Services Program (MSSP)

To learn more about the Medi-Cal Waivers, go to <https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/HCBSWaiver.aspx>. Or call 1-888-665-4621 (TTY/TDD or 711).

In-Home Supportive Services (IHSS)

The In-Home Supportive Services (IHSS) program provides in-home personal care assistance to qualified aged, blind, and disabled persons as an alternative to out-of-home care. It enables recipients to stay safely in their own homes.

To learn more about IHSS available in your county, go to <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss>. Or call your local county social services agency.

Services you cannot get through **Molina Healthcare** or **Medi-Cal**

Molina Healthcare and Medi-Cal will not cover some services. Services **Molina Healthcare** or Medi-Cal do not cover include, but are not limited to:

- In vitro fertilization (IVF), including but not limited to infertility studies or procedures to diagnose or treat infertility
- Fertility preservation
- Experimental services
- Home modifications
- Vehicle modifications
- Cosmetic surgery

Molina Healthcare may cover a non-covered service if it is medically necessary. Your provider must submit a pre-approval (prior authorization) request to Molina Healthcare or your Medical Group/IPA with the reasons the non-covered benefit is medically needed.

To learn more call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

Evaluation of new and existing technologies

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

- Medical services
- Mental health services
- Medicines
- Equipment

5. Child and youth well care

Child and youth members under 21 years old can get special health services as soon as they are enrolled. This makes sure they get the right preventive, dental, and mental health care, including developmental and specialty services. This chapter explains these services.

Pediatric services (Children under age 21)

Members under 21 years old are covered for needed care. The list below includes medically necessary services to treat or care for any defects and physical or mental diagnoses. Covered services include, but are not limited to:

- Well-child visits and teen check-ups (important visits children need)
- Immunizations (shots)
- Behavioral health assessment and treatment
- Mental health evaluation and treatment, including individual, group, and family psychotherapy (specialty mental health services are covered by the county)
- Adverse childhood experiences (ACE) screening
- Lab tests, including blood lead poisoning screening
- Health and preventive education
- Vision services
- Dental services (covered under Medi-Cal Dental)
- Hearing services (covered by California Children's Services (CCS) for children who qualify. [Molina Healthcare](#) will cover services for children who do not qualify for CCS).

These services are called Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) services. EPSDT services that are recommended by pediatricians' Bright Futures guidelines to help you, or your child stay healthy are covered at no cost to you. To read these guidelines, go to

https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf.

Well-child health check-ups and preventive care

Preventive care includes regular health check-ups, screenings to help your doctor find problems early, and counseling services to detect illnesses, diseases, or medical conditions before they cause problems. Regular check-ups help you or your child's doctor look for any problems. Problems can include medical, dental, vision, hearing, mental health, and any substance (alcohol or drug) use disorders. Molina Healthcare covers check-ups to screen for problems (including blood lead level assessment) any time there is a need for them, even if it is not during your or your child's regular check-up.

Preventive care also includes shots you or your child need. Molina Healthcare must make sure all enrolled children are up to date with all the shots they need when they have their visits with their doctor. Preventive care services and screenings are available at no cost and without pre-approval (prior authorization).

Your child should get check-ups at these ages:

- 2-4 days after birth
- 1 month
- 2 months
- 4 months
- 6 months
- 9 months
- 12 months
- 15 months
- 18 months
- 24 months
- 30 months
- Once a year from 3 to 20 years old

Well-child health check-ups include:

- A complete history and head-to-toe physical exam
- Age-appropriate shots (California follows the American Academy of Pediatrics Bright Futures schedule:
https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf)
- Lab tests, including blood lead poisoning screening
- Health education
- Vision and hearing screening
- Oral health screening
- Behavioral health assessment

If the doctor finds a problem with your or your child's physical or mental health during a

check-up or screening, you or your child might need to get medical care. [Molina Healthcare](#) will cover that care at no cost to you, including:

- Doctor, nurse practitioner, and hospital care
- Shots to keep you healthy
- Physical, speech/language, and occupational therapies
- Home health services, including medical equipment, supplies, and appliances
- Treatment for vision problems, including eyeglasses
- Treatment for hearing problems, including hearing aids when they are not covered by CCS
- Behavioral Health Treatment for health conditions such as autism spectrum disorders, and other developmental disabilities
- Case management and health education
- Reconstructive surgery, which is surgery to correct or repair abnormal structures of the body caused by congenital defects, developmental abnormalities, trauma, infection, tumors, or disease to improve function or create a normal appearance

Blood lead poisoning screening

All children enrolled in [Molina Healthcare](#) should get blood lead poisoning screening at 12 and 24 months of age or between 36 and 72 months of age if they were not tested earlier. Children should also be screened whenever the doctor believes a life change has put the child at risk.

Help getting child and youth well care services

[Molina Healthcare](#) will help members under 21 years old and their families get the services they need. A [Molina Healthcare](#) care coordinator can:

- Tell you about available services
- Help find in-network providers or out-of-network providers, when needed
- Help make appointments
- Arrange medical transportation so children can get to their appointments
- Help coordinate care for services available through Fee-for-Service (FFS) Medi-Cal, such as:
 - Treatment and rehabilitative services for mental health and substance use

- disorders
- Treatment for dental issues, including orthodontics

Other services you can get through Fee-for-Service (FFS) Medi-Cal or other programs

Dental check-ups

Keep your baby’s gums clean by gently wiping the gums with a washcloth every day. At about four to six months, “teething” will begin as the baby teeth start to come in. You should make an appointment for your child’s first dental visit as soon as their first tooth comes in or by their first birthday, whichever comes first.

These Medi-Cal dental services are free or low-cost services for:

Babies aged 1 to 4

- Baby’s first dental visit
- Baby’s first dental exam
- Dental exams (every 6 months, and sometimes more)
- X-rays
- Teeth cleaning (every 6 months, and sometimes more)
- Fluoride varnish (every 6 months, and sometimes more)
- Fillings
- Extractions (tooth removal)
- Emergency dental services
- *Sedation (if medically necessary)

Kids aged 5-12

- Dental exams (every 6 months, and sometimes more)
- X-rays
- Fluoride varnish (every 6 months, and sometimes more)
- Teeth cleaning (every 6 months, and sometimes more)
- Molar sealants
- Fillings
- Root canals
- Extractions (tooth removal)
- Emergency dental services
- *Sedation (if medically necessary)

Youth aged 13-20

- Dental exams (every 6 months, and sometimes more)
- X-rays
- Fluoride varnish (every 6 months,

- and sometimes more)
- Teeth cleaning (every 6 months, and sometimes more)
- Orthodontics (braces) for those who qualify
- Fillings
- Crowns
- Root canals
- Extractions (tooth removal)
- Emergency dental services
- Sedation (if medically necessary)

*Providers should consider sedation and general anesthesia when they determine and document a reason local anesthesia is not medically appropriate, and the dental treatment is pre-approved or does not need pre-approval (prior authorization).

These are some of the reasons local anesthesia cannot be used and sedation or general anesthesia might be used instead:

- Physical, behavioral, developmental, or emotional condition that blocks the patient from responding to the provider's attempts to perform treatment
- Major restorative or surgical procedures
- Uncooperative child
- Acute infection at an injection site
- Failure of a local anesthetic to control pain

If you have questions or want to learn more about dental services, call the Medi-Cal Dental Program at 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 or 711). Or go to <https://smilecalifornia.org/>.

Additional preventive education referral services

If you are worried that your child is not participating and learning well at school, talk to your child's doctor, teachers, or administrators at the school. In addition to your medical benefits covered by [Molina Healthcare](#), there are services the school must provide to help your child learn and not fall behind. Services that can be provided to help your child learn include:

- Speech and language services
- Psychological services
- Physical therapy
- Occupational therapy
- Assistive technology
- Social Work services
- Counseling services
- School nurse services
- Transportation to and from school

The California Department of Education provides and pays for these services. Together with your child's doctors and teachers, you can make a custom plan that will best help your child.

6. Reporting and solving problems

There are two ways to report and solve problems:

- Use a **complaint (grievance)** when you have a problem or are unhappy with [Molina Healthcare](#) or a provider or with the health care or treatment you got from a provider.
- Use an **appeal** when you don't agree with [Molina Healthcare's](#) decision to change your services or to not cover them.

You have the right to file grievances and appeals with [Molina Healthcare](#) to tell us about your problem. This does not take away any of your legal rights and remedies. We will not discriminate or retaliate against you for filing a complaint with us or reporting issues. Telling us about your problem will help us improve care for all members.

You may contact [Molina Healthcare](#) first to let us know about your problem. Call us between [Monday - Friday, 7:00 a.m. - 7:00 p.m.](#) at [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD or 711). Tell us about your problem.

If your grievance or appeal is still not resolved after 30 days, or you are unhappy with the result, you can call the California Department of Managed Health Care (DMHC). Ask them to review your complaint or conduct an Independent Medical Review (IMR). If your matter is urgent, such as those involving a serious threat to your health, you may call DMHC right away without first filing a grievance or appeal with [Molina Healthcare](#). You can call DMHC for free at 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891 or 711). Or go to: <https://www.dmhc.ca.gov>.

The California Department of Health Care Services (DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman can also help. They can help if you have problems joining, changing, or leaving a health plan. They can also help if you moved and are having trouble getting your Medi-Cal transferred to your new county. You can call the Ombudsman Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m. at 1-888-452-8609. The call is free.

You can also file a grievance with your county eligibility office about your Medi-Cal eligibility. If you are not sure who you can file your grievance with, call [1-888-665-4621](#)

(TTY/TDD or 711).

To report incorrect information about your health insurance, call Medi-Cal Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m. at 1-800-541-5555.

Complaints

A complaint (grievance) is when you have a problem or are unhappy with the services you are getting from [Molina Healthcare](#) or a provider. There is no time limit to file a complaint. You can file a complaint with [Molina Healthcare](#) at any time by phone, in writing, or online. Your authorized representative or provider can also file a complaint for you with your permission.

- **By phone:** Call [Molina Healthcare](#) at [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711) between [Monday - Friday, 7:00 a.m. - 7:00 p.m.](#) Give your health plan ID number, your name, and the reason for your complaint.
- **By mail:** Call [Molina Healthcare](#) at [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711) and ask to have a form sent to you. When you get the form, fill it out. Be sure to include your name, health plan ID number, and the reason for your complaint. Tell us what happened and how we can help you.

Mail the form to:

[Attention: Member Appeals & Grievances](#)

[200 Oceangate, Suite 100](#)

[Long Beach, CA 90802](#)

Your doctor's office will have complaint forms.

- **Online:** Go to the [Molina Healthcare](#) website at www.MolinaHealthcare.com.

If you need help filing your complaint, we can help you. We can give you no-cost language services. Call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

Within 5 calendar days of getting your complaint, we will send you a letter telling you we got it. Within 30 days, we will send you another letter that tells you how we resolved your problem. If you call [Molina Healthcare](#) about a grievance that is not about health care coverage, medical necessity, or experimental or investigational treatment, and your grievance is resolved by the end of the next business day, you may not get a letter.

If you have an urgent matter involving a serious health concern, we will start an

expedited (fast) review. We will give you a decision within 72 hours. To ask for an expedited review, call us at [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

Within 72 hours of getting your complaint, we will decide how we will handle your complaint and whether we will expedite it. If we find that we will not expedite your complaint, we will tell you that we will resolve your complaint within 30 days. You may contact DMHC directly for any reason, including if you believe your concern qualifies for expedited review, or [Molina Healthcare](#) does not respond to you within the 72-hour period.

Complaints related to Medi-Cal Rx pharmacy benefits are not subject to the [Molina Healthcare](#) grievance process or eligible for Independent Medical Review. Members can submit complaints about Medi-Cal Rx pharmacy benefits by calling 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) and press 5 or 711. Or go to <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Complaints related to pharmacy benefits not subject to Medi-Cal Rx may be eligible for an Independent Medical Review. DMHC's toll-free telephone number is 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891). You can find the Independent Medical Review/Complaint form and instructions online at the DMHC's website: <https://www.dmhc.ca.gov/>.

Appeals

An appeal is different from a complaint. An appeal is a request for us to review and change a decision we made about your services. If we sent you a Notice of Action (NOA) letter telling you that we are denying, delaying, changing, or ending a service, and you do not agree with our decision, you can ask us for an appeal. Your authorized representative or provider can also ask us for an appeal for you with your written permission.

You must ask for an appeal within 60 days from the date on the NOA you got from us. If we decided to reduce, suspend, or stop a service you are getting now, you can continue getting that services while you wait for your appeal to be decided. This is called Aid Paid Pending. To get Aid Paid Pending, you must ask us for an appeal within 10 days from the date on the NOA or before the date we said your services will stop, whichever is later. When you request an appeal under these circumstances, the services will continue.

You can file an appeal by phone, in writing or online:

- **By phone:** Call [Molina Healthcare](#) at [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711) between [Monday - Friday, 7:00 a.m. - 7:00 p.m.](#) Give your name, health plan ID number and the service you are appealing.
- **By mail:** Call [Molina Healthcare](#) at [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711) and ask to have a form sent to you. When you get the form, fill it out. Be sure to include your name, health plan ID number and the service you are appealing.

Mail the form to:

[Attention: Member Appeals & Grievances](#)

[200 Oceangate, Suite 100](#)

[Long Beach, CA 90802](#)

Your doctor's office will have appeal forms available.

- **Online:** Visit the [Molina Healthcare](#) website. Go to www.MolinaHealthcare.com.

If you need help asking for an appeal or with Aid Paid Pending, we can help you. We can give you no-cost language services. Call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

Within 5 days of getting your appeal, we will send you a letter telling you we got it. Within 30 days, we will tell you our appeal decision and send you a Notice of Appeal Resolution (NAR) letter. If we do not give you our appeal decision within 30 days, you can request a State Hearing from the California Department of Social Services (CDSS) and an Independent Medical Review (IMR) with DMHC. But if you ask for a State Hearing first, and the hearing has already happened, you cannot ask for an IMR with DMHC. In this case, the State Hearing has final say.

If you or your doctor wants us to make a fast decision because the time it takes to decide your appeal would put your life, health, or ability to function in danger, you can ask for an expedited (fast) review. To ask for an expedited review, call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711). We will decide within 72 hours of receiving your appeal.

What to do if you do not agree with an appeal decision

If you requested an appeal and got a NAR letter telling you we did not change

our decision, or you never got a NAR letter and it has been past 30 days, you can:

- Ask for a **State Hearing** from the California Department of Social Services (CDSS), and a judge will review your case. CDSS' toll-free telephone number is 1-800-743-8525(TTY1-800-952-8349). You can also ask for a State Hearing online at <https://www.cdss.ca.gov>.
- File an Independent Medical Review/Complaint form with the Department of Managed Health Care (DMHC) to have [Molina Healthcare](#)'s decision reviewed. Or ask for an **Independent Medical Review (IMR)** from DMHC. If your complaint qualifies for DMHC's Independent Medical Review (IMR) process, an outside doctor who is not part of [Molina Healthcare](#) will review your case and make a decision that [Molina Healthcare](#) must follow. DMHC's toll-free telephone number is 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891). You can find the Independent Medical Review/Complaint form and instructions online at the DMHC's website: <https://www.dmhc.ca.gov>.

You will not have to pay for a State Hearing or an IMR.

You are entitled to both a State Hearing and an IMR. But if you ask for a State Hearing first and the hearing has already happened, you cannot ask for an IMR. In this case, the State Hearing has the final say.

The sections below have more information on how to ask for a State Hearing and an IMR.

Complaints and appeals related to Medi-Cal Rx pharmacy benefits are not handled by [Molina Healthcare](#). You can submit complaints and appeals about Medi-Cal Rx pharmacy benefits by calling 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) and press 5 or 711. Complaints and appeals related to pharmacy benefits not subject to Medi-Cal Rx may be eligible for an Independent Medical Review (IMR).

If you do not agree with a decision related to your Medi-Cal Rx pharmacy benefit, you may ask for a State Hearing. You cannot ask DMHC for an IMR for Medi-Cal Rx pharmacy benefit decisions.

Complaints and Independent Medical Reviews (IMR) with the Department of Managed Health Care (DMHC)

An IMR is when an outside doctor who is not related to your health plan reviews your

case. If you want an IMR, you must first file an appeal with [Molina Healthcare](#). If you do not hear from your health plan within 30 calendar days, or if you are unhappy with your health plan's decision, then you may request an IMR. You must ask for an IMR within 6 months from the date on the notice telling you of the appeal decision, but you only have 120 days to request a State Hearing so if you want an IMR and a State hearing file your complaint as soon as you can. Remember, if you ask for a State Hearing first, and the hearing has already happened, you cannot ask for an IMR. In this case, the State Hearing has the final say.

You may be able to get an IMR right away without first filing an appeal with [Molina Healthcare](#). This is in cases where your health concern is urgent, such as those involving a serious threat to your health.

If your complaint to DMHC does not qualify for an IMR, DMHC will still review your complaint to make sure [Molina Healthcare](#) made the correct decision when you appealed its denial of services.

The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your health plan at **1-888-665-4621 (TTY/TDD or 711)** and use your health plan's grievance process before contacting the department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by your health plan, or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the department for assistance. You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a health plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatments that are experimental or investigational in nature, and payment disputes for emergency or urgent medical services. The department also has a toll-free telephone number (**1-888-466-2219**) and a TDD line (**1-877-688-9891**) for the hearing and speech impaired. The department's internet website www.dmhc.ca.gov/ has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

State Hearings

A State Hearing is a meeting with [Molina Healthcare](#) and a judge from the CDSS. The judge will help to resolve your problem or tell you that we made the correct decision.

6 | Reporting and solving problems

You have the right to ask for a State Hearing if you already asked for an appeal with us and you are still not happy with our decision, or if you did not get a decision on your appeal after 30 days.

You must ask for a State Hearing within 120 days from the date on our NAR letter. If we gave you Aid Paid Pending during your appeal and you want it to continue until there is a decision on your State Hearing, you must ask for a State Hearing within 10 days of our NAR letter or before the date we said your services will stop, whichever is later.

If you need help making sure Aid Paid Pending will continue until there is a final decision on your State Hearing, contact [Molina Healthcare](#) between [Monday - Friday, 7:00 a.m. - 7:00 p.m.](#) by calling [1-888-665-4621](#). If you cannot hear or speak well, call TTY/TDD or 711. Your authorized representative or provider can ask for a State Hearing for you with your written permission.

Sometimes you can ask for a State Hearing without completing our appeal process.

For example, if we did not notify you correctly or on time about your services, you can request a State Hearing without having to complete our appeal process. This is called Deemed Exhaustion. Here are some examples of Deemed Exhaustion:

- We did not make a NOA or NAR letter available to you in your preferred language
- We made a mistake that affects any of your rights
- We did not give you a NOA letter
- We did not give you a NAR letter
- We made a mistake in our NAR letter
- We did not decide your appeal within 30 days. We decided your case was urgent but did not respond to your appeal within 72 hours

You can ask for a State Hearing in these ways:

- **Online:** Request a hearing online at www.CDSS.CA.GOV
- **Fax:** Fill out the form that came with your appeals resolution notice and Fax it to the State Hearings Division at 1-833-281-0905
- **By phone:** Call the State Hearings Division at 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349 or 711)
- **By mail:** Fill out the form provided with your appeals resolution notice and

send it to:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 09-17-442
Sacramento, CA 94244-2430

If you need help asking for a State Hearing, we can help you. We can give you no-cost language services. Call [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD or 711).

At the hearing, you will give your side. We will give our side. It could take up to 90 days for the judge to decide your case. [Molina Healthcare](#) must follow what the judge decides.

If you want CDSS to make a fast decision because the time it takes to have a State Hearing would put your life, health, or ability to function fully in danger, you, your authorized representative, or your provider can contact CDSS and ask for an expedited (fast) State Hearing. CDSS must make a decision no later than 3 business days after it gets your complete case file from [Molina Healthcare](#).

Fraud, waste, and abuse

If you suspect that a provider or a person who gets Medi-Cal has committed fraud, waste, or abuse, it is your responsibility to report it by calling the confidential toll-free number 1-800-822-6222 or submitting a complaint online at <https://www.dhcs.ca.gov/>.

Provider fraud, waste, and abuse includes:

- Falsifying medical records
- Prescribing more medicine than is medically necessary
- Giving more health care services than medically necessary
- Billing for services that were not given
- Billing for professional services when the professional did not perform the service
- Offering free or discounted items and services to members to influence which provider is selected by the member
- Changing member's primary care provider without the knowledge of the member

Fraud, waste, and abuse by a person who gets benefits includes, but is not limited to:

6 | Reporting and solving problems

- Lending, selling, or giving a health plan ID card or Medi-Cal Benefits Identification Card (BIC) to someone else
- Getting similar or the same treatments or medicines from more than one provider
- Going to an emergency room when it is not an emergency
- Using someone else's Social Security number or health plan ID number
- Taking medical and non-medical transportation rides for non-healthcare related services, for services not covered by Medi-Cal, or when you do not have a medical appointment or prescriptions to pick up

To report fraud, waste, and abuse, write down the name, address, and ID number of the person who committed the fraud, waste, or abuse. Give as much information as you can about the person, such as the phone number or the specialty if it is a provider. Give the dates of the events and a summary of exactly what happened.

Send your report to:

Compliance Director
Molina Healthcare of California
200 Oceangate, Ste. 100
Long Beach, CA 90802
Toll Free Telephone #: (866) 606-3889
Fax number (562) 499-6150
E-Mail: MHC_Compliance@Molinahealthcare.com

Call the Molina Healthcare Alert Line at 866-606-3889 Complete a Fraud, Waste, and Abuse report form online at <https://www.molinahealthcare.alertline>.

7. Rights and responsibilities

As a member of [Molina Healthcare](#), you have certain rights and responsibilities. This chapter explains these rights and responsibilities. This chapter also includes legal notices that you have a right to as a member of [Molina Healthcare](#).

Your rights

These are your rights as a member of [Molina Healthcare](#):

- To be treated with respect and dignity, giving due consideration to your right to privacy and the need to maintain confidentiality of your medical information
- To be provided with information about the health plan and its services, including covered services, practitioners, and member rights and responsibilities
- To get fully translated written member information in your preferred language, including all grievance and appeals notices
- To make recommendations about [Molina Healthcare](#)'s member rights and responsibilities policy
- To be able to choose a primary care provider within [Molina Healthcare](#)'s network unless the PCP is unavailable or is not accepting new patients
- To have timely access to network providers
- To participate in decision making with providers regarding your own health care, including the right to refuse treatment
- To voice grievances, either verbally or in writing, about the organization, the providers, the care you got, or any other expression of dissatisfaction not related to an Adverse Benefit Determination
- To know the medical reason for [Molina Healthcare](#)'s decision to deny, delay, terminate or change a request for medical care
- To get care coordination
- To ask for an appeal of decisions to deny, defer or limit services or benefits

7 | Rights and responsibilities

- To get no-cost interpreting and translation services for your language
- To get free legal help at your local legal aid office or other groups
- To formulate advance directives
- To ask for a State Hearing if a service or benefit is denied and you have already filed an appeal with [Molina Healthcare](#) and are still not happy with the decision, or if you did not get a decision on your appeal after 30 days, including information on the circumstances under which an expedited hearing is possible
- To disenroll (drop) from [Molina Healthcare](#) and change to another health plan in the county upon request
- To access minor consent services
- To get no-cost written member information in other formats (such as braille, large-size print, audio, and accessible electronic formats) upon request and in a timely fashion appropriate for the format being requested and in accordance with Welfare and Institutions (W&I) Code section 14182 (b)(12)
- To be free from any form of restraint or seclusion used as a means of coercion, discipline, convenience, or retaliation
- To truthfully discuss information on available treatment options and alternatives, presented in a manner appropriate to your condition and ability to understand, regardless of cost or coverage
- To have access to and get a copy of your medical records, and request that they be amended or corrected, as specified in 45 Code of Federal Regulations (CFR) sections 164.524 and 164.526
- Freedom to exercise these rights without adversely affecting how you are treated by [Molina Healthcare](#), your providers or the state
- To have access to family planning services, Freestanding Birth Centers, Federally Qualified Health Centers, Indian Health Clinics, midwifery services, Rural Health Centers, and sexually transmitted infection services from a provider of choice, without referral or Prior Authorization, either in or outside of Molina Healthcare's network
- To have access to emergency services outside [Molina Healthcare](#)'s network pursuant to the federal law
- [To request an Appeal of an Adverse Benefit Determination within 60 calendar days from the date on the Notice of Adverse Benefit Determination \(NABD\) and how to continue benefits during the in-plan appeal process through the State Fair Hearing, when applicable.](#)

Your responsibilities

Molina Healthcare members have these responsibilities:

- To supply information (to the extent possible) that the organization and its practitioners and providers need in order to provide care
- To follow plans and instructions for care that they have agreed to with their practitioners
- To understand their health problems and participate in developing mutually agreed-upon treatment goals, to the degree possible
- To tell our Plan if you have additional health insurance
- To act in a way that supports the care given to other patients and helps the smooth running of your doctor's office, hospitals, and other offices
- To let us know if you move. If you move within our service area, we need to keep your membership record up to date. If you move outside of our plan service area, you cannot remain a member of our plan, but we can let you know if we have a plan in that area.
- To let us know if you have any questions, concerns, problems, or suggestions.

Notice of non-discrimination

Discrimination is against the law. Molina Healthcare follows state and federal civil rights laws. Molina Healthcare does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Molina Healthcare provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- No-cost language services to people whose primary language is not English,

such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact [Molina Healthcare](#) between [Monday - Friday, 7:00 a.m. - 7:00 p.m.](#) by calling [1-888-665-4621](#). Or, if you cannot hear or speak well, call 1-888-665-4621 or 711 to use the California Relay Service.

How to file a grievance

If you believe that [Molina Healthcare](#) has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way based on sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with [Molina Healthcare Civil Rights Coordinator](#).

You can file a grievance in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Molina Healthcare Civil Rights Coordinator between [Monday - Friday, 7:00 a.m. - 7:00 p.m.](#) by calling 1-866-606-3889. Or, if you cannot hear or speak well, call TTY/TDD or 711 to use the California Relay Service.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
[Attention: Molina Healthcare Civil Rights Coordinator](#)
[200 Oceangate, Suite 100](#)
[Long Beach, CA 90802](#)
- **In person:** Visit your doctor's office or [Molina Healthcare](#) and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit [Molina Healthcare's](#) website at <https://molinahealthcare.Alertline.com> or email your grievance to civil.rights@molinahealthcare.com.

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing or electronically:

- **By phone:** Call 1-916-440-7370. If you cannot speak or hear well, call 711 (Telecommunications Relay Service).

- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Complaint forms are available at

https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **Electronically:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S.

Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing or electronically:

- **By phone:** Call 1-800-368-1019. If you cannot speak or hear well, call TTY 1-800-537-7697 or 711 to use the California Relay Service.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp>.

Ways to get involved as a member

Molina Healthcare wants to hear from you. Each quarter, Molina Healthcare has meetings to talk about what is working well and how Molina Healthcare can improve. Members are invited to attend. Come to a meeting!

Member Advisory Committee

Molina Healthcare has a group called the Member Advisory Committee (MAC). This group is made up of Molina Healthcare members representing various lines of business. You can join this group if you would like. The group talks about how to improve Molina Healthcare policies and is responsible for:

- Quarterly attendance
- Participation and review of existing programs and services. Provide input on the development of innovative programs focused on addressing barriers identified when accessing care

If you would like to be a part of this group, call 1-888-665-4621 (TTY/TDD or 711) and ask about Community Engagement. You can also visit www.MolinaHealthcare.com or www.MyMolina.com.

Notice of privacy practices

A statement describing Molina Healthcare policies and procedures for preserving the confidentiality of medical records is available and will be given to you upon request.

If you are of the age and capacity to consent to sensitive services, you are not required to get any other member's authorization to get sensitive services or to submit a claim for sensitive services. You can read more about sensitive services in the "Sensitive care" section of this handbook.

You can ask Molina Healthcare to send communications about sensitive services to another mailing address, email address, or telephone number that you choose. This is called a "request for confidential communications." If you request confidential communications, Molina Healthcare will not give information on your sensitive care services to anyone else without your written permission. If you do not give a mailing address, email address, or telephone number, Molina Healthcare will send communications in your name to the address or telephone number on file.

Molina Healthcare will honor your requests to get confidential communications in the form and format you asked for. Or we will make sure your communications are easy to put in the form and format you asked for. We will send them to the place you choose. Your request for confidential communications lasts until you cancel it or submit new request for confidential communications.

To request and submit a Confidential Communications Requests, you may call Molina Member services 1-888-665-4621 or visit the Molina website at www.molinahealthcare.com/members. Molina Healthcare's statement of its policies and procedures for protecting your medical information (called a "Notice of privacy Practices") is included below:

Notice of Privacy Practices - Molina Healthcare of California

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

Molina Healthcare of California ("**Molina Healthcare**", "**Molina**", "**we**" or "**our**") provides health care benefits to you through the Medi-Cal program. Molina uses and shares protected health information about you to provide your health benefits. We use and share your information to carry out treatment, payment and health care operations. We also use and share your information for other reasons as allowed and required by law. We have the duty to keep your health information private and to follow the terms of this Notice. The effective date of this notice is October 1, 2022.

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

Why does Molina use or share your PHI?

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

For Treatment

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

For Payment

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

For Health Care Operations

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

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

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

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

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

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

Required by law

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

Public Health

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

Health Care Oversight

Your PHI may be used or shared with government agencies. They may need your PHI to check how our health plan is providing services.

Legal or Administrative Proceedings

Your PHI may be shared with a court, investigator or lawyer if it is about the operation of Medi-Cal. This may involve fraud or actions to recover money from others, when the Medi-Cal program has provided your health care benefits.

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

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

What are your health information rights?

You have the right to:

▪ Request Restrictions on PHI Uses or Disclosures (Sharing of Your PHI)

You may ask us not to share your PHI to carry out treatment, payment or health care operations.

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

▪ Request Confidential Communications of PHI

You may ask Molina to give you your PHI in a certain way or at a certain place to help keep your PHI private. We will follow reasonable confidential communications requests to provide PHI in a particular form or format, if it is readily producible in the requested form and format, or at alternative locations. You will need to make your request in writing or by electronic transmission.

▪ Review and Copy Your PHI

You have a right to review and get a copy of your PHI held by us. This may include records used in making coverage, claims and other decisions as a Molina member. You will need to make your request in writing. You may use Molina's form to make your request. We may charge you a reasonable fee for copying and mailing the records. In

certain cases we may deny the request. *Important Note: We do not have complete copies of your medical records. If you want to look at, get a copy of, or change your medical records, please contact your doctor or clinic.*

▪ Amend Your PHI

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

▪ Receive an Accounting of PHI Disclosures (Sharing of your PHI)

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

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

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

You may make any of the requests listed above, or may get a paper copy of this Notice. Please call our Member Services Department at **1-888-665-4621**.

How do I complain?

If you believe that we have not protected your privacy and wish to complain, you may file a complaint (or grievance) by calling or writing us at:

Molina Healthcare of California
Manager of Member Services
200 Oceangate - Suite 100
Long Beach, CA 90802
Phone: 1-888-665-4621

OR you may call, write or contact the agencies below:

Privacy Officer
c/o Office of Legal Services
Privacy Officer and Senior Staff Counsel
California Department of Health Care Services
1501 Capitol Avenue
P.O. Box 997413, MS 0010
Sacramento, CA. 95899-7413
(916)440-7700
Email: privacyofficer@dhcs.ca.gov

Or

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
(800) 368-1019; (800) 537-7697(TDD);
(202) 619-3818 (FAX)

What are the duties of Molina?

Molina is required to:

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

This Notice is Subject to Change

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

Contact Information

If you have any questions, please contact the following office:
Molina Healthcare of California
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate - Suite 100
Long Beach, CA 90802
Phone: 1-888-665-4621

Notice about laws

Many laws apply to this Member Handbook. These laws may affect your rights and responsibilities even if the laws are not included or explained in this handbook. The main laws that apply to this handbook are state and federal laws about the Medi-Cal program. Other federal and state laws may apply too.

Notice about Medi-Cal as a payer of last resort, other health coverage, and tort recovery

The Medi-Cal program follows state and federal laws and regulations relating to the legal liability of third parties for health care services to members. [Molina Healthcare](#) will take all reasonable measures to ensure that the Medi-Cal program is the payer of last resort.

Medi-Cal members may have other health coverage (OHC), also referred to as private health insurance. As a condition of Medi-Cal eligibility, you must apply for or retain any available OHC when there is no cost to you.

Federal and state laws require Medi-Cal members to report OHC and any changes to an existing OHC. You may have to repay DHCS for any benefits paid by mistake if you don't report OHC quickly. Submit your OHC online at <http://dhcs.ca.gov/OHC>.

If you do not have access to the internet, you can report OHC to [Molina Healthcare](#). Or call 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077 or 711) inside California, or 1-916-636-1980 (outside California).

The California Department of Health Care Services (DHCS) has the right and responsibility to collect for covered Medi-Cal services for which Medi-Cal is not the first payer. For example, if you are injured in a car accident or at work, auto or workers' compensation insurance may have to pay first, or reimburse Medi-Cal.

If you are injured, and another party is liable for your injury, you or your legal representative must notify DHCS within 30 days of filing a legal action or a claim. Submit your notification online:

- Personal Injury Program at <https://dhcs.ca.gov/PI>
- Workers' Compensation Recovery Program at <https://dhcs.ca.gov/WC>

To learn more, visit <https://dhcs.ca.gov/tplrd> or call 1-916-445-9891.

Notice about estate recovery

The Medi-Cal program must seek repayment from probated estates of certain deceased members for Medi-Cal benefits received on or after their 55th birthday. Repayment includes Fee-for-Service (FFS) and managed care premiums or capitation payments for nursing facility services, home and community-based services, and related hospital and prescription drug services received when the member was an inpatient in a nursing facility or was receiving home and community-based services. Repayment cannot exceed the value of a member's probated estate.

To learn more, go to the DHCS estate recovery website at <https://dhcs.ca.gov/er> or call 1-916-650-0590.

Notice of Action

[Molina Healthcare](#) will send you a Notice of Action (NOA) letter any time [Molina Healthcare](#) denies, delays, terminates, or modifies a request for health care services. If you disagree with [Molina Healthcare](#)'s decision, you can always file an appeal with [Molina Healthcare](#). Go to the Appeals section above for important information on filing your appeal. When [Molina Healthcare](#) sends you a NOA it will tell you all the rights you have if you disagree with a decision we made.

Contents in notices

If [Molina Healthcare](#) bases denials, delays, terminations, or changes in whole or in part on medical necessity, your NOA must contain the following:

- A statement of the action [Molina Healthcare](#) intends to take
- A clear and concise explanation of the reasons for [Molina Healthcare](#)'s decision
- How [Molina Healthcare](#) decided, including the rules [Molina Healthcare](#) used
- The medical reasons for the decision. [Molina Healthcare](#) must clearly state how the member's condition does not meet the rules or guidelines.

Translations

Molina Healthcare is required to fully translate and provide written member information in common preferred languages, including all grievance and appeals notices.

The fully translated notice must include the medical reason for Molina Healthcare's decision to deny, delay, change, reduce, suspend, or stop a request for health care services.

If your preferred language is not available, the Molina Healthcare is required to offer verbal help in your preferred language so that you can understand the information you get.

8. Important numbers and words to know

Important phone numbers

- [Molina Healthcare](#) member services [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD or 711)
 - Medi-Cal Rx at 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) and press 5 or 711
 - [Eligibility Info: 1-800-357-0172](#)
 - [24-Hour Nurse Help Line: 1-888-275-8750](#)
 - [Para Enfermera En Español: 1-866-648-3537](#)
 - [Hospital Admission Notification: 1-866-553-9263 \(Fax\)](#)
-

Words to know

Active labor: The time period when a woman is in the three stages of giving birth and cannot be safely transferred to another hospital before delivery or a transfer may harm the health and safety of the woman or unborn child.

Acute: A short, sudden medical condition that requires fast medical attention.

American Indian: Individual who meets the definition of “Indian” under federal law at 42 CFR section 438.14, which defines a person as an “Indian” if the person meets any of the following:

- Is a member of a federally recognized Indian tribe,
- Lives in an urban center and meets one or more of the following:
 - Is a member of a tribe, band, or other organized group of Indians, including those tribes, bands or groups terminated since 1940 and those recognized now or in the future by the state in which they reside, or who is a descendant in the first or second degree of any such member, or

8 | Important numbers and words to know

- Is an Eskimo or Aleut or other Alaska Native, or
- Is considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose, or
- Is determined to be an Indian under regulations issued by the Secretary of the Interior, or
- Is considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose, or
- Is considered by the Secretary of Health and Human Services to be an Indian for purposes of eligibility for Indian health care services, including as a California Indian, Eskimo, Aleut, or other Alaska Native

Appeal: A member's request for [Molina Healthcare](#) to review and change a decision made about coverage for a requested service.

Benefits: Health care services and drugs covered under this health plan.

California Children's Services (CCS): A Medi-Cal program that provides services for children up to age 21 with certain health conditions, diseases, or chronic health problems.

Case manager: Registered nurses or social workers who can help you understand major health problems and arrange care with your providers. [This includes LVNs and other licensed professionals.](#)

Certified Nurse Midwife (CNM): A person licensed as a registered nurse and certified as a nurse midwife by the California Board of Registered Nursing. A certified nurse midwife is allowed to attend cases of normal childbirth.

Chiropractor: A provider who treats the spine by means of manual manipulation.

Chronic condition: A disease or other medical problem that cannot be completely cured or that gets worse over time or that must be treated so you do not get worse.

Clinic: A facility that members can select as a primary care provider (PCP). It can be either a Federally Qualified Health Center (FQHC), community clinic, Rural Health Clinic (RHC), Indian Health Care Provider (IHCP), or other primary care facility.

Community-based adult services (CBAS): Outpatient, facility-based services for skilled nursing care, social services, therapies, personal care, family and caregiver training and support, nutrition services, transportation, and other services for members who qualify.

Complaint: A member's verbal or written expression of dissatisfaction about a service

covered by Medi-Cal, [Molina Healthcare](#), a county mental health plan, or a Medi-Cal provider. A complaint is the same as a grievance.

Continuity of care: The ability of a plan member to keep getting Medi-Cal services from their existing out-of-network provider for up to 12 months if the provider and [Molina Healthcare](#) agree.

Contract Drugs List (CDL): The approved drug list for Medi-Cal Rx from which your provider may order covered drugs you need.

Coordination of Benefits (COB): The process of determining which insurance coverage (Medi-Cal, Medicare, commercial insurance, or other) has primary treatment and payment responsibilities for members with more than one type of health insurance coverage.

Copayment (co-pay): A payment you make, generally at the time of service, in addition to the insurer's payment.

Coverage (covered services): Medi-Cal services for which [Molina Healthcare](#) is responsible for payment. Covered services are subject to the terms, conditions, limitations, and exclusions of the Medi-Cal contract and as listed in this Evidence of Coverage (EOC) and any amendments.

DHCS: The California Department of Health Care Services. This is the state office that oversees the Medi-Cal program.

Disenroll: To stop using this health plan because you no longer qualify or change to a new health plan. You must sign a form that says you no longer want to use this health plan or call HCO and disenroll by phone.

DMHC: The California Department of Managed Health Care. This is the state office that oversees managed care health plans.

Durable medical equipment (DME): Equipment that is medically necessary and ordered by your doctor or other provider. [Molina Healthcare](#) decides whether to rent or buy DME. Rental costs must not be more than the cost to buy.

Early and periodic screening, diagnostic, and treatment (EPSDT): EPSDT services are a benefit for Medi-Cal members under the age of 21 to help keep them healthy. Members must get the right health check-ups for their age and appropriate screenings to find health problems and treat illnesses early as well as any treatment to take care of or help the conditions that might be found in the check-ups.

Emergency medical condition: A medical or mental condition with such severe

8 | Important numbers and words to know

symptoms, such as active labor (go to definition above) or severe pain, that someone with a prudent layperson's knowledge of health and medicine could reasonably believe that not getting immediate medical care could:

- Place your health or the health of your unborn baby in serious danger
- Cause impairment to a bodily function
- Cause a body part or organ to not work right

Emergency care: An exam performed by a doctor or staff under direction of a doctor, as allowed by law, to find out if an emergency medical condition exists. Medically necessary services needed to make you clinically stable within the capabilities of the facility.

Emergency medical transportation: Transportation in an ambulance or emergency vehicle to an emergency room to get emergency medical care.

Enrollee: A person who is a member of a health plan and gets services through the plan.

Established patient: A patient who has an existing relationship with a provider and has gone to that provider within a specified amount of time established by the health plan.

Excluded services: Services that are not covered by the California Medi-Cal Program.

Experimental treatment: Drugs, equipment, procedures, or services that are in a testing phase with laboratory or animal studies before testing in humans. Experimental services are not undergoing a clinical investigation.

Family planning services: Services to prevent or delay pregnancy.

Federally Qualified Health Center (FQHC): A health center in an area that does not have many health care providers. You can get primary and preventive care at an FQHC.

Fee-for-Service (FFS) Medi-Cal: Sometimes your Medi-Cal plan does not cover services, but you can still get them through Medi-Cal FFS, such as many pharmacy services through Medi-Cal Rx.

Follow-up care: Regular doctor care to check a patient's progress after a hospitalization or during a course of treatment.

Fraud: An intentional act to deceive or misrepresent by a person who knows the deception could result in some unauthorized benefit for the person or someone else.

Freestanding Birth Centers (FBCs): Health facilities where childbirth is planned to occur away from the pregnant woman's residence that are licensed or otherwise

8 | Important numbers and words to know

approved by the state to provide prenatal labor and delivery or postpartum care and other ambulatory services that are included in the plan. These facilities are not hospitals.

Grievance: A member's verbal or written expression of dissatisfaction about [Molina Healthcare](#), a provider, the quality of care, or the services provided. A complaint filed with [Molina Healthcare](#) about a network provider is an example of a grievance.

Habilitation services and devices: Health care services that help you keep, learn, or improve skills and functioning for daily living.

Health Care Options (HCO): The program that can enroll or disenroll you from the health plan.

Health care providers: Doctors and specialists such as surgeons, doctors who treat cancer, or doctors who treat special parts of the body, and who work with [Molina Healthcare](#) or are in the [Molina Healthcare](#) network. [Molina Healthcare](#) network providers must have a license to practice in California and give you a service [Molina Healthcare](#) covers.

You usually need a referral from your PCP to go to a specialist. Your PCP must get pre-approval from [Molina Healthcare](#) before you get care from the specialist.

You do **not** need a referral from your PCP for some types of service, such as family planning, emergency care, OB/GYN care, or sensitive services.

Health insurance: Insurance coverage that pays for medical and surgical expenses by repaying the insured for expenses from illness or injury or paying the care provider directly.

Home health care: Skilled nursing care and other services given at home.

Home health care providers: Providers who give you skilled nursing care and other services at home.

Hospice: Care to reduce physical, emotional, social, and spiritual discomforts for a member with a terminal illness. Hospice care is available when the member has a life expectancy of 6 months or less.

Hospital: A place where you get inpatient and outpatient care from doctors and nurses.

Hospital outpatient care: Medical or surgical care performed at a hospital without admission as an inpatient.

Hospitalization: Admission to a hospital for treatment as an inpatient.

Indian Health Care Providers (IHCP): A health care program operated by the Indian Health Service (IHS), an Indian Tribe, Tribal Health Program, Tribal Organization or Urban Indian Organization (UIO) as those terms are defined in Section 4 of the Indian Health Care Improvement Act (25 U.S.C. section 1603).

Inpatient care: When you have to stay the night in a hospital or other place for the medical care you need.

Intermediate care facility or home: Care provided in a long-term care facility or home that provides 24-hour residential services. Types of intermediate care facilities or homes include intermediate care facility/developmentally disabled (ICF/DD), intermediate care facility/developmentally disabled-habilitative (ICF/DD-H), and intermediate care facility/developmentally disabled-nursing (ICF/DD-N).

Investigational treatment: A treatment drug, biological product or device that has successfully completed phase one of a clinical investigation approved by the FDA but that has not been approved for general use by the FDA and remains under investigation in an FDA approved clinical investigation.

Long-term care: Care in a facility for longer than the month of admission plus one month.

Managed care plan: A Medi-Cal plan that uses only certain doctors, specialists, clinics, pharmacies, and hospitals for Medi-Cal recipients enrolled in that plan. [Molina Healthcare](#) is a managed care plan.

Medi-Cal Rx: An FFS Medi-Cal pharmacy benefit service known as “Medi-Cal Rx” that provides pharmacy benefits and services, including prescription drugs and some medical supplies to all Medi-Cal beneficiaries.

Medical home: A model of care that will provide better health care quality, improve self-management by members of their own care, and reduce avoidable costs over time.

Medically necessary (or medical necessity): Medically necessary services are important services that are reasonable and protect life. The care is needed to keep patients from getting seriously ill or disabled. This care reduces severe pain by treating the disease, illness, or injury. For members under the age of 21, Medi-Cal medically necessary services include care that is needed to fix or help a physical or mental illness or condition, including substance use disorders, as set forth in Section 1396d(r) of Title 42 of the United States Code.

Medical transportation: Transportation when you cannot get to a covered medical

8 | Important numbers and words to know

appointment or to pick up prescriptions by car, bus, train, or taxi and your provider prescribes it for you. [Molina Healthcare](#) pays for the lowest cost transportation for your medical needs when you need a ride to your appointment.

Medicare: The federal health insurance program for people 65 years of age or older, certain younger people with disabilities, and people with end-stage renal disease (permanent kidney failure that requires dialysis or a transplant, sometimes called ESRD).

Member: Any eligible Medi-Cal member enrolled with [Molina Healthcare](#) who is entitled to get covered services.

Mental health services provider: Licensed persons who provide mental health and behavioral health services to patients.

Midwifery services: Prenatal, intrapartum, and postpartum care, including family planning care for the mother and immediate care for the newborn, provided by certified nurse midwives (CNM) and licensed midwives (LM).

Network: A group of doctors, clinics, hospitals, and other providers contracted with [Molina Healthcare](#) to provide care.

Network provider (or in-network provider): Go to “Participating provider.”

Non-covered service: A service that [Molina Healthcare](#) does not cover.

Non-medical transportation: Transportation when traveling to and from an appointment for a Medi-Cal covered service authorized by your provider and when picking up prescriptions and medical supplies.

Non-participating provider: A provider not in the [Molina Healthcare](#) network.

Other health coverage (OHC): Other health coverage (OHC) refers to private health insurance and service payers other than Medi-Cal. Services may include medical, dental, vision, pharmacy, or Medicare supplemental plans (Part C & D).

Orthotic device: A device used as a support or brace attached outside the body to support or correct a badly injured or diseased body part that is medically necessary for the medical recovery of the member.

Out-of-area services: Services while a member is anywhere outside of the service area.

Out-of-network provider: A provider who is not part of the [Molina Healthcare](#) network.

Outpatient care: When you do not have to stay the night in a hospital or other place for

the medical care you need.

Outpatient mental health services: Outpatient services for members with mild to moderate mental health conditions including:

- Individual or group mental health evaluation and treatment (psychotherapy)
- Psychological testing when clinically indicated to evaluate a mental health condition
- Outpatient services for the purposes of monitoring medication therapy
- Psychiatric consultation
- Outpatient laboratory, supplies, and supplements

Palliative care: Care to reduce physical, emotional, social, and spiritual discomforts for a member with a serious illness. Palliative care does not require the member to have a life expectancy of 6 months or less.

Participating hospital: A licensed hospital that has a contract with [Molina Healthcare](#) to provide services to members at the time a member gets care. The covered services that some participating hospitals might offer to members are limited by [Molina Healthcare](#)'s utilization review and quality assurance policies or [Molina Healthcare](#)'s contract with the hospital.

Participating provider (or participating doctor): A doctor, hospital, or other licensed health care professional or licensed health facility, including sub-acute facilities that have a contract with [Molina Healthcare](#) to offer covered services to members at the time a member gets care.

Physician services: Services given by a person licensed under state law to practice medicine or osteopathy, not including services offered by doctors while you are admitted in a hospital that are charged in the hospital bill.

Plan: Go to “Managed care plan.”

Post-stabilization services: Covered services related to an emergency medical condition that are provided after a member is stabilized to keep the member stabilized. Post-stabilization care services are covered and paid for. Out-of-network hospitals might need pre-approval (prior authorization).

Pre-approval (prior authorization): The process by which you or your provider must request approval from [Molina Healthcare](#) for certain services to make sure [Molina Healthcare](#) will cover them. A referral is not an approval. A pre-approval is the same as prior authorization.

8 | Important numbers and words to know

Prescription drug coverage: Coverage for medications prescribed by a provider.

Prescription drugs: A drug that legally requires an order from a licensed provider to be dispensed, unlike over the counter (“OTC”) drugs that do not require a prescription.

Primary care: Go to “Routine care.”

Primary care provider (PCP): The licensed provider you have for most of your health care. Your PCP helps you get the care you need.

Your PCP can be a:

- General practitioner
- Internist
- Pediatrician
- Family practitioner
- OB/GYN
- Indian Health Care Provider (IHCP)
- Federally Qualified Health Center (FQHC)
- Rural Health Clinic (RHC)
- Nurse practitioner
- Physician assistant
- Clinic

Prior authorization (pre-approval): The process by which you or your provider must request approval from [Molina Healthcare](#) for certain services to ensure [Molina Healthcare](#) will cover them. A referral is not an approval. A prior authorization is the same as pre-approval.

Prosthetic device: An artificial device attached to the body to replace a missing body part.

Provider Directory: A list of providers in the [Molina Healthcare](#) network.

Psychiatric emergency medical condition: A mental disorder in which the symptoms are serious or severe enough to cause an immediate danger to yourself or others or you are immediately unable to provide for or use food, shelter, or clothing due to the mental disorder.

Public health services: Health services targeted at the whole population. These include, among others, health situation analysis, health surveillance, health promotion, prevention services, infectious disease control, environmental protection and sanitation, disaster preparedness and response, and occupational health.

Qualified provider: Doctor qualified in the area of practice appropriate to treat your condition.

Reconstructive surgery: Surgery to correct or repair abnormal structures of the body to improve function or create a normal appearance to the extent possible. Abnormal structures of the body are those caused by a congenital defect, developmental abnormalities, trauma, infection, tumors, or disease.

Referral: When your PCP says you can get care from another provider. Some covered care services require a referral and pre-approval (prior authorization).

Rehabilitative and habilitative therapy services and devices: Services and devices to help people with injuries, disabilities, or chronic conditions to gain or recover mental and physical skills.

Routine care: Medically necessary services and preventive care, well-child visits, or care such as routine follow-up care. The goal of routine care is to prevent health problems.

Rural Health Clinic (RHC): A health center in an area that does not have many health care providers. You can get primary and preventive care at an RHC.

Sensitive services: Services related to mental or behavioral health, sexual and reproductive health, family planning, sexually transmitted infections (STIs), HIV/AIDS, sexual assault and abortions, substance use disorder, gender affirming care, and intimate partner violence.

Serious illness: A disease or condition that must be treated and could result in death.

Service area: The geographic area [Molina Healthcare](#) serves. This includes the counties of Sacramento, San Diego, Riverside, and San Bernardino.

Skilled nursing care: Covered services provided by licensed nurses, technicians or therapists during a stay in a skilled nursing facility or in a member's home.

Skilled nursing facility: A place that gives 24-hour-a-day nursing care that only trained health professionals can give.

Specialist (or specialty doctor): A doctor who treats certain types of health care problems. For example, an orthopedic surgeon treats broken bones; an allergist treats allergies; and a cardiologist treats heart problems. In most cases, you will need a referral from your PCP to go to a specialist.

Specialty mental health services: Services for members who have mental health

8 | Important numbers and words to know

services needs that are higher than a mild to moderate level of impairment.

Subacute care facility (adult or pediatric): A long-term care facility that provides comprehensive care for medically fragile persons that need special services, such as inhalation therapy, tracheotomy care, intravenous tube feeding, and complex wound management care.

Terminal illness: A medical condition that cannot be reversed and will most likely cause death within one year or less if the disease follows its natural course.

Tort recovery: When benefits are provided or will be provided to a Medi-Cal member because of an injury for which another party is liable, DHCS recovers the reasonable value of benefits provided to the member for that injury.

Triage (or screening): The evaluation of your health by a doctor or nurse who is trained to screen for the purpose of determining the urgency of your need for care.

Urgent care (or urgent services): Services provided to treat a non-emergency illness, injury or condition that requires medical care. You can get urgent care from an out-of-network provider, if in-network providers are temporarily not available or accessible.



Manual para miembros

Lo que debe saber sobre sus beneficios

Evidencia de Cobertura (EOC) y formulario de divulgación combinados de [Molina Healthcare](#)

2024

[Condados de Sacramento, San Diego, Riverside y San Bernardino](#)

Otros idiomas y formatos

Otros idiomas

Puede obtener este Manual para miembros y otros materiales del plan en otros idiomas sin ningún costo para usted. [Molina Healthcare](#) proporciona traducciones por escrito de traductores calificados. Llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). La llamada es gratuita. Lea este Manual para miembros para obtener más información sobre los servicios de asistencia de idioma para la atención médica, como los servicios de interpretación y de traducción.

Otros formatos

Puede obtener esta información en otros formatos, como en braille, en letra grande de 20 puntos, en formato de audio y en formatos electrónicos accesibles, sin ningún costo para usted. Llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). La llamada es gratuita.

Servicios de interpretación

Molina Healthcare presta servicios de interpretación oral a través de un intérprete calificado, las 24 horas, sin ningún costo para usted. No es necesario que use a un familiar o un amigo como intérprete. No recomendamos el uso de menores de edad como intérpretes, a menos que sea una emergencia. Los servicios lingüísticos, culturales y de interpretación están disponibles sin ningún costo para usted. La asistencia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para recibir asistencia lingüística o para obtener este manual en otro idioma, llame al **1-888-665-4621** (TTY/TDD o 711). La llamada es gratuita.

English

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-888-665-4621** (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-665-4621** (TTY: 711). These services are free.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-888-665-4621** (711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-888-665-4621** (711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-665-4621 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-888-665-4621 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-665-4621 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-888-665-4621 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-888-665-4621 (TTY: 711)**。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 **1-888-665-4621 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-888-665-4621 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-888-665-4621 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-665-4621 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-888-665-4621 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu 1-888-665-4621 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-888-665-4621 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-665-4621 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-888-665-4621 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-665-4621 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-665-4621 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-665-4621 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-665-4621 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-665-4621 (711)]. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-665-4621 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-665-4621 (711) . ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੈਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-665-4621 (711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-888-665-4621 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-888-665-4621 (TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-665-4621

(TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-888-665-4621 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa

1-888-665-4621 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-888-665-4621 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข

1-888-665-4621 (TTY: 711). นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ

สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ
ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-665-4621 (TTY: 711).
ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-888-665-4621 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-888-665-4621 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-888-665-4621 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-888-665-4621 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Bienvenido a Molina Healthcare

Gracias por unirse a [Molina Healthcare](#). [Molina Healthcare](#) es un plan de salud para las personas que tienen Medi-Cal. [Molina Healthcare](#) trabaja con el estado de California para ayudarlo a obtener la atención médica que necesita.

Manual para miembros

En este Manual para miembros, se le informa sobre su cobertura de [Molina Healthcare](#). Léalo atentamente y de forma completa. Lo ayudará a comprender sus beneficios, los servicios que tiene a su disposición y la manera en que puede obtener la atención que necesita. En él también se explican sus derechos y responsabilidades como miembro de [Molina Healthcare](#). Si tiene necesidades de salud especiales, asegúrese de leer todas las secciones que correspondan a su caso.

Este Manual para miembros también se denomina “Evidencia de Cobertura (EOC) y formulario de divulgación combinados”. Es un resumen de las reglas y las políticas de [Molina Healthcare](#), y se basa en el contrato entre [Molina Healthcare](#) y el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS). Si desea obtener más información, llame a [Molina Healthcare](#) al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

En este Manual para miembros, “nosotros” o “nuestro” hace referencia a [Molina Healthcare](#). A su vez, “usted” hace referencia a los miembros. Algunas palabras que comienzan con mayúsculas tienen un significado especial en este Manual para miembros.

Para solicitar una copia del contrato entre [Molina Healthcare](#) y el DHCS, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). Puede pedir otra copia del Manual para miembros sin ningún costo para usted. También puede encontrar el Manual para miembros en el sitio web de [Molina Healthcare](#): www.MolinaHealthcare.com. Además, puede solicitar una copia gratuita de las políticas y los procedimientos públicos, clínicos y

administrativos de **Molina Healthcare**. Estos también pueden consultarse en el sitio web de **Molina Healthcare**.

Comuníquese con nosotros

Molina Healthcare está a disposición para brindar ayuda. Si tiene preguntas, llame al **1-888-665-4621** (TTY/TDD o 711). **Molina Healthcare** está disponible **de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.** La llamada es gratuita.

También puede visitar el sitio web en cualquier momento a través de www.MolinaHealthcare.com.

Gracias.

Molina Healthcare

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

Índice

| | |
|--|-----------|
| Otros idiomas y formatos | 2 |
| Otros idiomas..... | 2 |
| Otros formatos | 2 |
| Servicios de interpretación | 3 |
| Bienvenido a Molina Healthcare | 10 |
| Manual para miembros..... | 10 |
| Comuníquese con nosotros..... | 11 |
| Índice | 12 |
| 1. Introducción básica como miembro | 15 |
| Cómo obtener ayuda | 15 |
| Quién puede ser miembro | 16 |
| Tarjetas de identificación | 17 |
| 2. Acerca de su plan de salud..... | 18 |
| Resumen del plan de salud | 18 |
| Cómo funciona su plan..... | 20 |
| Cómo cambiar de plan de salud | 21 |
| Estudiantes que se mudan a un nuevo condado o fuera de California | 21 |
| Continuidad de la atención | 23 |
| Costos..... | 26 |
| 3. Cómo obtener atención | 30 |
| Cómo obtener servicios de atención médica..... | 30 |
| Médico de atención primaria (PCP)..... | 31 |
| Red de proveedores | 35 |
| Citas..... | 44 |
| Cómo llegar a su cita | 45 |
| Cómo cancelar y reprogramar | 45 |
| Pago | 46 |
| Remisiones | 47 |

| | |
|--|------------|
| Aprobación previa (autorización previa) | 49 |
| Segundas opiniones | 51 |
| Atención sensible..... | 52 |
| Atención de urgencia..... | 55 |
| Atención de emergencia | 56 |
| Línea de Asesoramiento de Enfermería..... | 58 |
| Directivas anticipadas..... | 59 |
| Donación de órganos y de tejidos | 60 |
| 4. Beneficios y servicios | 61 |
| Lo que cubre su plan de salud..... | 61 |
| Beneficios de Medi-Cal cubiertos por Molina Healthcare | 64 |
| Otros programas y beneficios cubiertos por Molina Healthcare | 88 |
| Otros programas y servicios de Medi-Cal..... | 102 |
| Servicios que no puede obtener a través de Molina Healthcare o de Medi-Cal | 109 |
| Evaluación de tecnologías nuevas y existentes | 109 |
| 5. Atención de bienestar para niños y jóvenes | 110 |
| Servicios pediátricos (para niños menores de 21 años)..... | 110 |
| Controles de seguimiento del bienestar del niño y atención preventiva | 111 |
| Examen de detección de intoxicación por plomo en la sangre | 113 |
| Ayuda para recibir servicios de atención de bienestar para niños y jóvenes | 113 |
| Otros servicios que puede obtener a través de FFS Medi-Cal u otros programas..... | 113 |
| 6. Cómo informar y resolver problemas | 117 |
| Reclamos..... | 118 |
| Apelaciones | 119 |
| Qué debe hacer si no está de acuerdo con la decisión de una apelación | 121 |
| Reclamos y revisiones médicas independientes (IMR) ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)..... | 122 |
| Audiencias estatales..... | 123 |
| Fraude, despilfarro y abuso..... | 125 |
| 7. Derechos y responsabilidades | 127 |
| Sus derechos..... | 127 |

| | |
|---|------------|
| Sus responsabilidades..... | 130 |
| Aviso de no discriminación | 130 |
| Formas de participar como miembro | 133 |
| Aviso de prácticas de privacidad | 133 |
| Aviso sobre las leyes | 140 |
| Aviso sobre Medi-Cal como pagador de última instancia, otra cobertura de salud y recuperación por agravios | 140 |
| Aviso sobre la recuperación del patrimonio..... | 141 |
| Aviso de acción..... | 142 |
| 8. Números importantes y palabras que debe saber..... | 143 |
| Números de teléfono importantes..... | 143 |
| Palabras que debe saber..... | 143 |

1. Introducción básica como miembro

Cómo obtener ayuda

Molina Healthcare desea que esté conforme con su atención médica. Si tiene preguntas o preocupaciones sobre su atención, Molina Healthcare desea saber sus comentarios.

Servicios para Miembros

Servicios para Miembros de Molina Healthcare está a disposición para ayudarlo.

Molina Healthcare puede hacer lo siguiente:

- Responder preguntas sobre su plan de salud y los servicios cubiertos por Molina Healthcare.
- Ayudarlo a elegir un médico de atención primaria (PCP) o cambiarlo.
- Informarle sobre dónde puede obtener la atención que necesita.
- Ayudarlo a obtener servicios de interpretación si no habla inglés.
- Ayudarlo a obtener información en otros idiomas y formatos.

Si necesita ayuda, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). Molina Healthcare está disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. La llamada es gratuita.

Molina Healthcare debe asegurarse de que usted no espere más de 10 minutos cuando llama.

También puede visitar Servicios para Miembros en línea en cualquier momento a través de www.MolinaHealthcare.com.

Quién puede ser miembro

Todos los estados pueden tener un programa de Medicaid. En California, Medicaid se denomina **Medi-Cal**.

Usted califica para [Molina Healthcare](#) porque es elegible para Medi-Cal y vive en uno de estos condados: Sacramento, San Diego, Riverside y San Bernardino.

Para obtener más información, llame a la Oficina de Administración del Seguro Social de su condado a los números de teléfono que se indican a continuación.

Oficina del Seguro Social de Riverside: 1-800-772-1213

Oficina del Seguro Social de San Bernardino: 1-909-891-3744

Oficina del Seguro Social de Sacramento: 1-855-782-9153

Oficina del Seguro Social de San Diego: 1-800-772-1213

Es posible que también califique para Medi-Cal a través del Seguro Social porque recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Pago Suplementario Estatal (SSP).

Si tiene preguntas sobre la inscripción, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077 o 711). O bien, visite <http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>.

Si tiene preguntas sobre el Seguro Social, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. O visite <https://www.ssa.gov/locator/>.

Transitional Medi-Cal

Transitional Medi-Cal también se denomina “Medi-Cal para trabajadores”. Usted puede obtener Transitional Medi-Cal si deja de recibir Medi-Cal por los siguientes motivos:

- Comenzó a recibir más dinero.
- Su familia comenzó a recibir más manutenciones infantiles o conyugales.

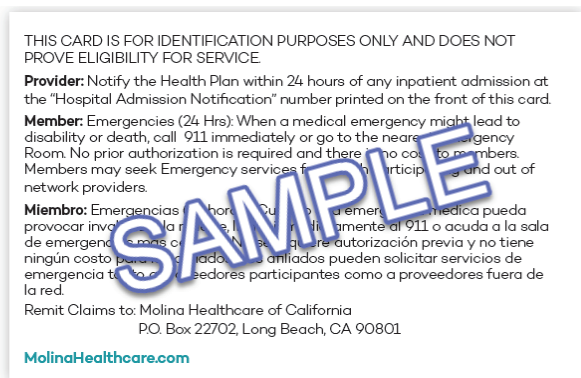
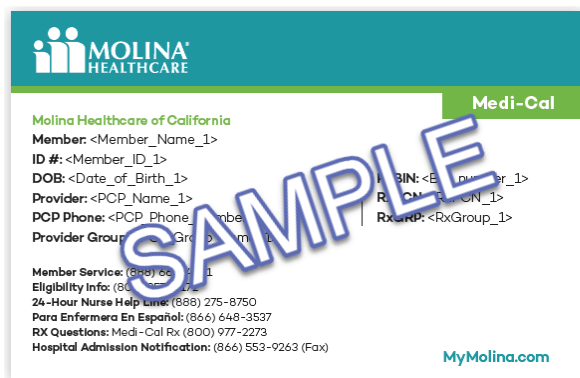
Puede consultar los requisitos para Transitional Medi-Cal en la oficina local de salud y servicios humanos de su condado:

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>

O puede llamar a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077 o 711).

Tarjetas de identificación

Como miembro de [Molina Healthcare](#), recibirá nuestra tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#). Debe mostrar su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#) y su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando reciba servicios de atención médica o surta recetas. Su tarjeta BIC es la tarjeta de beneficios de Medi-Cal que le envía el estado de California. Siempre debe llevar todas las tarjetas de salud con usted. Sus tarjetas BIC y de identificación de Molina Healthcare tienen el siguiente aspecto:



Si no recibe su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#) dentro de unas semanas después de la fecha de inscripción o si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato. [Molina Healthcare](#) le enviará una tarjeta nueva sin ningún costo para usted. Llame al [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD o 711).

2. Acerca de su plan de salud

Resumen del plan de salud

[Molina Healthcare](#) es un plan de salud para las personas que tienen Medi-Cal en los siguientes condados: Sacramento, San Diego, Riverside y San Bernardino.

[Molina Healthcare](#) trabaja con el estado de California para ayudarlo a obtener la atención médica que necesita.

Hable con un representante de Servicios para Miembros de [Molina Healthcare](#) para obtener más información sobre el plan de salud y cómo empezar a utilizarlo. Llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Cuándo comienza su cobertura y cuándo finaliza

Cuando se inscriba en [Molina Healthcare](#), le enviaremos su tarjeta de identificación de Molina Healthcare en el plazo de dos semanas a partir de la fecha de inscripción. Debe mostrar su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#) y su tarjeta BIC de Medi-Cal cuando reciba servicios de atención médica o surta recetas.

Su cobertura de Medi-Cal deberá renovarse todos los años. Si la oficina local de su condado no puede renovar su cobertura de Medi-Cal de manera electrónica, el condado le enviará un formulario de renovación de Medi-Cal con algunos datos prellenados. Complete este formulario y envíelo a la agencia local de servicios humanos de su condado. Puede entregar la información de forma presencial, por teléfono, por correo, en línea o por otros medios electrónicos que estén disponibles en su condado.

[Usted o su hijo dependiente pueden inscribirse en Molina Healthcare en las siguientes circunstancias:](#)

- [Usted puede recibir beneficios de Medi-Cal.](#)

- Usted vive en uno de los condados donde opera Molina Healthcare.
- El hijo dependiente podría ser uno de los siguientes:
 - Hijo biológico.
 - Hijo adoptado.
 - Hijastro.
 - Hijo de acogida temporal.
 - Hijo que usted mantiene.

Su “trabajador de elegibilidad del condado” le puede informar si puede recibir beneficios de Medi-Cal. Si puede obtener beneficios de Medi-Cal, puede completar un formulario de inscripción para Molina Healthcare. Health Care Options proporciona el formulario de inscripción. Health Care Options inscribe a los miembros de Medi-Cal en los planes de salud. Para obtener ayuda para inscribirse, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077). O bien, visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov. Puede elegir Molina Healthcare de una lista. Después de que se inscribe, demora hasta 45 días antes de que sea miembro.

Puede finalizar su cobertura de [Molina Healthcare](#) y elegir otro plan de salud en cualquier momento. Si desea obtener ayuda para elegir un nuevo plan, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077 o 711). O visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov. También puede solicitar que finalice su cobertura de Medi-Cal.

[Molina Healthcare](#) es un plan de salud para miembros de Medi-Cal en [\[county\]](#). Encuentre su oficina local en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.

La elegibilidad de [Molina Healthcare](#) puede finalizar si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Se muda de los condados de Sacramento, San Diego, Riverside o San Bernardino.
- Ya no tiene Medi-Cal.
- Es elegible para un programa de exención que requiere que se lo inscriba en el programa Fee-for-Service (FFS) Medi-Cal.
- Está en la cárcel o en prisión.

Si pierde su cobertura de [Molina Healthcare](#) Medi-Cal, es posible que aún califique para la cobertura de FFS Medi-Cal. Si no está seguro de si todavía tiene la cobertura de [Molina Healthcare](#), llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Consideraciones especiales para los indígenas americanos con atención administrada

Los indígenas americanos tienen derecho a no inscribirse en un plan de atención administrada de Medi-Cal. O bien, pueden abandonar su plan de atención administrada de Medi-Cal y regresar a FFS Medi-Cal en cualquier momento y por cualquier motivo.

Si usted es indígena americano, tiene derecho a recibir servicios de atención médica de un proveedor de atención médica para indígenas (IHCP). También puede permanecer en [Molina Healthcare](#) o cancelar (abandonar) su inscripción mientras recibe servicios de atención médica de estas ubicaciones. Para obtener más información sobre la inscripción y la cancelación de esta cobertura, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

[Molina Healthcare](#) debe facilitarle la coordinación de la atención, lo que incluye la administración de casos fuera de la red. Si solicita servicios de un IHCP y no hay ningún IHCP disponible dentro de la red, [Molina Healthcare](#) debe ayudarlo a encontrar un IHCP fuera de la red. Para obtener más información, lea la sección “Red de proveedores” en el capítulo 3 de este manual.

Cómo funciona su plan

[Molina Healthcare](#) es un plan de salud de atención administrada que tiene contrato con el DHCS. [Molina Healthcare](#) trabaja con médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica en el área de servicio de [Molina Healthcare](#) para brindar atención médica a nuestros miembros. Como miembro de [Molina Healthcare](#), es posible que califique para recibir algunos servicios prestados a través de FFS Medi-Cal. Estos incluyen recetas para pacientes ambulatorios, medicamentos sin receta y algunos suministros médicos a través de Medi-Cal Rx.

[\[Member services\]](#) le explicará cómo funciona [Molina Healthcare](#); cómo obtener la atención que necesita; cómo programar citas con los proveedores durante el horario de atención; cómo solicitar servicios de interpretación y de traducción sin costo, o información por escrito en formatos alternativos; y cómo saber si califica para los servicios de transporte.

Para obtener más información, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). También puede encontrar información sobre Servicios para Miembros en línea a través de www.MolinaHealthcare.com.

Cómo cambiar de plan de salud

Puede abandonar [Molina Healthcare](#) e inscribirse en otro plan de salud de su condado de residencia en cualquier momento. Para elegir un nuevo plan, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077 o 711). Puede llamar entre las 8:00 a. m. y las 6:00 p. m., de lunes a viernes. O bien, visite <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>.

Procesar su solicitud para abandonar [Molina Healthcare](#) e inscribirse en otro plan de su condado demora hasta 30 días o más. Para saber el estado de su solicitud, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077 o 711).

Si desea abandonar [Molina Healthcare](#) antes, puede llamar a Health Care Options para solicitar una cancelación acelerada (rápida) de la inscripción.

Los miembros que pueden solicitar la cancelación acelerada de la inscripción incluyen, entre otros, los niños que reciben servicios en virtud de los programas de atención de acogida temporal o de asistencia para la adopción, los miembros con necesidades especiales de atención médica y los miembros que ya están inscritos en Medicare, en otro plan de Medi-Cal o en otro plan de atención administrada comercial.

Puede solicitar abandonar [Molina Healthcare](#) comunicándose con la oficina local de servicios humanos y de salud de su condado. Encuentre su oficina local en

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.

O llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077 o 711).

Estudiantes que se mudan a un nuevo condado o fuera de California

Puede recibir atención de emergencia y de urgencia en cualquier parte de los Estados Unidos, incluidos los territorios de los Estados Unidos. La atención preventiva y de rutina solo están cubiertas en su condado de residencia. Si usted es un estudiante

que se muda a otro condado de California para realizar estudios superiores, lo que incluye la universidad, [Molina Healthcare](#) cubrirá los servicios de salas de emergencias y de atención de urgencia en su nuevo condado. También puede recibir atención preventiva o de rutina en su nuevo condado, pero debe informar a su plan de atención administrada (MCP). Más abajo encontrará más información.

Si está inscrito en Medi-Cal y estudia en un condado diferente al condado de California en el que vive, no necesita solicitar Medi-Cal allí.

Si se muda temporalmente de su hogar para ser estudiante en otro condado de California, tiene dos opciones. Puede hacer lo siguiente:

- Puede informar al trabajador de elegibilidad en [las oficinas de los condados de Sacramento, San Diego, Riverside o San Bernardino](#) que usted se mudará temporalmente para asistir a una universidad o institución de estudios superiores, y brindarle su dirección en el nuevo condado. El condado actualizará los registros del caso con su nueva dirección y el código del condado. Debe hacer esto si desea seguir recibiendo atención preventiva o de rutina mientras vive en un nuevo condado. Si [Molina Healthcare](#) no presta servicios en el condado en el que asistirá a la universidad, es posible que deba cambiar de plan de salud. Si tiene preguntas o si desea evitar una demora al inscribirse en el nuevo plan de salud, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077 o 711).

O

- Si [Molina Healthcare](#) no presta servicios en el nuevo condado donde asiste a la universidad y usted no cambia su plan de salud por uno que brinde servicios en ese condado, solo recibirá los servicios de la sala de emergencias y de atención de urgencia para algunas afecciones en el nuevo condado. Para obtener más información, lea la sección “Cómo obtener atención” en el capítulo 3. Para recibir atención médica preventiva o de rutina, debe usar la red de proveedores de [Molina Healthcare](#) que se encuentra en el condado de residencia del jefe del grupo familiar.

Si se va temporalmente de California para estudiar en otro estado y desea mantener su cobertura de Medi-Cal, comuníquese con su trabajador de elegibilidad en las oficinas de los condados de Sacramento, San Diego, Riverside o San Bernardino. Mientras califique, Medi-Cal cubrirá los servicios de emergencia y de atención de urgencia en otro estado. Si [Molina Healthcare](#) aprueba el servicio y el médico y el hospital cumplen

con las reglas de Medi-Cal, Medi-Cal también cubrirá la atención de emergencia que requiera hospitalización en Canadá y en México.

Los servicios de atención preventiva y de rutina, que incluyen los medicamentos recetados, no están cubiertos cuando usted se encuentra fuera de California. No calificará para Medi-Cal. [Molina Healthcare](#) no pagará por su atención médica. Si desea utilizar Medicaid en otro estado, deberá solicitarlo en ese estado. Medi-Cal no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni cualquier otra atención médica fuera de los Estados Unidos, excepto en Canadá y en México, como se indica en el capítulo 3.

Continuidad de la atención

Continuidad de la atención con un proveedor fuera de la red

Como miembro de [Molina Healthcare](#), recibirá atención médica de los proveedores dentro de la red de [Molina Healthcare](#). Para saber si un proveedor de atención médica se encuentra dentro de la red de [Molina Healthcare](#), visite www.Molinahealthcare.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711). Es posible que los proveedores que no figuren en el directorio no estén dentro de la red de [Molina Healthcare](#).

En algunos casos, podría recibir atención de proveedores que no se encuentran dentro de la red de [Molina Healthcare](#). Si se le pidió que cambie su plan de salud o que cambie de FFS a la atención administrada, o si tenía un proveedor que se encontraba dentro de la red pero ahora está fuera de esta, podría conservar su proveedor, incluso si este no se encuentra dentro de la red de [Molina Healthcare](#). Esto se denomina “continuidad de la atención”.

Si necesita recibir atención de un proveedor fuera de la red, llame a [Molina Healthcare](#) para solicitar la continuidad de la atención. Puede obtener la continuidad de la atención por un máximo de 12 meses o más si ocurren todas las situaciones a continuación:

- Tenía una relación continua con el proveedor fuera de la red antes de la inscripción en [Molina Healthcare](#).
- Acudió al proveedor fuera de la red para realizar una visita que no era de emergencia al menos una vez durante los 12 meses anteriores a su inscripción en [Molina Healthcare](#).

- El proveedor fuera de la red está dispuesto a trabajar con [Molina Healthcare](#) y acepta los requisitos del contrato y el pago de servicios de [Molina Healthcare](#).
- El proveedor fuera de la red cumple con los estándares profesionales de [Molina Healthcare](#).
- El proveedor fuera de la red está inscrito y participa en el programa Medi-Cal.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Si sus proveedores no se unen a la red de [Molina Healthcare](#) en 12 meses, no aceptan las tarifas de pago de [Molina Healthcare](#) o no cumplen con los requisitos de calidad de la atención, deberá cambiar a proveedores de la red de [Molina Healthcare](#). Para analizar sus opciones, llame a Servicios para Miembros al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

[Molina Healthcare](#) no tiene la obligación de brindar la continuidad de la atención para un proveedor fuera de la red para determinados servicios complementarios (auxiliares), como radiología, laboratorio, centros de diálisis o transporte. Recibirá estos servicios de parte de un proveedor dentro de la red de [Molina Healthcare](#).

Para obtener más información sobre la continuidad de la atención y para saber si califica, llame a [Servicios para Miembros](#) al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Finalización de los servicios cubiertos por un proveedor fuera de la red

Como miembro de [Molina Healthcare](#), recibirá servicios cubiertos de proveedores dentro de la red de [Molina Healthcare](#). Si estaba recibiendo tratamiento para ciertas afecciones médicas en el momento en que se inscribió en [Molina Healthcare](#) o cuando su proveedor dejó la red de [Molina Healthcare](#), es posible que también pueda recibir los servicios de Medi-Cal de parte de un proveedor fuera de la red.

Puede seguir recibiendo la atención de un proveedor fuera de la red por un período específico si necesita servicios cubiertos para estas afecciones médicas:

| Afección médica | Período |
|--|---|
| Afecciones agudas (un problema médico que requiere atención rápida) | Mientras dure su afección aguda. |
| Afecciones físicas y del comportamiento graves y crónicas (un problema grave de atención médica que ha tenido durante mucho tiempo) | Por el tiempo necesario para finalizar su tratamiento y trasladarlo de forma segura a un nuevo médico dentro de la red de Molina Healthcare . |
| Atención durante el embarazo y posparto (después del parto) | Durante su embarazo y hasta 12 meses después de la finalización del embarazo. |
| Servicios de salud mental materna | Hasta un máximo de 12 meses a partir del diagnóstico o de la finalización de su embarazo, lo que sea posterior. |
| Atención de un recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses | Hasta un máximo de 12 meses a partir de la fecha de inicio de la cobertura o de la fecha en la que finaliza el contrato del proveedor con Molina Healthcare . |
| Enfermedad terminal (un problema médico que pone en riesgo la vida) | Mientras dure su enfermedad. Puede seguir recibiendo los servicios por más de 12 meses a partir de la fecha en la que se inscribió en Molina Healthcare o del momento en el que el proveedor deje de trabajar con Molina Healthcare . |
| Realización de una cirugía o de otro procedimiento médico por parte de un proveedor fuera de la red siempre que esté cubierto, sea necesario por motivos médicos, esté autorizado por Molina Healthcare como parte de un tratamiento documentado y esté recomendado y documentado por el proveedor | La cirugía u otro procedimiento médico deben realizarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha de finalización del contrato del proveedor o 180 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en Molina Healthcare . |

Para obtener información sobre otras afecciones que podrían calificar, llame a [Servicios para Miembros](#) al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711).

Si un proveedor fuera de la red no está dispuesto a seguir prestando servicios o no está de acuerdo con los requisitos del contrato con [Molina Healthcare](#), el pago u otros términos para brindar atención, usted no podrá recibir atención continua del proveedor. Podrá seguir recibiendo servicios de otro proveedor dentro de la red de [Molina Healthcare](#).

Si necesita ayuda para elegir un proveedor contratado para continuar con su atención o si tiene preguntas o problemas para obtener servicios cubiertos de un proveedor que ya no pertenece a la red de [Molina Healthcare](#), llame a Servicios para Miembros al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711).

[Molina Healthcare](#) no tiene la obligación de brindar la continuidad de la atención para los servicios que Medi-Cal no cubre o que tienen cobertura en virtud del contrato de Medi-Cal con el DHCS. Para obtener más información sobre la continuidad de la atención, la elegibilidad y los servicios disponibles, llame a [Servicios para Miembros al 1-888-665-4621](#).

Costos

Costos del miembro

[Molina Healthcare](#) presta servicios a las personas que califican para Medi-Cal. En la mayoría de los casos, los miembros de [Molina Healthcare](#) no tienen que pagar los servicios cubiertos, las primas ni los deducibles.

Si usted es indígena americano, no tiene que pagar las tarifas de inscripción, las primas, los deducibles, los copagos, los costos compartidos ni otros cargos similares. Los MCP no deben cobrar a ningún miembro que sea indígena americano y reciba un artículo o un servicio directamente de un IHCP, o a través de una remisión a un IHCP, ni reducir los pagos debido a un IHCP por el monto de cualquier tarifa de inscripción, prima, deducible, copago, costo compartido o monto similar.

Si está inscrito en el Programa de Seguro Médico para Niños de California (CCHIP) en los condados de Santa Clara, San Francisco o San Mateo, o está inscrito en Medi-Cal for Families, es posible que tenga una prima y copagos mensuales.

Excepto en casos de atención de emergencia, de urgencia o atención sensible, debe obtener la aprobación previa (autorización previa) de [Molina Healthcare](#) antes de visitar a un proveedor fuera de la red de [Molina Healthcare](#). Si no obtiene la aprobación

previa (autorización previa) y consulta a un proveedor fuera de la red para recibir atención que no sea de emergencia, de urgencia o atención sensible, es posible que deba pagar por la atención que reciba de ese proveedor. Para obtener una lista de los servicios cubiertos, lea la sección “Beneficios y servicios” en el capítulo 4 de este manual. También puede encontrar el Directorio de proveedores en el sitio web de [Molina Healthcare: www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com).

Para miembros con atención a largo plazo y costos compartidos

Es posible que cada mes deba pagar una parte del costo de sus servicios de atención a largo plazo. El monto de su parte del costo varía según sus ingresos y recursos. Cada mes, deberá pagar sus propias facturas de atención médica, que incluyen, entre otras, las facturas de los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS), hasta que el monto que haya pagado alcance su parte del costo. A partir de allí, [Molina Healthcare](#) cubrirá su atención a largo plazo durante ese mes. [Molina Healthcare](#) no lo cubrirá hasta que haya pagado el total de su parte del costo por la atención a largo plazo durante el mes.

Cómo se paga a un proveedor

[Molina Healthcare](#) paga a los proveedores de las siguientes formas:

- Pagos por capitación
 - [Molina Healthcare](#) paga a algunos proveedores un monto fijo de dinero todos los meses por cada miembro de [Molina Healthcare](#). Esto se denomina “pago por capitación”. [Molina Healthcare](#) y los proveedores deciden juntos el monto del pago.
- Pagos de tarifas por servicios (FFS)
 - Algunos proveedores brindan atención a los miembros de [Molina Healthcare](#) y luego envían a [Molina Healthcare](#) una factura por los servicios prestados. Esto se denomina “pago de FFS”. [Molina Healthcare](#) y los proveedores deciden juntos cuánto cuesta cada servicio.
- Programa de incentivos para proveedores
 - Los proveedores elegibles podrían recibir incentivos adicionales para brindar atención de alta calidad a los miembros de [Molina Healthcare](#).

Para obtener más información sobre cómo [Molina Healthcare](#) paga a los proveedores, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Si recibe una factura de un proveedor de atención médica

Los servicios cubiertos son servicios de atención médica que **Molina Healthcare** debe pagar. Si recibe una factura por tarifas de servicios de apoyo, copagos o tarifas de inscripción de un servicio cubierto, no la pague. Llame de inmediato a Servicios para Miembros al **1-888-665-4621** (TTY/TDD o 711).

Si recibe una factura de una farmacia por medicamentos recetados, suministros o suplementos, llame al Servicio de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Cómo solicitar a **Molina Healthcare** el reembolso de los gastos

Si pagó por los servicios que ya recibió, es posible que califique para recibir un reembolso (devolución) si cumple con **todas** estas condiciones:

- El servicio que recibió es un servicio cubierto que **Molina Healthcare** debe pagar. **Molina Healthcare** no le reembolsará un servicio que **Molina Healthcare** no cubra.
- Recibió el servicio cubierto después de haberse convertido en un miembro elegible para **Molina Healthcare**.
- Pide el reembolso en el plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
- Presenta pruebas de que pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
- Recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal de la red de **Molina Healthcare**. No es necesario que cumpla con esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que los proveedores fuera de la red realicen sin aprobación previa (autorización previa).
- Si, por lo general, el servicio cubierto requiere aprobación previa (autorización previa), debe brindar pruebas del proveedor que demuestren la necesidad médica para recibir el servicio cubierto.

Molina Healthcare le informará si le harán el reembolso en una carta llamada “Aviso de acción” (NOA). Si cumple con todas las condiciones que se indicaron anteriormente, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe devolverle el monto total que haya pagado. Si el proveedor se niega a hacerlo, **Molina Healthcare** le devolverá el monto total que haya

pagado. Debemos reembolsarle el dinero en un plazo de 45 días hábiles a partir de la recepción de la reclamación.

Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal pero no pertenece a la red de [Molina Healthcare](#) y se niega a hacerle el reembolso, [Molina Healthcare](#) le devolverá el dinero, pero solo el monto que pagaría FFS Medi-Cal. [Molina Healthcare](#) le devolverá el monto total de su gasto de bolsillo por los servicios de emergencia, los servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que los proveedores presten fuera de la red sin aprobación previa (autorización previa). Si no cumple con alguna de las condiciones que se indicaron anteriormente, [Molina Healthcare](#) no le devolverá el dinero.

[Molina Healthcare](#) no le devolverá el dinero en los siguientes casos:

- Solicitó y recibió servicios que no tienen cobertura de Medi-Cal, como los servicios estéticos.
- El servicio no tiene cobertura de [Molina Healthcare](#).
- No alcanzó el costo compartido de Medi-Cal.
- Acudió a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario en el que se indicaba que quería que lo atendieran de todas formas y que usted mismo pagaría por los servicios.
- Tiene copagos de Medicare Part D para los medicamentos recetados que tienen cobertura de su plan Medicare Part D.

3. Cómo obtener atención

Cómo obtener servicios de atención médica

Lea este capítulo para obtener información sobre cómo encontrar proveedores de atención médica.

Puede comenzar a recibir servicios de atención médica a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción en [Molina Healthcare](#). Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#), la tarjeta BIC de Medi-Cal y cualquier otra tarjeta de seguro médico que tenga. Nunca permita que otra persona use su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#) o la tarjeta BIC.

Los miembros nuevos que solo tienen cobertura de Medi-Cal deben elegir un PCP dentro de la red de [Molina Healthcare](#). Los miembros nuevos que tienen Medi-Cal y otra cobertura de salud integral no tienen que elegir un PCP.

La red de [Molina Healthcare](#) es un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con [Molina Healthcare](#). Debe elegir un PCP en un plazo de 30 días a partir del momento en el que se convierta en miembro de [Molina Healthcare](#). Si no elige un PCP, [Molina Healthcare](#) elegirá uno por usted.

Puede elegir el mismo PCP o diferentes PCP para todos los miembros de la familia en [Molina Healthcare](#), siempre que el PCP esté disponible.

Si tiene un médico que desea conservar o si desea encontrar un nuevo PCP, consulte el Directorio de proveedores para obtener una lista de todos los PCP y otros proveedores dentro de la red de [Molina Healthcare](#). El Directorio de proveedores tiene más información que lo puede ayudar a elegir un PCP. Si necesita un Directorio de proveedores, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). También puede encontrar el Directorio de proveedores en el sitio web de [Molina Healthcare](#): www.MolinaHealthcare.com.

Si no puede recibir la atención que necesita de un proveedor participante dentro de la red de [Molina Healthcare](#), su PCP o especialista dentro de la red de [Molina Healthcare](#) debe solicitar la aprobación para que [Molina Healthcare](#) lo envíe a un proveedor fuera de la red. Esto se denomina “remisión”. No necesita una remisión para consultar a un proveedor fuera de la red que le brinde los servicios de atención sensible que se indican en la sección titulada “Atención sensible”, más adelante en este capítulo.

Lea el resto de este capítulo para obtener más información sobre los PCP, el Directorio de proveedores y la red de proveedores.

El programa Medi-Cal Rx administra la [cobertura](#) de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, lea la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en el capítulo 4.

Médico de atención primaria (PCP)

Su PCP es el proveedor con licencia al que usted acude para la mayor parte de su atención médica. Su PCP también lo ayuda a recibir otros tipos de atención que necesita. Debe elegir un PCP en un plazo de 30 días a partir de su inscripción en [Molina Healthcare](#). En función de su edad y sexo, puede elegir un médico general, un obstetra/ginecólogo, un médico de cabecera, un internista o un pediatra como su PCP.

Un enfermero especializado (NP), un asistente médico (PA) o un enfermero partero certificado también pueden ser su PCP. Si elige a un NP, un PA o un enfermero partero certificado, se le puede asignar un médico para que supervise su atención. Si tiene Medicare y Medi-Cal, o si también tiene otro seguro de atención médica integral, no es necesario que elija un PCP.

Puede elegir un IHCP, un centro de salud con calificación federal (FQHC) o una clínica de salud rural (RHC) como su PCP. Según el tipo de proveedor, es posible que pueda elegir el mismo PCP para usted y para los otros miembros de la familia que sean miembros de [Molina Healthcare](#), siempre que el PCP esté disponible.

Nota: Los indígenas americanos pueden elegir un IHCP como su PCP, incluso si el IHCP no se encuentra dentro de la red de [Molina Healthcare](#).

Si no elige un PCP dentro de los 30 días posteriores a la inscripción, [Molina Healthcare](#) le asignará uno. Si tiene asignado un PCP y desea cambiarlo, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Su PCP hará lo siguiente:

- Obtendrá información sobre sus antecedentes médicos y necesidades de salud.
- Conservará sus registros médicos personales.
- Le brindará la atención médica preventiva y de rutina que necesita.
- Lo remitirá (enviará) a un especialista si lo necesita.
- Coordinará la atención hospitalaria si la necesita.

Puede consultar el Directorio de proveedores para encontrar un PCP dentro de la red de [Molina Healthcare](#). El Directorio de proveedores tiene una lista de IHCP, FQHC y RHC que trabajan con [Molina Healthcare](#).

Puede encontrar el Directorio de proveedores de [Molina Healthcare](#) en línea a través de www.MolinaHealthcare.com. O bien, puede solicitar que se lo envíen por correo llamando al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). También puede llamar para saber si el PCP que eligió acepta pacientes nuevos.

Elección de médicos y otros proveedores

Como usted conoce sus necesidades de atención médica mejor que nadie, lo mejor es que elija usted mismo su PCP. Es mejor conservar un PCP para que este pueda conocer en detalle sus necesidades de atención médica. Si desea cambiarse a otro PCP, puede hacerlo en cualquier momento. Debe elegir un PCP que esté dentro de la red de proveedores de [Molina Healthcare](#) y acepte pacientes nuevos.

Después de que haga el cambio, el nuevo proveedor que haya elegido se convertirá en su PCP el primer día del mes siguiente.

Para cambiar su PCP, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). También puede visitar www.Molinahealthcare.com y registrarse en MyMolina. Este es el portal para miembros (sitio web) de [Molina Healthcare](#), en el que puede obtener información sobre su estado de [Molina Healthcare](#) en línea.

[Molina Healthcare](#) puede cambiar su PCP si este no acepta pacientes nuevos, ha abandonado la red de [Molina Healthcare](#), no brinda atención a los pacientes de su edad o si hay preocupaciones con respecto a la calidad del PCP que no están resueltas. [Molina Healthcare](#) o su PCP también pueden solicitarle que se cambie a otro PCP si no

puede llevarse bien con su PCP, no está de acuerdo con él o si falta o llega tarde a las citas. Si [Molina Healthcare](#) necesita cambiar su PCP, se lo informará por escrito.

Si se cambia su PCP, recibirá una carta y una nueva tarjeta de identificación de miembro de [Molina Healthcare](#) por correo. Allí tendrá el nombre de su nuevo PCP. Llame a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener una nueva tarjeta de identificación.

Algunos aspectos que debe tener en cuenta al elegir un PCP:

- ¿El PCP atiende niños?
- ¿El PCP trabaja en una clínica a la que me gusta ir?
- ¿El consultorio del PCP está cerca de mi casa, de mi trabajo o de la escuela de mis hijos?
- ¿El consultorio del PCP está cerca de donde vivo y es fácil llegar allí?
- ¿Los médicos y el personal hablan mi idioma?
- ¿El PCP trabaja con un hospital que me gusta?
- ¿El PCP presta los servicios que necesito?
- ¿Los horarios de atención del PCP se adaptan a mis necesidades?
- ¿El PCP trabaja con los especialistas que consulto?

Cita médica inicial (IHA)

[Molina Healthcare](#) recomienda que, como miembro nuevo, visite a su nuevo PCP en un plazo de 120 días para tener una IHA. El propósito de la IHA es ayudar a su PCP a conocer sus necesidades y antecedentes de atención médica. Su PCP puede preguntarle sobre sus antecedentes médicos o puede pedirle que complete un cuestionario. Su PCP también le informará sobre el asesoramiento con respecto a la educación para la salud y sobre clases que puedan ayudarlo.

Cuando llame para programar su IHA, informe a la persona que lo asista que es miembro de [Molina Healthcare](#). Proporcione su número de identificación de [Molina Healthcare](#).

Lleve la tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#) y la tarjeta BIC a su cita. También se le recomienda que lleve a la visita una lista de sus medicamentos y una lista de

preguntas que le hayan surgido. Esté preparado para hablar con el PCP sobre sus necesidades y preocupaciones con respecto a la atención médica.

Asegúrese de llamar al consultorio del PCP si va a llegar tarde o si no puede asistir a la cita.

Si tiene preguntas sobre la IHA, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Atención de rutina

La atención de rutina es la atención médica habitual. Incluye la atención preventiva, que también se denomina “atención de bienestar”. Es la atención que lo ayuda a mantenerse saludable y a evitar enfermedades. La atención preventiva incluye los controles de seguimiento habituales, educación para la salud y asesoramiento.

[Molina Healthcare](#) recomienda que los niños, sobre todo, reciban atención preventiva y de rutina habitual. Los miembros de [Molina Healthcare](#) pueden recibir todos los servicios preventivos tempranos que recomiendan la Academia Americana de Pediatría y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Estos servicios incluyen exámenes de la audición y de la vista, que pueden ayudar a garantizar un desarrollo y un aprendizaje saludables. Para obtener una lista de los servicios recomendados por los pediatras, lea las pautas de “Bright Futures” de la Academia Americana de Pediatría en https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf.

La atención de rutina también incluye la atención cuando se enferma.

[Molina Healthcare](#) cubre la atención de rutina de su PCP.

Su PCP hará lo siguiente:

- Le brindará la mayor parte de la atención de rutina, lo que incluye los controles de seguimiento habituales, inyecciones, tratamientos, recetas y consejos médicos.
- Conservará sus registros médicos personales.
- Lo remitirá (enviará) a un especialista si es necesario.
- Solicitará radiografías, mamografías o análisis de laboratorio si los necesita.

Cuando necesite atención de rutina, deberá llamar a su médico para solicitar una cita. Asegúrese de llamar a su PCP antes de recibir atención médica, a menos que sea una emergencia. En caso de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Para obtener más información sobre la atención médica y los servicios que cubre su plan, así como sobre lo que no tiene cobertura, lea las secciones “Beneficios y servicios” en el capítulo 4 y “Atención de bienestar para niños y jóvenes” en el capítulo 5 de este manual.

Todos los proveedores de [Molina Healthcare](#) pueden usar diferentes aparatos y servicios para comunicarse con las personas con discapacidades. También pueden comunicarse con usted en otro idioma o formato. Informe a su proveedor o a [Molina Healthcare](#) lo que necesita.

Red de proveedores

La red de proveedores de Medi-Cal es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con [Molina Healthcare](#) para prestar los servicios cubiertos por Medi-Cal a los miembros de Medi-Cal.

[Molina Healthcare](#) es un plan de salud de atención administrada. Debe recibir la mayoría de los servicios cubiertos a través de los proveedores de la red de [Molina Healthcare](#). Puede consultar a un proveedor fuera de la red sin una remisión o una aprobación previa para recibir atención de emergencia o servicios de planificación familiar. También puede visitar a un proveedor fuera de la red para recibir atención de urgencia fuera del área cuando se encuentre en un área en la que no prestamos servicios. Debe ser remitido o debe obtener una aprobación previa para todos los demás servicios fuera de la red; de lo contrario, estos no tendrán cobertura.

Nota: Los indígenas americanos pueden elegir un IHCP como su PCP, incluso si el IHCP no se encuentra dentro de la red de [Molina Healthcare](#).

Si su PCP, el hospital u otro proveedor tiene una objeción moral para prestarle un servicio cubierto, como en casos de planificación familiar o aborto, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). Para obtener más información sobre las objeciones morales, lea la sección titulada “Objeción moral” más adelante en este capítulo.

Si su proveedor tiene una objeción moral para prestarle servicios de atención médica cubiertos, puede ayudarlo a encontrar otro proveedor que le preste los servicios que

necesita. [Molina Healthcare](#) también puede ayudarlo a encontrar un proveedor que preste el servicio.

Proveedores dentro de la red

Utilizará proveedores dentro la red de [Molina Healthcare](#) para la mayor parte de sus necesidades de atención médica. Recibirá atención preventiva y de rutina de los proveedores dentro de la red. También utilizará especialistas, hospitales y otros proveedores dentro de la red de [Molina Healthcare](#).

Para obtener un Directorio de proveedores dentro de la red, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). También puede encontrarlo en línea a través de www.MolinaHealthcare.com. Para obtener una copia de la Lista de medicamentos contratados, llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY: 1-800-977-2273) y presione 5 o 711. O visite el sitio web de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Debe obtener la aprobación previa (autorización previa) de [Molina Healthcare](#) antes de acudir a un proveedor fuera de la red de [Molina Healthcare](#), incluso si se encuentra dentro del área de servicio de [Molina Healthcare](#), excepto en los siguientes casos:

- Si necesita atención de emergencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano.
- Si se encuentra fuera del área de servicio de [Molina Healthcare](#) y necesita atención de urgencia, acuda a cualquier centro de atención de urgencia.
- Si necesita servicios de planificación familiar, acuda a cualquier proveedor de Medi-Cal sin una aprobación previa (autorización previa).
- Si necesita servicios de salud mental, acuda a un proveedor dentro de la red o a un proveedor de un plan de salud mental del condado, sin una aprobación previa (autorización previa).

Si no se encuentra en ninguno de los casos que se indicaron anteriormente y no obtiene la aprobación previa (autorización previa) antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar por cualquier atención que reciba de proveedores fuera de la red.

Proveedores fuera de la red que están dentro del área de servicio

Los proveedores fuera de la red son proveedores de atención médica que no tienen un acuerdo para trabajar con [Molina Healthcare](#). Excepto en casos de atención de emergencia, es posible que tenga que pagar por cualquier atención que reciba de proveedores fuera de la red. Si requiere servicios de atención médica que son

necesarios por motivos médicos y no están disponibles en la red, es posible que pueda obtenerlos de un proveedor fuera de la red sin ningún costo para usted.

[Molina Healthcare](#) puede aprobar una remisión a un proveedor fuera de la red si los servicios que necesita no están disponibles dentro de la red o se encuentran muy lejos de su hogar. Si lo remitimos a un proveedor fuera de la red, pagaremos por su atención.

Para recibir atención de urgencia dentro del área de servicio de [Molina Healthcare](#), debe acudir a un proveedor de atención de urgencia dentro de la red de [Molina Healthcare](#). No necesita una aprobación previa (autorización previa) para recibir atención de urgencia de un proveedor dentro de la red. Sí necesita hacerlo para recibir atención de urgencia de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio de [Molina Healthcare](#).

Si recibe atención de urgencia de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio de Molina Healthcare, es posible que deba pagar por esa atención. En este capítulo, puede obtener más información sobre los servicios de atención de emergencia, de atención de urgencia y de atención sensible.

Nota: Si usted es indígena americano, puede recibir atención de un IHCP fuera de nuestra red de proveedores sin ser remitido. Un IHCP fuera de la red también puede remitir a miembros indígenas americanos a un proveedor dentro de la red sin que se requiera primero una remisión de un PCP dentro de la red.

Si necesita ayuda con los servicios fuera de la red, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Fuera del área de servicio

Si se encuentra fuera del área de servicio de [Molina Healthcare](#) y necesita atención que **no** es una emergencia o una urgencia, llame a su PCP de inmediato. O llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Para recibir atención de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana. [Molina Healthcare](#) cubre la atención de emergencia fuera de la red. Si viaja a Canadá o a México y necesita atención de emergencia que requiere hospitalización, [Molina Healthcare](#) cubrirá su atención. Si viaja al extranjero, fuera de Canadá o de México, y necesita atención de emergencia, atención de urgencia o cualquier servicio de atención médica, [Molina Healthcare](#) **no** cubrirá su atención.

Si pagó por recibir atención de emergencia que requirió hospitalización en Canadá o en México, puede solicitarle el reembolso a [Molina Healthcare](#). [Molina Healthcare](#) revisará su solicitud.

Si se encuentra en otro estado o en un territorio de los Estados Unidos, como Samoa Americana, Guam, las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, tiene cobertura para recibir atención de emergencia. No todos los hospitales y médicos aceptan Medicaid. (En California, Medicaid recibe el nombre de Medi-Cal). Si necesita atención de emergencia fuera de California, informe lo antes posible al médico de la sala de emergencias o al hospital que usted tiene Medi-Cal y es miembro de [Molina Healthcare](#).

Pídale al hospital que haga copias de su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#). Pida al hospital y a los médicos que le facturen a [Molina Healthcare](#). Si recibe una factura por los servicios que recibió en otro estado, llame de inmediato a [Molina Healthcare](#). Trabajaremos con el hospital o el médico para coordinar el pago de [Molina Healthcare](#) por su atención.

Si se encuentra fuera de California y tiene una emergencia para la que necesita surtir medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, solicite a la farmacia que llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.

Nota: Es posible que los indígenas americanos reciban servicios de IHCP fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre la atención fuera de la red o fuera del área de servicio, llame al [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD o 711). Si el consultorio está cerrado y necesita la ayuda de un representante, llame a [la Línea de Asesoramiento de Enfermería de Molina Healthcare al 1-888-275-8750 \(en inglés\) o al 1-866-648-3537 \(en español\)](#).

Si necesita atención de urgencia fuera del área de servicio de [Molina Healthcare](#), acuda al centro de atención de urgencia más cercano. Si viaja fuera de los Estados Unidos y necesita atención de urgencia, [Molina Healthcare](#) no cubrirá su atención. Para obtener más información sobre la atención de urgencia, lea la sección titulada “Atención de urgencia” más adelante en este capítulo.

MCP modelo y designado

[Molina Healthcare](#) asigna a los miembros a grupos médicos/asociaciones de médicos independientes (IPA). Los grupos médicos/IPA tienen contratos con [Molina Healthcare](#) y cuentan con una red de proveedores. Los grupos médicos/IPA disponen de un grupo

de médicos, especialistas y otros proveedores de servicios médicos para atender a los miembros de Molina Healthcare. Su médico, junto con el grupo médico/IPA, se ocupa de todas sus necesidades médicas. Esto puede incluir obtener autorización para acudir a médicos especialistas o para recibir servicios médicos, como análisis de laboratorio, radiografías u hospitalizaciones.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener la aprobación o recibir atención fuera de la red o fuera del área de servicio, llame a su grupo médico/IPA al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación, o bien llame a Servicios para Miembros de Molina al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711).

Cómo funciona la atención administrada

[Molina Healthcare](#) es un plan de atención administrada. [Molina Healthcare](#) brinda atención a los miembros que viven o trabajan en los condados de Sacramento, San Diego, Riverside o San Bernardino. En la atención administrada, su PCP, los especialistas, la clínica, el hospital y otros proveedores trabajan juntos para brindarle atención.

[Molina Healthcare](#) tiene contrato con los grupos médicos para brindar atención a los miembros de [Molina Healthcare](#). Un grupo médico está integrado por médicos que son PCP y especialistas. El grupo médico trabaja con otros proveedores, como laboratorios y proveedores de equipo médico duradero. El grupo médico también está relacionado con un hospital. Consulte su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#) para ver los nombres de su PCP, el grupo médico y el hospital.

Cuando se une a [Molina Healthcare](#), usted elige un PCP o se le asigna uno. Su PCP pertenece a un grupo médico. Su PCP y el grupo médico dirigen la atención para todas sus necesidades médicas. Su PCP puede remitirlo a especialistas o solicitar análisis de laboratorio y radiografías. Si necesita servicios que requieren aprobación previa (autorización previa), [Molina Healthcare](#) o su grupo médico revisarán la aprobación previa (autorización previa) y decidirán si aprueban el servicio.

En la mayoría de los casos, usted debe acudir a especialistas y otros profesionales de la salud que trabajen con el mismo grupo médico que su PCP. Excepto en caso de emergencias, también debe recibir atención del hospital que esté relacionado con su grupo médico.

A veces, es posible que necesite un servicio que no esté disponible por parte de un proveedor del grupo médico. En ese caso, su PCP lo remitirá a un proveedor

que pertenezca a otro grupo médico o que esté fuera de la red. El PCP solicitará la aprobación previa (autorización previa) para que usted vaya a este proveedor.

En la mayoría de los casos, debe contar con una autorización previa de su PCP, del grupo médico o de [Molina Healthcare](#) antes de que pueda acudir a un proveedor fuera de la red o a un proveedor que no sea parte de su grupo médico. No necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir servicios de emergencia, de planificación familiar ni de salud mental dentro de la red.

Miembros que tienen Medicare y Medi-Cal

[Tendrá acceso a los proveedores que forman parte de su cobertura de Medicare y a los proveedores que forman parte de su cobertura de Medi-Cal.](#)

Médicos

Usted elegirá a un médico del Directorio de proveedores de [Molina Healthcare](#) como su PCP. El médico que elija debe ser un proveedor dentro de la red. Para obtener una copia del Directorio de proveedores de [Molina Healthcare](#), llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). O encuéntrelo en línea en www.MolinaHealthcare.com.

Si elige un PCP nuevo, también debe llamar al PCP que quiere para asegurarse de que acepta pacientes nuevos.

Si tenía un médico antes de ser miembro de [Molina Healthcare](#) y ese médico no pertenece a la red de [Molina Healthcare](#), podría conservarlo por un tiempo limitado. Esto se denomina “continuidad de la atención”. Puede leer más información sobre la continuidad de la atención en este manual. Para obtener más información, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Si necesita un especialista, su PCP lo remitirá a un especialista dentro de la red de [Molina Healthcare](#). Algunos especialistas no necesitan una remisión. Para obtener más información sobre las remisiones, lea la sección titulada “Remisiones” más adelante en este capítulo.

Recuerde que, si no elige un PCP, [Molina Healthcare](#) elegirá uno por usted, a menos que tenga otra cobertura de salud integral además de Medi-Cal. Como usted conoce sus necesidades de atención médica mejor que nadie, lo mejor es que usted mismo lo elija. Si tiene Medicare y Medi-Cal, o si tiene otro seguro de atención médica, no es necesario que elija un PCP de [Molina Healthcare](#).

Si desea cambiar su PCP, debe elegir uno del Directorio de proveedores de [Molina Healthcare](#). Asegúrese de que el PCP acepte pacientes nuevos. Para cambiar su PCP, llame al [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD o 711). También puede cambiar su PCP después de que se inscriba en MyMolina.

Hospitales

En caso de emergencia, llame al **911** o acuda al hospital más cercano.

Si no se trata de una emergencia y necesita atención hospitalaria, su PCP decidirá a qué hospital debe acudir. Deberá ir a un hospital que utilice su PCP y que se encuentre dentro de la red de proveedores de [Molina Healthcare](#). El Directorio de proveedores enumera los hospitales dentro de la red de [Molina Healthcare](#).

Especialistas en salud de la mujer

Puede consultar a un especialista en salud de la mujer dentro de la red de [Molina Healthcare](#) para recibir la atención cubierta necesaria y los servicios de atención de rutina para las mujeres. No necesita una remisión ni una autorización de su PCP para recibir estos servicios. Si necesita ayuda para encontrar un especialista en salud de la mujer, puede llamar al [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD o 711). También puede llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-888-275-8750 (en inglés) o al 1-866-648-3537 (en español).

Directorio de proveedores

El Directorio de proveedores de [Molina Healthcare](#) enumera los proveedores dentro de la red de [Molina Healthcare](#). La red es el grupo de proveedores que trabajan con [Molina Healthcare](#).

El Directorio de proveedores de [Molina Healthcare](#) enumera los hospitales, los PCP, los especialistas, los enfermeros especializados, los enfermeros parteros, los asistentes médicos, los proveedores de planificación familiar, los FQHC, los proveedores de salud mental para pacientes ambulatorios, los servicios y apoyo a largo plazo administrados (MLTSS), los centros de maternidad independientes (FBC), los IHCP y las RHC.

El Directorio de proveedores incluye los nombres de los proveedores dentro de la red de [Molina Healthcare](#), las especialidades, las direcciones, los números de teléfono, el horario de atención y los idiomas que hablan. También le informa si el proveedor acepta pacientes nuevos. Además, proporciona información sobre la accesibilidad física en el edificio, como el estacionamiento, las rampas, las escaleras con pasamanos y

los baños con puertas anchas y barras de apoyo. Para obtener más información sobre la educación, la capacitación y la certificación de un médico, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Puede encontrar el Directorio de proveedores en línea en www.MolinaHealthcare.com.

Si necesita una copia impresa del Directorio de proveedores, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Puede encontrar una lista de las farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de farmacias de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

También puede encontrar una farmacia cercana si llama a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY: 1-800-977-2273) y presiona 5 o 711.

Acceso oportuno a la atención

Su proveedor dentro de la red debe brindarle un acceso oportuno a la atención conforme a sus necesidades de atención médica. Como mínimo, debe ofrecerle una cita en los plazos que figuran en la tabla a continuación.

| Tipo de cita | Debe poder obtener una cita en el siguiente plazo: |
|--|--|
| Citas de atención de urgencia que no requieren aprobación previa (autorización previa) | 48 horas |
| Citas de atención de urgencia que requieren aprobación previa (autorización previa) | 96 horas |
| Citas de atención primaria que no sean de urgencia (de rutina) | 10 días hábiles |
| Citas de atención con especialistas que no sean de urgencia (de rutina) | 15 días hábiles |
| Citas de atención con un proveedor de salud mental (que no sea un médico) que no sean de urgencia (de rutina) | 10 días hábiles |
| Citas de atención de seguimiento con un proveedor de salud mental (que no sea un médico) que no sean de urgencia (de rutina) | 10 días hábiles a partir de la última cita |

| Tipo de cita | Debe poder obtener una cita en el siguiente plazo: |
|---|--|
| Citas que no sean de urgencia (de rutina) para servicios complementarios (auxiliares) para el diagnóstico o el tratamiento de lesiones, enfermedades u otras afecciones médicas | 15 días hábiles |

| Otros estándares de tiempos de espera | Lo deben atender en el siguiente plazo: |
|---|---|
| Tiempo de espera telefónica del Servicio para Miembros en el horario de atención habitual | 10 minutos |
| Tiempo de espera telefónica para la Línea de Asesoramiento de Enfermería | 30 minutos (para que enfermería lo atienda) |

A veces, no es un problema esperar más tiempo para una cita. Es posible que su proveedor lo haga esperar más tiempo si no es perjudicial para su salud. En ese caso, debe estar registrado en su expediente que un tiempo de espera más largo no será perjudicial para su salud. Además, si prefiere esperar a una cita posterior que se adapte mejor a sus necesidades o acudir a otro proveedor de su elección, su proveedor o [Molina Healthcare](#) respetarán su deseo.

Los estándares para la disponibilidad de citas no se aplican a la atención preventiva. Su médico puede recomendar un programa específico de servicios preventivos según sus necesidades. Los estándares específicos indicados anteriormente tampoco se aplican a la atención periódica de seguimiento de las afecciones continuas ni a las remisiones permanentes a especialistas.

Avísenos si necesita servicios de interpretación cuando llama a [Molina Healthcare](#) o cuando recibe servicios cubiertos. Los servicios de interpretación, incluida la lengua de señas, están disponibles sin ningún costo para usted. Recomendamos encarecidamente que no se utilice a menores ni a familiares como intérpretes. Para obtener más información sobre los servicios de interpretación que ofrecemos, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621).

Si necesita servicios de interpretación, incluida la lengua de señas, en una farmacia de Medi-Cal Rx, llame al Servicio de Atención al Cliente de Medi-Cal Rx al

1-800-977-2273, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Tiempo de traslado o distancia para obtener atención

[Molina Healthcare](#) debe cumplir con los estándares de tiempo de traslado o de distancia para su atención. Estos estándares ayudan a garantizar que usted pueda recibir atención sin tener que trasladarse demasiado lejos de donde vive. Los estándares de tiempo de traslado o de distancia varían según el condado en el que vive.

Si [Molina Healthcare](#) no puede brindarle atención dentro de estos estándares de tiempo o de distancia, el DHCS podría permitir otro estándar, llamado “estándar de acceso alternativo”. Para conocer los estándares de tiempo o de distancia de [Molina Healthcare](#) en el lugar donde vive, visite www.MolinaHealthcare.com. O llame al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711).

Si necesita recibir atención de un proveedor que se encuentra lejos de donde vive, llame a Servicios para Miembros al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711). Le ofrecerán ayuda para buscar atención de un proveedor más cercano. Si [Molina Healthcare](#) no puede encontrar atención para usted de un proveedor más cercano, puede solicitarle a [Molina Healthcare](#) que coordine el transporte para ir a su proveedor, incluso si ese proveedor se encuentra lejos de donde vive.

Si necesita ayuda con los proveedores de farmacia, llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY: 1-800-977-2273) y presione 5 o 711.

Se considera lejos si no puede llegar a ese proveedor dentro de los estándares de tiempo de traslado o de distancia de [Molina Healthcare](#) en su condado, independientemente de cualquier estándar de acceso alternativo que [Molina Healthcare](#) pueda usar para su código postal.

Citas

Cuando necesite recibir atención médica:

- Llame a su PCP.
- Tenga a mano su número de identificación de [Molina Healthcare](#) durante la llamada.

- Si el consultorio está cerrado, deje un mensaje con su nombre y número de teléfono.
- Lleve su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#) y la tarjeta BIC a la cita.
- Solicite transporte a Molina Healthcare para acudir a su cita, si es necesario.
- Antes de la cita, solicite la asistencia de idioma o los servicios de interpretación que necesite.
- Asista a tiempo a su cita, llegue unos minutos antes para inscribirse, complete los formularios y responda las preguntas de su PCP.
- Llame de inmediato si no puede asistir a su cita o si llegará tarde.
- Tenga preparadas sus preguntas y la información sobre los medicamentos.

Si tiene una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana. Si necesita ayuda para decidir qué tan urgente debe recibir atención y su PCP no está disponible para hablar con usted, llame a la Línea de Asesoramiento de Enfermería.

Cómo llegar a su cita

Si no tiene forma de trasladarse a las citas para recibir servicios cubiertos, [Molina Healthcare](#) puede coordinar el transporte por usted. En función de su situación, puede calificar para obtener transporte médico o no médico. Estos servicios de transporte no son para emergencias y pueden estar disponibles sin ningún costo para usted.

Si tiene una emergencia, llame al **911**. El transporte está disponible para los servicios y las citas que no estén relacionados con la atención de emergencia. Es posible que esté disponible sin ningún costo para usted.

Para obtener más información, lea más adelante la sección titulada “Beneficios de transporte para situaciones que no sean emergencias”.

Cómo cancelar y reprogramar

Si no puede asistir a su cita, llame de inmediato al consultorio de su proveedor. La mayoría de los médicos le exigen que llame 24 horas (1 día hábil) antes de su cita si tiene que cancelarla. Si no asiste a varias citas de forma reiterada, es posible que su médico deje de brindarle atención y usted deba buscar un nuevo médico.

Pago

Usted **no** debe pagar por los servicios cubiertos a menos que le corresponda una parte del costo de la atención a largo plazo. Para obtener más información, lea la sección “Para miembros con atención a largo plazo y costos compartidos” en el capítulo 2. En la mayoría de los casos, no recibirá facturas de los proveedores. Para que su proveedor sepa a quién debe facturarle, deberá mostrar su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#) y su tarjeta BIC de Medi-Cal cuando reciba servicios de atención médica o surta recetas. Es posible que reciba una explicación de beneficios (EOB) o un estado de cuenta de un proveedor. Las EOB y los estados de cuenta no son facturas.

Si recibe una factura, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). Si recibe una factura por recetas, llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY: 1-800-977-2273) y presione 5 o 711. O visite el sitio web de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Informe a [Molina Healthcare](#) el monto que se le está cobrando, la fecha del servicio y el motivo de la factura. No debe pagarles a los proveedores ningún monto que adeude [Molina Healthcare](#) por un servicio cubierto. Debe obtener la aprobación previa (autorización previa) de [Molina Healthcare](#) antes de visitar a un proveedor fuera de la red, excepto en los siguientes casos:

- Necesita servicios de emergencia; en tal caso, llame al 911 o acuda al hospital más cercano.
- Necesita servicios de planificación familiar o servicios relacionados con las pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual; en tal caso, puede acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal sin aprobación previa (autorización previa).
- Necesita servicios de salud mental; en tal caso, puede acudir a un proveedor dentro de la red o a un proveedor del plan de salud mental del condado sin aprobación previa (autorización previa).

Si recibe atención de un proveedor fuera de la red sin haber obtenido la aprobación previa (autorización previa) de [Molina Healthcare](#), es posible que deba pagar por la atención que recibió. Si debe recibir atención necesaria por motivos médicos de parte de un proveedor fuera de la red debido a que no está disponible en la red de [Molina Healthcare](#), no deberá pagar siempre que la atención sea un servicio cubierto por Medi-Cal y haya recibido una aprobación previa (autorización previa) de [Molina Healthcare](#) para ello. Para obtener más información sobre la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios sensibles, consulte las respectivas secciones de este capítulo.

Si recibe una factura o se le pide que realice un copago que considera que no debe pagar, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). Si paga la factura, puede presentar un formulario de reclamaciones ante [Molina Healthcare](#). Deberá informarle a [Molina Healthcare](#) por escrito el motivo por el que tuvo que pagar por el artículo o el servicio. [Molina Healthcare](#) leerá su reclamación y decidirá si puede recibir un reembolso.

Si tiene preguntas o si desea solicitar un formulario de reclamaciones, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Si recibe servicios del sistema de Asuntos de Veteranos o servicios que no tienen cobertura o no están autorizados fuera de California, es posible que usted sea responsable del pago.

[Molina Healthcare](#) no le devolverá el dinero en los siguientes casos:

- Medi-Cal no cubre los servicios, como los servicios estéticos.
- No alcanzó el costo compartido de Medi-Cal.
- Acudió a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario en el que se indicaba que quería que lo atendieran de todas formas y que usted mismo pagaría por los servicios.
- Solicitó el reembolso de los copagos para recetas cubiertas por su plan Medicare Part D.

Remisiones

Si necesita un especialista para su atención, su PCP u otro especialista lo remitirán a uno. Un especialista es un proveedor que se centra en un tipo específico de servicio de atención médica. Junto con el médico que lo remita, elegirán un especialista. Para asegurarse de que pueda ir a un especialista de forma oportuna, el DHCS establece plazos para que los miembros puedan obtener citas. Estos plazos se indican en la sección titulada “Acceso oportuno a la atención” de este manual. El consultorio del PCP puede ayudarlo a programar una cita con un especialista.

Otros servicios que podrían necesitar una remisión incluyen procedimientos en el consultorio, radiografías y análisis de laboratorio.

Su PCP podría proporcionarle un formulario para que lo lleve al especialista. El especialista completará el formulario y se lo enviará al PCP. El especialista lo atenderá durante el tiempo que considere que necesita tratamiento. Los servicios especializados

se deben brindar a través de médicos que pertenezcan a la red de Molina o al grupo médico/IPA. Si no se dispone de un especialista dentro de la red, lo ayudaremos a encontrar un proveedor que cubra sus necesidades.

Si tiene un problema de salud que requiere atención médica especial a largo plazo, es posible que necesite una remisión permanente. Esto significa que puede ir al mismo especialista más de una vez sin obtener una remisión cada vez que vaya.

Si tiene problemas para obtener una remisión permanente o desea una copia de la política de remisiones de [Molina Healthcare](#), llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

No necesita una remisión para lo siguiente:

- Visitas a su PCP.
- Visitas de obstetricia/ginecología (OB/GYN).
- Visitas de atención urgente o de emergencia.
- Servicios sensibles para adultos, como atención por agresión sexual.
- Servicios de planificación familiar (para obtener más información, llame al Servicio de Información y Remisiones de la Oficina de Planificación Familiar al 1-800-942-1054).
- Pruebas y asesoramiento sobre el VIH (mayores de 12 años).
- Servicios para infecciones de transmisión sexual (mayores de 12 años).
- Servicios quiroprácticos (es posible que necesite una remisión cuando lo brinden los FQHC, las RHC y los IHCP fuera de la red, y cuando sean más de dos visitas por mes).
- Evaluación inicial de salud mental.
- Visitas al consultorio de proveedores especializados participantes dentro de la red.

Los menores de edad también pueden recibir determinados servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios sensibles y servicios para trastornos por consumo de sustancias sin el consentimiento de los padres. Para obtener más información, lea la sección “Servicios para los que un menor de edad puede dar su consentimiento” de este capítulo y la sección “Servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias” en el capítulo 4 de este manual.

Remisiones en virtud de la Ley de Equidad para la Atención del Cáncer en California

El tratamiento eficaz de los casos de cáncer complejos depende de muchos factores; entre ellos, obtener el diagnóstico adecuado y recibir tratamiento de forma oportuna

de los especialistas en cáncer. Si se le diagnostica un cáncer complejo, la nueva Ley de Equidad para la Atención del Cáncer en California le permite solicitar una remisión de su médico para recibir tratamiento contra el cáncer en un centro oncológico dentro de la red designado por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), en un sitio afiliado a un Programa Comunitario de Investigación Oncológica del NCI (NCORP) o en un centro oncológico académico que califique.

Si [Molina Healthcare](#) no tiene un centro oncológico dentro de la red designado por el NCI, [Molina Healthcare](#) le permitirá solicitar una remisión para recibir tratamiento contra el cáncer en uno de estos centros fuera de la red en California, si uno de los centros fuera de la red y [Molina Healthcare](#) acuerdan el pago, a menos que usted elija otro proveedor de tratamiento contra el cáncer.

Si se le diagnosticó cáncer, comuníquese con [Molina Healthcare](#) para saber si califica para recibir los servicios de uno de estos centros oncológicos.

¿Listo para dejar de fumar? Para obtener información sobre los servicios en inglés, llame al 1-800-300-8086. Para obtenerla en español, llame al 1-800-600-8191.

Si desea obtener más información, visite www.kickitca.org.

Aprobación previa (autorización previa)

Para algunos tipos de atención, su PCP o el especialista deberán pedir autorización a [Molina Healthcare](#) antes de prestar la atención. Esto se denomina “solicitar una aprobación previa o una autorización previa”. En este proceso, [Molina Healthcare](#) debe asegurarse de que la atención sea necesaria (requerida) por motivos médicos.

Los servicios necesarios por motivos médicos son razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme o tenga una discapacidad en forma grave, o reducir el dolor intenso a causa de una enfermedad, un padecimiento o una lesión diagnosticados. Para los miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen la atención que es necesaria por motivos médicos para tratar o ayudar a aliviar una afección o enfermedad física o mental.

Los siguientes servicios siempre necesitan una aprobación previa (autorización previa), incluso si los recibe de un proveedor dentro de la red de [Molina Healthcare](#):

- Hospitalización, si no se trata de una emergencia.
- Servicios fuera del área de servicio de [Molina Healthcare](#), si no se trata de una atención de emergencia o de urgencia.
- Cirugía ambulatoria.
- Servicios de atención a largo plazo o de enfermería especializada en un centro de convalecencia.
- Tratamientos especializados, diagnósticos por imágenes, pruebas y procedimientos.
- Servicios de transporte médico cuando no se trata de una emergencia.
- Servicios de apoyo comunitario.

Los servicios de ambulancia de emergencia no requieren aprobación previa (autorización previa).

Según la sección 1367.01(h)(1) del Código de Salud y Seguridad, [Molina Healthcare](#) tiene 5 días hábiles a partir de la fecha en la que [Molina Healthcare](#) recibe la información razonablemente necesaria para tomar una decisión (aprobar o denegar) con respecto a las solicitudes de aprobación previa (autorización previa). En el caso de las solicitudes que realice un proveedor, o cuando [Molina Healthcare](#) considere que seguir el plazo estándar podría poner gravemente en peligro su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar el desempeño óptimo de una función, [Molina Healthcare](#) tomará una decisión acelerada (rápida) con respecto a la aprobación previa (autorización previa).

[Molina Healthcare](#) le avisará tan pronto como su afección médica lo requiera y en un plazo máximo de 72 horas después de haber recibido la solicitud de los servicios.

La revisión de las solicitudes de aprobación previa (autorización previa) está a cargo de personal clínico o médico, como médicos, enfermeros y farmacéuticos.

[Molina Healthcare](#) no influye en la decisión de los revisores para denegar o aprobar la cobertura o los servicios de ninguna manera. Si [Molina Healthcare](#) no aprueba la solicitud, le enviará una carta de “Aviso de acción” (NOA). El NOA le indicará cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión.

[Molina Healthcare](#) se comunicará con usted si necesita más información o más tiempo para revisar su solicitud.

No se requiere nunca una aprobación previa (autorización previa) para recibir atención de emergencia, incluso si está fuera de la red o fuera del área de servicio. Esto incluye el trabajo de parto y alumbramiento si está embarazada. Tampoco necesita aprobación

previa (autorización previa) para determinados servicios de atención sensible. Para obtener más información sobre los servicios de atención sensible, lea la sección titulada “Atención sensible” más adelante en este capítulo.

Si tiene preguntas sobre la aprobación previa (autorización previa), llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Segundas opiniones

Es posible que necesite una segunda opinión sobre la atención que su proveedor indica que necesita o sobre su diagnóstico o plan de tratamiento. Por ejemplo, es posible que desee obtener una segunda opinión si quiere asegurarse de que su diagnóstico es correcto, si no está seguro de si necesita un tratamiento o una cirugía indicados, o si intentó seguir un plan de tratamiento y no funcionó.

Si desea obtener una segunda opinión, lo remitiremos a un proveedor calificado dentro de la red que pueda proporcionársela. Para obtener ayuda para elegir un proveedor, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

[Molina Healthcare](#) pagará por una segunda opinión si usted o su proveedor dentro de la red la solicitan, y si obtiene la segunda opinión de un proveedor dentro de la red. No necesita la aprobación previa (autorización previa) de [Molina Healthcare](#) para obtener una segunda opinión de un proveedor dentro de la red. Su proveedor dentro de la red puede ayudarlo a obtener una remisión para una segunda opinión si la necesita.

Si no hay un proveedor dentro de la red de [Molina Healthcare](#) que pueda darle una segunda opinión, [Molina Healthcare](#) pagará por una segunda opinión de un proveedor fuera de la red. [Molina Healthcare](#) le informará en un plazo de 5 días hábiles si se aprueba el proveedor fuera de la red que eligió para obtener una segunda opinión. Si tiene una enfermedad crónica, grave o muy grave, o si presenta una amenaza inmediata y grave para la salud, lo que incluye, entre otros, la pérdida de la vida, de una extremidad, de una parte importante del cuerpo o de las funciones físicas, [Molina Healthcare](#) le informará por escrito en un plazo de 72 horas.

Si [Molina Healthcare](#) deniega su solicitud de una segunda opinión, puede presentar una queja. Para obtener más información sobre las quejas, lea la sección titulada “Reclamos” en el capítulo 6 de este manual.

Atención sensible

Servicios para los que un menor de edad puede dar su consentimiento

Si es menor de 18 años, puede recibir algunos servicios sin el permiso de su padre, de su madre o de su tutor legal. Estos servicios se denominan “servicios para los que un menor de edad puede dar su consentimiento”.

Puede recibir estos servicios sin la autorización de su padre, de su madre o de su tutor legal:

- Servicios por agresión sexual, lo que incluye atención de salud mental para pacientes ambulatorios.
- Embarazo.
- Planificación familiar y control de la natalidad.
- Servicios de aborto.

Si tiene más de 12 años, también puede recibir estos servicios sin la autorización de su padre, de su madre o de su tutor legal:

- Atención de salud mental para pacientes ambulatorios, en los siguientes casos:
 - Agresión sexual.
 - Incesto.
 - Agresión física.
 - Maltrato infantil.
 - Cuando piensa en herirse o herir a otras personas.
- Prevención, pruebas y tratamiento del VIH/SIDA.
- Prevención, pruebas y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.
- Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.
 - Para obtener más información, lea la sección titulada “Servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias” en el capítulo 4 de este manual.

Para las pruebas de embarazo, los servicios de planificación familiar, los servicios de control de la natalidad o los servicios para infecciones de transmisión sexual, no es necesario que el médico o la clínica se encuentren dentro de la red de [Molina Healthcare](#). Puede elegir cualquier proveedor de Medi-Cal y acudir a ellos para recibir estos servicios sin una remisión ni una aprobación previa (autorización previa).

Para los servicios para los que un menor de edad puede dar su consentimiento y no sean servicios de salud mental especializados, puede acudir a un proveedor dentro de la red sin una remisión ni una aprobación previa (autorización previa). No es necesario que su PCP lo remita ni que usted obtenga la aprobación previa (autorización previa) de [Molina Healthcare](#) para recibir los servicios cubiertos para los que un menor de edad puede dar su consentimiento.

Los servicios para los que un menor de edad puede dar su consentimiento y son servicios de salud mental especializados no tienen cobertura. Los servicios de salud mental especializados están cubiertos por el plan de salud mental del condado en el que vive.

Los menores de edad pueden hablar con un representante en privado sobre sus preocupaciones con respecto a la salud llamando a la Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-888-275-8750 (en inglés) o al 1-866-648-3537 (en español).

[Molina Healthcare](#) no enviará información sobre la prestación de servicios sensibles a los padres ni a los tutores legales. Para obtener más información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con los servicios sensibles, lea la sección “Aviso de prácticas de privacidad” en el capítulo 7 de este manual.

Servicios de atención sensible para adultos

Como adulto mayor de 18 años, es posible que no desee acudir a su PCP para recibir ciertos servicios de atención sensible o privada. Puede elegir cualquier médico o clínica para estos tipos de atención:

- Planificación familiar y control de la natalidad, lo que incluye esterilización para adultos mayores de 21 años.
- Prueba de embarazo y asesoramiento.
- Prevención y pruebas del VIH/SIDA.
- Prevención, pruebas y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.
- Atención por agresión sexual.
- Servicios de aborto para pacientes ambulatorios.

Para recibir atención sensible, no es necesario que el médico o la clínica se encuentren dentro de la red de [Molina Healthcare](#). Puede optar por acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal para obtener estos servicios sin una remisión ni una aprobación previa (autorización previa) de [Molina Healthcare](#). Si recibió una atención que no se indica

aquí como atención sensible de un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar por ella.

Si necesita ayuda para encontrar un médico o una clínica para estos servicios, o para acceder a estos servicios (incluido el transporte), llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). O llame a la Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-888-275-8750 (en inglés) o al 1-866-648-3537 (en español).

[Molina Healthcare](#) no divulgará información médica relacionada con los servicios sensibles a ningún otro miembro sin una autorización por escrito de usted, el miembro que recibe la atención. Para obtener más información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con los servicios sensibles, lea la sección “Aviso de prácticas de privacidad” en el capítulo 7.

Objeción moral

Algunos proveedores tienen objeciones morales para algunos servicios cubiertos. Tienen derecho a **no** ofrecer algunos servicios cubiertos si no están de acuerdo moralmente con ellos. Si su proveedor tiene una objeción moral, lo ayudará a buscar otro proveedor para los servicios que necesita. [Molina Healthcare](#) también puede ayudarlo a encontrar un proveedor.

Algunos hospitales y proveedores no brindan uno o más de estos servicios, incluso si están cubiertos por Medi-Cal:

- Planificación familiar.
- Servicios anticonceptivos, lo que incluye anticonceptivos de emergencia.
- Esterilización, lo que incluye la ligadura de las trompas en el trabajo de parto y alumbramiento.
- Tratamientos contra la infertilidad.
- Aborto.

Para asegurarse de elegir un proveedor que le pueda brindar la atención que usted y su familia necesitan, llame al médico, al grupo médico, a la asociación de práctica independiente o a la clínica que desee. O llame a [Molina Healthcare](#) al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). Pregunte si el proveedor puede brindar y si, de hecho, le brindará los servicios que necesita.

Estos servicios están a su disposición. [Molina Healthcare](#) se asegurará de que usted y sus familiares puedan utilizar proveedores (médicos, hospitales, clínicas) que les

brinden la atención que necesiten. Si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a [Molina Healthcare](#) al [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD o 711).

Atención de urgencia

La atención de urgencia **no** es para una afección de emergencia o potencialmente mortal. Es para los servicios que necesita para prevenir un daño grave a su salud a causa de una enfermedad o una lesión repentinamente o una complicación de una afección que ya tiene. La mayoría de las citas de atención de urgencia no necesitan aprobación previa (autorización previa). Si solicita una cita para atención de urgencia, recibirá una en un plazo de 48 horas. Si los servicios de atención de urgencia que necesita requieren una aprobación previa (autorización previa), recibirá una cita en el plazo de 96 horas a partir de que la solicite.

Para recibir atención de urgencia, llame a su PCP. Si no puede comunicarse con su PCP, llame al [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD o 711). O bien, puede llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería al [1-888-275-8750](#) (en inglés) o al [1-866-648-3537](#) (en español) para obtener información sobre el nivel de atención más adecuado para usted.

[Los miembros pueden llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería al 1-888-275-8750 \(TTY: 711\) en cualquier momento en el que experimenten síntomas o necesiten información sobre atención médica. Los enfermeros registrados están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para evaluar sus síntomas y ayudarlo a tomar buenas decisiones con respecto a la atención médica.](#)

[Estos enfermeros registrados no realizan diagnósticos, sino que evalúan los síntomas y orientan al paciente sobre el nivel de atención más adecuado según ciertos algoritmos especialmente diseñados \(indicaciones de tratamiento\) que se utilizan exclusivamente en la Línea de Asesoramiento de Enfermería. La Línea de Asesoramiento de Enfermería puede remitirlo a su PCP, a un especialista, al 911 o a la sala de emergencias. Al educar a los pacientes y orientarlos con respecto a los próximos pasos en la atención, se pueden reducir los costos y la utilización incorrecta del sistema de atención médica.](#)

Si necesita atención de urgencia fuera del área, acuda al centro de atención de urgencia más cercano.

Las necesidades de atención de urgencia podrían ser las siguientes:

- Resfriado.

- Dolor de garganta.
- Fiebre.
- Dolor de oído.
- Desgarro muscular.
- Servicios de maternidad.

Debe recibir servicios de atención de urgencia de un proveedor dentro de la red cuando se encuentre dentro del área de servicio de [Molina Healthcare](#). No necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir atención de urgencia de proveedores dentro de la red cuando se encuentre dentro del área de servicio de [Molina Healthcare](#). Si se encuentra fuera del área de servicio de [Molina Healthcare](#), pero dentro de los Estados Unidos, no necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir esta atención.

Acuda al centro de atención de urgencia más cercano. Medi-Cal no cubre los servicios de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Si viaja fuera de los Estados Unidos y necesita atención de urgencia, no cubriremos su atención.

Si necesita atención de urgencia para la salud mental, llame al plan de salud mental de su condado o a Servicios para Miembros al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). Llame al plan de salud mental de su condado o a la Organización de Salud del Comportamiento de [Molina Healthcare](#) en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para encontrar en línea los números de teléfono gratuitos de todos los condados, visite: <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx>.

Si recibe medicamentos como parte de su visita cubierta de atención de urgencia, Molina Healthcare los cubrirá como parte de su visita cubierta. Si su proveedor de atención de urgencia le brinda una receta para llevar a una farmacia, Medi-Cal Rx decidirá si tiene cobertura. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, lea “Medicamentos recetados cubiertos por Medi-Cal Rx” en la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal” del capítulo 4.

Atención de emergencia

Para recibir atención de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias (ER) más cercana. Para la atención de emergencia, **no** necesita la aprobación previa (autorización previa) de [Molina Healthcare](#).

En los Estados Unidos, lo que incluye cualquier territorio de los Estados Unidos, tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otro centro para recibir atención de emergencia.

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos, solo se cubre la atención de emergencia que requiere hospitalización en Canadá y en México. La atención de emergencia y otros tipos de atención en otros países no tienen cobertura.

La atención de emergencia es para las afecciones médicas potencialmente mortales. Esta atención está dirigida a una enfermedad o una lesión que una persona (no un profesional de atención médica) prudente (razonable) con un conocimiento promedio de salud y medicina pudiera esperar que, si usted no recibe atención de inmediato, pondría gravemente en riesgo su salud (o la salud de su bebé en gestación). Esto incluye el riesgo de daño grave a sus funciones físicas, los órganos o las partes del cuerpo. Algunos ejemplos pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- Trabajo de parto activo.
- Fracturas.
- Dolor intenso.
- Dolor en el pecho.
- Dificultad para respirar.
- Quemadura grave.
- Sobredosis de drogas.
- Desmayos.
- Sangrado intenso.
- Afecciones psiquiátricas de emergencia, como depresión grave o pensamientos suicidas (los planes de salud mental del condado podrían cubrir estas afecciones).

No acuda a la sala de emergencias para recibir atención de rutina o atención que no sea necesaria de inmediato. Debe recibir la atención de rutina de su PCP, quien lo conoce mejor. Si no está seguro de si su afección médica es una emergencia, llame a su PCP. También puede llamar a la [Línea de Asesoramiento de Enfermería](#) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-888-275-8750 (en inglés) o al 1-866-648-3537 (en español).

Si necesita atención de emergencia fuera de su hogar, acuda a la sala de emergencias más cercana, incluso si no se encuentra dentro de la red de [Molina Healthcare](#). Si va a una sala de emergencias, pídale que llamen a [Molina Healthcare](#). Usted o el hospital que lo ingrese deben llamar a [Molina Healthcare](#) en un plazo de 24 horas después de que haya recibido atención de emergencia. Si viaja fuera de los Estados Unidos,

a un país que no sea Canadá o México, y necesita atención de emergencia, [Molina Healthcare](#) **no** cubrirá su atención.

Si necesita un transporte de emergencia, llame al **911**. No necesita preguntarle a su PCP ni a [Molina Healthcare](#) antes de acudir a la sala de emergencias.

Si necesita atención en un hospital fuera de la red después de la emergencia (atención posterior a la estabilización), el hospital llamará a [Molina Healthcare](#).

Recuerde: No llame al **911** a menos que sea una emergencia. Obtenga atención de emergencia solo para casos de emergencia, no para la atención de rutina ni para una enfermedad leve, como resfriado o dolor de garganta. Si se trata de una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana.

La Línea de Asesoramiento de Enfermería de [Molina Healthcare](#) le brinda información médica y asesoramiento gratuitos las 24 horas del día, todos los días del año. Llame al [1-888-275-8750](tel:1-888-275-8750) (TTY/TDD o 711).

Línea de Asesoramiento de Enfermería

La Línea de Asesoramiento de Enfermería de [Molina Healthcare](#) puede brindarle información médica y asesoramiento gratuitos las 24 horas del día, todos los días del año. Llame al [1-888-275-8750](tel:1-888-275-8750) (en inglés) o al 1-866-648-3537 (en español) (TTY/TDD o 711) para lo siguiente:

- Hablar con un enfermero para que le responda preguntas médicas, le brinde asesoramiento sobre atención médica y lo ayude a decidir si debe consultar a un proveedor de inmediato.
- Obtener ayuda con diversas afecciones médicas, como la diabetes o el asma, lo que incluye asesoramiento sobre el tipo de proveedor que puede ser apropiado para su afección.

La Línea de Asesoramiento de Enfermería **no** puede ayudar con las citas en la clínica ni con el resurtido de medicamentos. Llame al consultorio de su proveedor si necesita ayuda con estos asuntos.

[Los miembros pueden llamar al 1-888-275-8750 \(TTY: 711\) en cualquier momento en el que experimenten síntomas o necesiten información sobre atención médica. Los](tel:1-888-275-8750)

enfermeros registrados están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para evaluar sus síntomas y ayudarlo a tomar buenas decisiones con respecto a la atención médica.

Estos enfermeros registrados no realizan diagnósticos, sino que evalúan los síntomas y orientan al paciente sobre el nivel de atención más adecuado según ciertos algoritmos especialmente diseñados (indicaciones de tratamiento) que se utilizan exclusivamente en la Línea de Asesoramiento de Enfermería. La Línea de Asesoramiento de Enfermería puede remitirlo a su PCP, a un especialista, al 911 o a la sala de emergencias. Al educar a los pacientes y orientarlos con respecto a los próximos pasos en la atención, se pueden reducir los costos y la utilización incorrecta del sistema de atención médica.

Directivas anticipadas

Una directiva anticipada de salud es un formulario legal. Puede indicar en el formulario la atención médica que desea recibir en caso de que no pueda hablar ni tomar decisiones más adelante. También puede indicar la atención que **no** desea recibir. Puede asignar a una persona, como un cónyuge, para que tome decisiones con respecto a su atención médica si usted no puede hacerlo.

Puede obtener un formulario de directivas anticipadas en las farmacias, los hospitales, los estudios jurídicos y los consultorios médicos. Es posible que deba pagar para obtener el formulario. También puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. Puede pedirle a su familia, a su PCP o a una persona en la que confíe que lo ayude a completar el formulario.

Usted tiene derecho a pedir que se incluya su directiva anticipada en su historia clínica. También tiene derecho a cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.

Tiene derecho a saber los cambios en las leyes de las directivas anticipadas.

[Molina Healthcare](#) le informará sobre los cambios en la ley estatal en un plazo máximo de 90 días después del cambio.

Para obtener más información, puede llamar a [Molina Healthcare](#) al 1-888-665-4621.

Donación de órganos y de tejidos

Puede ayudar a salvar vidas al convertirse en un donante de órganos o de tejidos. Si tiene entre 15 y 18 años, puede ser donante con el consentimiento por escrito de su padre, de su madre o de su tutor legal. Puede cambiar de opinión sobre la donación de órganos en cualquier momento. Si desea obtener más información sobre la donación de órganos o de tejidos, hable con su PCP. También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en www.organdonor.gov.

4. Beneficios y servicios

Lo que cubre su plan de salud

En este capítulo, se explican sus servicios cubiertos como miembro de [Molina Healthcare](#). Sus servicios cubiertos son gratuitos siempre que sean necesarios por motivos médicos y los brinde un proveedor dentro de la red. Debe solicitarnos una aprobación previa (autorización previa) si la atención se brinda fuera de la red, excepto en el caso de determinados servicios sensibles y de la atención de emergencia. Su plan de salud podría cubrir los servicios necesarios por motivos médicos provistos por un proveedor fuera de la red, pero usted debe solicitarle a [Molina Healthcare](#) la aprobación previa (autorización previa) para esto.

Los servicios necesarios por motivos médicos son razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme o tenga una discapacidad en forma grave, o reducir el dolor intenso a causa de una enfermedad, un padecimiento o una lesión diagnosticados. Para los miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen la atención que es necesaria por motivos médicos para tratar o ayudar a aliviar una afección o enfermedad física o mental. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Los miembros menores de 21 años obtienen beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, lea la sección “Atención de bienestar para niños y jóvenes” en el capítulo 5.

Algunos de los beneficios de salud básicos que ofrece [Molina Healthcare](#) se indican a continuación. Los beneficios con una estrella (*) necesitan aprobación previa (autorización previa).

4 | Beneficios y servicios

- Acupuntura*
- Terapias y servicios agudos (tratamiento a corto plazo) de atención médica en el hogar
- Vacunación para adultos (inyecciones)
- Pruebas de alergia e inyecciones
- Servicios de ambulancia para una emergencia
- Servicios de anestesistas
- Prevención del asma
- Audiología*
- Tratamientos de salud del comportamiento*
- Pruebas de biomarcadores
- Rehabilitación cardíaca
- Servicios quiroprácticos*
- Quimioterapia y radioterapia
- Evaluaciones de salud cognitiva
- Servicios de trabajadores de la salud comunitarios
- Servicios dentales limitados (realizados por un profesional médico/PCP en un consultorio médico)
- Servicios de diálisis/hemodiálisis
- Servicios de doula
- Equipo médico duradero (DME)*
- Servicios diádicos
- Visitas a la sala de emergencias
- Nutrición enteral y parenteral*
- Visitas al consultorio y asesoramiento para planificación familiar (puede visitar un proveedor no participante)
- Servicios y dispositivos para la recuperación de habilidades*
- Audífonos
- Atención médica en el hogar*
- Cuidados para pacientes terminales*
- Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados*
- Laboratorio y radiología*
- Terapias y servicios de atención médica en el hogar a largo plazo*
- Atención de maternidad y del recién nacido
- Trasplante de un órgano principal*
- Terapia ocupacional*
- Ortótica/prótesis*
- Suministros urológicos y de ostomía
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Cirugía ambulatoria*
- Cuidados paliativos*
- Visitas a su PCP
- Servicios pediátricos
- Fisioterapia*
- Servicios de podología*
- Rehabilitación pulmonar
- Secuenciación rápida del genoma completo
- Servicios y dispositivos de rehabilitación*
- Servicios de enfermería especializada
- Visitas a especialistas
- Terapia del habla*
- Servicios quirúrgicos
- Telemedicina/telesalud
- Servicios para personas transgénero*
- Atención de urgencia
- Servicios de la vista*
- Servicios de salud para mujeres

Las definiciones y las descripciones de los servicios cubiertos se encuentran en la sección “Número importantes y palabras que debe saber”, en el capítulo 8.

Los servicios necesarios por motivos médicos son razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme o tenga una discapacidad en forma grave, o reducir el dolor intenso a causa de una enfermedad, un padecimiento o una lesión diagnosticados.

Los servicios necesarios por motivos médicos incluyen los que se requieren para el crecimiento y el desarrollo apropiados para la edad, o para lograr, mantener o recuperar la capacidad funcional.

Para los miembros menores de 21 años, un servicio es necesario por motivos médicos si se requiere para corregir o mejorar defectos y enfermedades o afecciones físicas y mentales de acuerdo con el beneficio federal de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT). Esto incluye la atención que es necesaria para sanar o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental, o para estabilizar la afección del miembro y evitar que empeore.

Los servicios necesarios por motivos médicos no incluyen lo siguiente:

- **Tratamientos que no se probaron o que aún se están evaluando.**
- **Servicios o artículos que generalmente no se aceptan como efectivos.**
- **Servicios que se encuentran fuera del plan y de la duración normal del tratamiento, o servicios que no tienen pautas clínicas.**
- **Servicios para la conveniencia del cuidador o del proveedor.**

Molina Healthcare coordina con otros programas para garantizar que usted reciba todos los servicios necesarios por motivos médicos, incluso si esos servicios están cubiertos por otro programa y no por **Molina Healthcare**.

Los servicios necesarios por motivos médicos incluyen aquellos que tienen cobertura y son razonables y necesarios para las siguientes situaciones:

- Proteger la vida.
- Prevenir enfermedades o discapacidades significativas.
- Aliviar el dolor intenso.
- Lograr un crecimiento y desarrollo apropiados para la edad.
- Lograr, mantener y recuperar la capacidad funcional.

Para los miembros menores de 21 años, los servicios necesarios por motivos médicos incluyen todos los servicios cubiertos que se indicaron anteriormente, además de cualquier otro tipo de atención médica necesaria, los servicios de diagnóstico y tratamiento, y otras medidas para corregir o mejorar defectos y enfermedades y afecciones físicas y mentales que el beneficio federal de EPSDT exige.

EPSDT brinda servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para bebés, niños y adolescentes menores de 21 años con bajos ingresos. EPSDT cubre más servicios que el beneficio para adultos. Además, está diseñado para garantizar que los niños obtengan los servicios de detección y atención tempranas para prevenir problemas de salud o para diagnosticarlos y tratarlos. La meta de EPSDT es asegurar que cada niño reciba la atención médica que necesita cuando la necesita: la atención adecuada para el niño correcto en el momento y en el lugar adecuados.

[Molina Healthcare](#) coordinará con otros programas para garantizar que usted reciba todos los servicios necesarios por motivos médicos, incluso si otro programa cubre esos servicios y [Molina Healthcare](#) no lo hace. Lea “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en este capítulo.

Beneficios de Medi-Cal cubiertos por [Molina Healthcare](#)

Servicios para pacientes ambulatorios

Vacunación para adultos

Puede recibir vacunas (inyecciones) para adultos de un proveedor dentro de la red sin aprobación previa (autorización previa). [Molina Healthcare](#) cubre las inyecciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP) de los

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), incluidas las que necesita cuando viaja.

También puede recibir algunos servicios de vacunación (inyecciones) para adultos en una farmacia a través de Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, lea “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en este capítulo.

Atención de alergias

[Molina Healthcare](#) cubre las pruebas y los tratamientos contra las alergias, como desensibilización de alergias, hiposensibilización o inmunoterapia.

Servicios de anestesiastas

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios de anestesia que son necesarios por motivos médicos cuando recibe atención como paciente ambulatorio. Esto puede incluir anestesia para los procedimientos dentales cuando los proporciona un anestesista, lo que puede requerir una aprobación previa (autorización previa).

Servicios quiroprácticos

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios quiroprácticos, que se limitan al tratamiento de la columna vertebral mediante manipulación manual. Los servicios quiroprácticos se limitan a un máximo de 2 servicios por mes, o a la combinación de 2 servicios por mes de los siguientes servicios: acupuntura, audiología, terapia ocupacional y terapia del habla. Los límites no se aplican a los niños menores de 21 años. [Molina Healthcare](#) puede aprobar previamente otros servicios como necesarios por motivos médicos.

Estos miembros califican para recibir servicios quiroprácticos:

- Niños menores de 21 años.
- Personas embarazadas, hasta el final del mes que incluye los 60 días posteriores a la finalización del embarazo.
- Miembros que reciben servicios de atención médica/quirúrgica por una enfermedad o afección repentina antes de los 21 años, y cuando estos servicios se extenderán después de los 21 años.
- Residentes de un centro de enfermería especializada o un centro de cuidados intermedios o subagudos.
- Todos los miembros, cuando los servicios se brindan en departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios del condado, clínicas para pacientes ambulatorios, FQHC o RHC dentro de la red de [Molina Healthcare](#).

No todos los FQHC, las RHC o los hospitales del condado ofrecen servicios quiroprácticos para pacientes ambulatorios.

Evaluaciones de salud cognitiva

[Molina Healthcare](#) cubre una evaluación de salud cognitiva anual para miembros de 65 años o más que, de otra manera, no califican para obtener una evaluación similar como parte de la visita anual de bienestar en virtud del programa de Medicare. La evaluación de salud cognitiva identifica las señales de la enfermedad de Alzheimer o de demencia.

Servicios de trabajadores de la salud comunitarios

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios de un trabajador de salud comunitario (CHW) cuando los recomienda un médico u otro profesional con licencia para prevenir enfermedades, discapacidades y otras afecciones de salud, o su evolución; para prolongar la vida, y para promover la salud física y mental y la eficacia. Estos servicios pueden incluir los siguientes:

- Educación y capacitación sobre la salud, lo que incluye el control y la prevención de enfermedades crónicas o infecciosas y de afecciones de salud perinatal, oral y del comportamiento; y la prevención de lesiones.
- Promoción y asesoramiento de la salud, lo que incluye establecer metas y desarrollar planes de acción para abordar la prevención y el manejo de enfermedades.

Servicios de diálisis y hemodiálisis

[Molina Healthcare](#) cubre los tratamientos de diálisis. [Molina Healthcare](#) también cubre los servicios de hemodiálisis (diálisis crónica) si su médico envía una solicitud y [Molina Healthcare](#) la aprueba.

La cobertura de Medi-Cal no incluye lo siguiente:

- Equipos, suministros y herramientas de lujo, para la comodidad y para la conveniencia.
- Artículos no médicos, como generadores o accesorios para que el equipo de diálisis en el hogar sea portátil (para viajes).

Servicios de doula

Molina Healthcare cubre los servicios de doula para las miembros que están embarazadas o lo estuvieron durante el último año cuando se los recomienda un médico o un profesional con licencia. Medi-Cal no cubre todos los servicios de doula. Los doulas son trabajadores para el parto que brindan educación para la salud, defensoría y apoyo físico, emocional y no médico a las personas embarazadas y puérperas antes del parto, durante el parto y después de este, lo que incluye apoyo en situaciones de aborto espontáneo, mortinato y aborto.

Servicios diádicos

Molina Healthcare cubre los servicios de atención diádica de salud del comportamiento (DBH) que son necesarios por motivos médicos para los miembros y sus cuidadores. Una díada es un niño y sus padres o los cuidadores. La atención diádica presta servicios a los padres o los cuidadores, y al niño. Se centra en el bienestar de la familia para apoyar un desarrollo y salud mental infantil saludables.

Los servicios de atención diádica incluyen visitas DBH para el bienestar del niño, servicios integrales diádicos de apoyo comunitario, servicios psicoeducativos diádicos, servicios diádicos para el cuidador o para el padre/la madre, capacitación familiar diádica, asesoramiento para el desarrollo infantil y servicios de salud mental materna.

Cirugía ambulatoria

Molina Healthcare cubre los procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios. Para algunos procedimientos, deberá obtener una aprobación previa (autorización previa) antes de recibir esos servicios. Los procedimientos de diagnóstico y ciertos procedimientos médicos o dentales para pacientes ambulatorios se consideran optativos. Debe obtener una aprobación previa (autorización previa) para los procedimientos para pacientes ambulatorios que Molina Healthcare considera optativos.

Servicios de médicos

Molina Healthcare cubre los servicios de médicos que sean necesarios por motivos médicos.

Servicios de podología (pies)

Molina Healthcare cubre los servicios de podología que sean necesarios por motivos médicos para el diagnóstico y el tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, manipulativo y eléctrico del pie. Esto incluye el tratamiento para el tobillo y para los tendones del pie.

También incluye el tratamiento no quirúrgico de los músculos y de los tendones de la pierna que controla las funciones del pie.

Terapias de tratamiento

Molina Healthcare cubre diferentes terapias de tratamiento, entre ellas:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.

Atención de maternidad y del recién nacido

Molina Healthcare cubre estos servicios de atención de maternidad y del recién nacido:

- Servicios en centros de parto.
- Extractores de leche materna y suministros.
- Educación y asistencia para la lactancia.
- Enfermeros parteros certificados (CNM).
- Atención en el parto y posparto.
- Diagnóstico de trastornos genéticos fetales y asesoramiento.
- Servicios de doula.
- Parteros con licencia (LM).
- Servicios de salud mental materna.
- Atención del recién nacido.
- Atención prenatal.

Servicios de telesalud

La telesalud es una forma de acceder a los servicios sin estar en la misma ubicación física que su proveedor. La telesalud puede implicar tener una conversación en vivo con su proveedor por teléfono, por video o por otros medios. O bien, puede implicar compartir información con su proveedor sin tener una conversación en vivo. Puede recibir muchos servicios a través de la telesalud.

Es posible que la telesalud no esté disponible para todos los servicios cubiertos. Se puede comunicar con su proveedor para saber qué servicios puede recibir a través de la telesalud. Es importante que usted y su proveedor estén de acuerdo en que utilizar la telesalud para un determinado servicio es apropiado para usted. Usted tiene derecho a recibir servicios de forma presencial. No es obligatorio que utilice el servicio de telesalud, incluso si su proveedor considera que es apropiado para usted.

Servicios de salud mental

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Molina Healthcare cubre las evaluaciones iniciales de salud mental sin necesidad de obtener una aprobación previa (autorización previa). Puede obtener una evaluación de salud mental en cualquier momento de un proveedor de salud mental con licencia dentro de la red de **Molina Healthcare** sin ser remitido.

Su PCP o el proveedor de salud mental podrían remitirlo a un especialista dentro de la red de **Molina Healthcare** para realizar más evaluaciones de salud mental y decidir el nivel de atención que necesita. Si los resultados de su evaluación de salud mental indican que tiene dificultades leves o moderadas, o que tiene problemas en las funciones cognitivas, emocionales o del comportamiento, **Molina Healthcare** puede brindarle servicios de salud mental. **Molina Healthcare** cubre los siguientes servicios de salud mental:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal (psicoterapia).
- Pruebas psicológicas cuando se indican clínicamente para evaluar una afección de salud mental.
- Desarrollo de las habilidades cognitivas para mejorar la atención, la memoria y la resolución de problemas.
- Servicios para pacientes ambulatorios con el propósito de controlar la terapia médica.
- Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura según la lista de medicamentos recetados de Medi-Cal Rx (<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>), suministros y suplementos.
- Consulta psiquiátrica.
- Terapia familiar, en la que participan al menos 2 familiares. Algunos ejemplos de terapia familiar incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Psicoterapia entre hijos y padres (de 0 a 5 años).
 - Terapia interactiva entre padres e hijos (de 2 a 12 años).
 - Terapia de pareja cognitiva y del comportamiento (para adultos).

Para obtener ayuda para encontrar más información sobre los servicios de salud mental que presta **Molina Healthcare**, llame al **1-888-665-4621** (TTY/TDD o 711).

Si el tratamiento que necesita para un trastorno de salud mental no está disponible en la red de **Molina Healthcare**, o su PCP o el proveedor de salud mental no pueden brindarle la atención que necesita en el tiempo que se indica en la sección “Acceso

oportuno a la atención”, [Molina Healthcare](#) cubrirá los servicios fuera de la red y lo ayudará a obtenerlos.

Si su evaluación de salud mental indica que usted puede tener un nivel más alto de discapacidad y necesita servicios especializados de salud mental (SMHS), su PCP o el proveedor de salud mental pueden remitirlo al plan de salud mental del condado para que reciba la atención que necesita.

Para obtener más información, lea “Servicios especializados de salud mental” en la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal”, en la página [104](#).

Atención de emergencia

Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios que son necesarios para tratar una emergencia médica

[Molina Healthcare](#) cubre todos los servicios necesarios para tratar una emergencia médica que ocurre en los Estados Unidos (incluidos los territorios estadounidenses, como Puerto Rico, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, etc.). [Molina Healthcare](#) también cubre la atención de emergencia que requiere hospitalización en Canadá o en México. Una emergencia médica es una afección médica con un dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, una persona (no un profesional de atención médica) prudente (razonable) podría esperar que tenga como resultado lo siguiente:

- Un riesgo grave para su salud.
- Un daño grave a las funciones físicas.
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- Un riesgo grave en el caso de una persona embarazada durante un trabajo de parto activo, lo que significa trabajo de parto en un momento en el que cualquiera de las siguientes situaciones podría ocurrir:
 - No hay tiempo suficiente para el traslado seguro a otro hospital antes del parto.
 - El traslado puede poner en riesgo su salud o seguridad o la del bebé en gestación.

Si un proveedor de la sala de emergencias del hospital le proporciona un suministro de un medicamento recetado para pacientes ambulatorios para un máximo de 72 horas como parte de su tratamiento, [Molina Healthcare](#) cubrirá el medicamento recetado como parte de sus servicios de emergencia cubiertos. Si un proveedor de la sala de

emergencias del hospital le proporciona una receta que debe surtir en una farmacia para pacientes ambulatorios, Medi-Cal Rx cubrirá esa receta.

Si un farmacéutico de una farmacia para pacientes ambulatorios le proporciona un **suministro de emergencia** de un medicamento, ese suministro de emergencia tendrá cobertura de Medi-Cal Rx y no de [Molina Healthcare](#). Si en la farmacia necesitan ayuda para brindarle un suministro de emergencia de medicamentos, pídale que se comuniquen con Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.

Servicios de transporte de emergencia

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios de ambulancia para ayudarlo a llegar al lugar de atención más cercano en caso de emergencia. Esto significa que la afección es lo suficientemente grave como para que otras maneras de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. No se cubren los servicios fuera de los Estados Unidos, excepto la atención de emergencia que requiere hospitalización en Canadá o en México. Si recibe servicios de ambulancia de emergencia en Canadá o en México y no lo hospitalizan durante ese episodio de atención, [Molina Healthcare](#) no cubrirá sus servicios de ambulancia.

Cuidados paliativos y para pacientes terminales

[Molina Healthcare](#) cubre los cuidados paliativos y para pacientes terminales para niños y adultos, lo que ayuda a reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales. Es posible que los adultos mayores de 21 años no reciban los servicios de cuidados paliativos y para pacientes terminales al mismo tiempo.

Cuidados para pacientes terminales

Los cuidados para pacientes terminales son un beneficio para los miembros con una enfermedad terminal. Los cuidados para pacientes terminales requieren que el miembro tenga una esperanza de vida inferior a 6 meses. Es una intervención que se centra, principalmente, en el manejo de los síntomas y del dolor, en vez de una cura para prolongar la vida.

Los cuidados para pacientes terminales incluyen lo siguiente:

- Servicios de enfermería.
- Servicios físicos, ocupacionales o del habla.
- Servicios médicos y sociales.
- Servicios de atención médica en el hogar y de trabajo doméstico.
- Suministros y aparatos médicos.

- Algunos medicamentos y servicios biológicos (algunos pueden estar disponibles a través de Medi-Cal Rx).
- Servicios de asesoramiento.
- Servicios continuos de enfermería las 24 horas durante períodos de crisis y según sea necesario para mantener al miembro con una enfermedad terminal en el hogar.
- Atención de relevo para pacientes hospitalizados por un máximo de cinco días consecutivos en un hospital, en un centro de enfermería especializada o en un centro de cuidados para pacientes terminales.
- Atención a corto plazo para pacientes hospitalizados para el manejo del dolor o el tratamiento de los síntomas en un hospital, en un centro de enfermería especializada o en un centro de cuidados para pacientes terminales.

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son una atención que se centra en el paciente y la familia, y mejoran la calidad de vida al anticipar, prevenir y tratar el dolor. Los cuidados paliativos no requieren que el miembro tenga una expectativa de vida inferior a seis meses. Se pueden brindar cuidados paliativos al mismo tiempo que la atención curativa.

Los cuidados paliativos incluyen lo siguiente:

- Planificación anticipada de la atención.
- Evaluación y consulta de cuidados paliativos.
- Plan de atención que incluye todos los cuidados paliativos y atención curativa autorizados.
- Un equipo del plan de atención, que incluye, entre otros, a los siguientes:
 - Doctor en medicina o en osteopatía.
 - Asistente médico.
 - Enfermero registrado.
 - Enfermero vocacional con licencia o enfermero especializado.
 - Trabajador social.
 - Capellán.
- Coordinación de la atención.
- Manejo del dolor y tratamiento de los síntomas.
- Servicios sociales médicos y de salud mental.

Los adultos mayores de 21 años no pueden recibir cuidados paliativos y para pacientes terminales al mismo tiempo. Si recibe cuidados paliativos y califica para obtener

cuidados para pacientes terminales, puede solicitar cambiarse a los cuidados para pacientes terminales en cualquier momento.

Hospitalización

Servicios de anestelistas

Molina Healthcare cubre los servicios de anestelistas necesarios por motivos médicos durante las estancias hospitalarias cubiertas. Un anestelista es un proveedor especializado en administrar anestesia a los pacientes. La anestesia es un tipo de medicamento que se utiliza en algunos procedimientos médicos o dentales.

Servicios para pacientes hospitalizados

Molina Healthcare cubre la atención necesaria por motivos médicos como paciente hospitalizado cuando lo internan.

Secuenciación rápida del genoma completo

La secuenciación rápida del genoma completo (RWGS) es un beneficio cubierto para cualquier miembro de Medi-Cal que tenga menos de un año y reciba servicios como paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos. Incluye secuenciación individual, secuenciación en trío para los padres y el bebé, y secuenciación ultrarrápida.

La RWGS es una nueva forma de diagnosticar diversas afecciones a tiempo para que afecten la atención en la unidad de cuidados intensivos (ICU) de niños menores de un año. Si su hijo califica para Servicios para Niños de California (CCS), CCS puede cubrir la hospitalización y la RWGS.

Servicios quirúrgicos

Molina Healthcare cubre las cirugías necesarias por motivos médicos que se realizan en un hospital.

El programa de Extensión de la Atención Posparto (PPCE)

Molina Healthcare cubre la atención posparto por un máximo de 12 meses después de la finalización del embarazo, independientemente de los ingresos, de la ciudadanía o del estado migratorio. No se requiere ninguna otra acción.

Servicios y dispositivos de rehabilitación y para la recuperación de habilidades (terapia)

Este beneficio incluye servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a adquirir diversas habilidades mentales y físicas, o a recuperarlas.

Molina Healthcare cubre los servicios de rehabilitación y recuperación de habilidades descritos en esta sección si se cumplen todos los requisitos a continuación:

- Los servicios son necesarios por motivos médicos.
- Los servicios son para tratar una afección médica.
- Los servicios son para ayudarlo a mantener, aprender o mejorar diversas habilidades y funciones para la vida diaria.
- Usted recibe los servicios en un centro dentro de la red, a menos que un médico dentro de la red considere que sea necesario por motivos médicos que usted reciba los servicios en otro lugar o a menos que un centro dentro de la red no esté disponible para tratar su afección médica.

Molina Healthcare cubre estos servicios de rehabilitación/recuperación de habilidades:

Acupuntura

Molina Healthcare cubre los servicios de acupuntura para prevenir, cambiar o aliviar la percepción del dolor crónico intenso y continuo que resulta de una afección médica generalmente reconocida.

Los servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios, con o sin la estimulación eléctrica de agujas, se limitan a 2 servicios por mes, en combinación con los servicios de audiología, quiropráctica, terapia ocupacional y terapia del habla que presta un médico, un dentista, un podólogo o un acupuntor. Los límites no se aplican a los niños menores de 21 años. Molina Healthcare puede aprobar previamente (autorizar previamente) más servicios según sean necesarios por motivos médicos.

Si usted es un miembro asignado a un grupo médico/IPA, deberá comunicarse con su grupo médico/IPA para consultar sobre cómo obtener una aprobación para beneficios como la acupuntura.

Audiología (audición)

Molina Healthcare cubre los servicios de audiología. La audiología para pacientes ambulatorios se limita a 2 servicios por mes, en combinación con los servicios de

acupuntura, quiropráctica, terapia ocupacional y terapia del habla (los límites no se aplican a los niños menores de 21 años). [Molina Healthcare](#) puede aprobar previamente (autorizar previamente) más servicios según sean necesarios por motivos médicos.

Tratamientos de salud del comportamiento

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios de tratamiento de salud del comportamiento (BHT) para los miembros menores de 21 años a través del beneficio de EPSDT. El BHT incluye servicios y programas de tratamiento, como el análisis del comportamiento aplicado y los programas de intervención del comportamiento basados en la evidencia que desarrollan o recuperan, en la medida de lo posible, el funcionamiento de una persona menor de 21 años.

Los servicios de BHT enseñan habilidades a través de la observación y el refuerzo del comportamiento, o a través de indicaciones para enseñar cada paso de un comportamiento específico. Los servicios de BHT se basan en la evidencia confiable. No son experimentales. Algunos ejemplos de los servicios de BHT incluyen intervenciones del comportamiento, paquetes de intervención cognitiva del comportamiento, tratamiento integral del comportamiento y análisis del comportamiento aplicado.

Los servicios de BHT deben ser necesarios por motivos médicos, deben estar recetados por un médico o un psicólogo con licencia, deben estar aprobados por el plan y deben suministrarse de forma tal que se siga el plan de tratamiento aprobado.

Rehabilitación cardíaca

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios de rehabilitación cardíaca para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Equipo médico duradero (DME)

[Molina Healthcare](#) cubre la compra o el alquiler de suministros de DME, equipos y otros servicios con una receta de un médico, de un asistente médico, de un enfermero especializado o de un especialista en enfermería clínica. Los artículos de DME recetados tienen cobertura según sea necesario por motivos médicos para preservar el funcionamiento del cuerpo que es fundamental para las actividades de la vida diaria o para prevenir una discapacidad física grave.

Por lo general, [Molina Healthcare](#) no cubre lo siguiente:

- Equipos, herramientas y suministros de lujo, para la comodidad o para la conveniencia, excepto los extractores de leche materna de venta minorista que se describen en la sección “Atención de maternidad y del recién nacido” de este capítulo.
- Artículos que no tienen como objetivo mantener las actividades habituales de la vida diaria, como los equipos de ejercicios, que incluyen los dispositivos destinados a brindar más apoyo para las actividades recreativas o deportivas.
- Equipo de higiene, excepto cuando sea necesario por motivos médicos para un miembro menor de 21 años.
- Artículos no médicos, como saunas o ascensores.
- Modificaciones en el hogar o en el automóvil.
- Dispositivos para el análisis de sangre o de otras sustancias corporales (los monitores de glucosa en sangre para la diabetes, los monitores continuos de glucosa, las tiras reactivas y las lancetas tienen cobertura con Medi-Cal Rx).
- Monitores electrónicos del corazón o de los pulmones, excepto los monitores de apnea infantil.
- Reparación o reemplazo del equipo por pérdida, robo o uso incorrecto, excepto cuando sea necesario por motivos médicos para un miembro menor de 21 años.
- Otros artículos que, por lo general, no se utilizan principalmente para la atención médica.

En algunos casos, estos artículos pueden aprobarse cuando su médico presenta una solicitud de aprobación previa (autorización previa).

Nutrición enteral y parenteral

Estos métodos para suministrar nutrición al cuerpo se utilizan cuando una afección médica le impide alimentarse con normalidad. Medi-Cal Rx puede cubrir las fórmulas de nutrición enteral y los productos de nutrición parenteral cuando sea necesario por motivos médicos. [Molina Healthcare](#) también cubre las bombas y los tubos parenterales y enterales, cuando sea necesario por motivos médicos.

Audífonos

[Molina Healthcare](#) cubre los audífonos si se le examina la pérdida de la audición, los audífonos son necesarios por motivos médicos y tiene una receta de su médico. La cobertura se limita a la asistencia de menor costo para cubrir sus necesidades médicas. [Molina Healthcare](#) cubrirá un solo audífono, a menos que se necesite un audífono

para cada oído para lograr mejores resultados que los que se obtendrían con un único audífono.

Audífonos para los miembros menores de 21 años:

En los condados de Sacramento, San Diego, Riverside y San Bernardino, la ley estatal exige que los niños que necesitan audífonos se remitan al programa CCS para decidir si el niño califica para CCS. Si el niño califica para CCS, CCS cubrirá los costos de los audífonos necesarios por motivos médicos. Si el niño no es elegible para CCS, cubriremos los audífonos necesarios por motivos médicos como parte de la cobertura de Medi-Cal.

Audífonos para los miembros mayores de 21 años:

Según Medi-Cal, cubrimos lo siguiente para cada audífono cubierto:

- Moldes para los oídos que sean necesarios para el ajuste.
- Un paquete de batería estándar.
- Visitas para asegurarse de que el audífono funcione correctamente.
- Visitas para la limpieza y el ajuste de su audífono.
- Reparación de su audífono.

Según Medi-Cal, cubriremos el reemplazo de un audífono en los siguientes casos:

- Su pérdida de la audición es tal que el audífono actual no puede corregirla.
- Su audífono se pierde, se lo roban o se rompe y no puede repararse, y no fue su culpa. Debe proporcionarnos una nota en la que nos indique cómo ocurrió.

Para los adultos mayores de 21 años, Medi-Cal **no** incluye lo siguiente:

- Reemplazo de las baterías para los audífonos.

Servicios de atención médica en el hogar

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios de atención que se prestan en su hogar cuando se consideran necesarios por motivos médicos y se los receta su médico, un asistente médico, un enfermero especializado o un especialista en enfermería clínica.

Los servicios de atención médica en el hogar se limitan a los servicios que cubre Medi-Cal, que incluyen los siguientes:

- Atención de enfermería especializada a tiempo parcial
- Atención médica auxiliar en el hogar a tiempo parcial
- Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla especializada
- Servicios médicos y sociales

- Suministros médicos

Suministros, equipos y dispositivos médicos

Molina Healthcare cubre los suministros médicos recetados por médicos, asistentes médicos, enfermeros especializados y especialistas en enfermería clínica. Algunos suministros médicos tienen cobertura a través de FFS Medi-Cal Rx y no a través de **Molina Healthcare**. Cuando FFS cubre los suministros, el proveedor facturará a Medi-Cal Rx.

Medi-Cal Rx **no** cubre lo siguiente:

- Artículos comunes para el hogar, que incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Cinta adhesiva (todos los tipos)
 - Alcohol rectificado
 - Cosméticos
 - Bolas e hisopos de algodón
 - Polvos de limpieza
 - Pañuelos de papel
 - Hamamelis
- Remedios caseros comunes, que incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Vaselina
 - Aceites y lociones para la piel seca
 - Talco y productos que contienen talco
 - Agentes oxidantes, como el peróxido de hidrógeno
 - Peróxido de carbamida y perborato de sodio
- Champús que no requieren receta
- Preparaciones tópicas que contienen ungüentos de ácido benzoico y ácido salicílico; cremas, ungüentos o líquidos con ácido salicílico, y pasta de óxido de zinc
- Otros artículos que, por lo general, no se utilizan para la atención médica, y que los utilizan habitual y principalmente personas que no tienen una necesidad médica específica para ellos

Terapia ocupacional

Molina Healthcare cubre los servicios de terapia ocupacional, que incluyen la evaluación de terapia ocupacional, la planificación del tratamiento, el tratamiento, las indicaciones y los servicios de consulta. Los servicios de terapia ocupacional se limitan a 2 servicios por mes, en combinación con los servicios de acupuntura, audiología, quiropráctica y terapia del habla (los límites no se aplican a los niños menores de

21 años). [Molina Healthcare](#) puede aprobar previamente (autorizar previamente) más servicios según sean necesarios por motivos médicos.

Ortótica/prótesis

[Molina Healthcare](#) cubre los dispositivos y los servicios ortopédicos y protésicos que son necesarios por motivos médicos y se los receta su médico, un podólogo, un dentista o un proveedor de salud que no es médico. Incluyen dispositivos implantados para la audición, prótesis mamaria/sostenes para mastectomía, prendas de compresión para quemaduras y prótesis para recuperar el funcionamiento, reemplazar una parte del cuerpo o brindar apoyo a una parte del cuerpo debilitada o deformada.

Suministros urológicos y de ostomía

[Molina Healthcare](#) cubre las bolsas para ostomía, los catéteres urinarios, las bolsas de drenaje, los suministros de irrigación y los adhesivos. Esto no incluye suministros para la comodidad o la conveniencia, ni equipos o herramientas de lujo.

Fisioterapia

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios de fisioterapia necesarios por motivos médicos, que incluyen la evaluación de fisioterapia, la planificación del tratamiento, el tratamiento, las indicaciones, los servicios de consulta y la administración de medicamentos tópicos.

Rehabilitación pulmonar

[Molina Healthcare](#) cubre la rehabilitación pulmonar que es necesaria por motivos médicos y le recetó un médico.

Servicios en centros de enfermería especializada

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios que se prestan en un centro de enfermería especializada y son necesarios por motivos médicos si usted tiene una discapacidad y necesita un nivel alto de atención. Estos servicios incluyen la habitación y la estancia en un centro con licencia que ofrece atención de enfermería especializada las 24 horas del día.

Terapia del habla

[Molina Healthcare](#) cubre la terapia del habla que sea necesaria por motivos médicos. Los servicios de terapia del habla se limitan a 2 servicios por mes, en combinación con los servicios de acupuntura, audiología, quiropráctica y terapia ocupacional. Los límites no se aplican a los niños menores de 21 años. [Molina Healthcare](#) puede aprobar

previamente (autorizar previamente) más servicios según sean necesarios por motivos médicos.

Servicios para personas transgénero

Molina Healthcare cubre los servicios para personas transgénero (servicios de afirmación de género) cuando son necesarios por motivos médicos o cuando los servicios cumplen con las reglas para la cirugía reconstructiva.

Ensayos clínicos

Molina Healthcare cubre los costos de la atención de rutina para pacientes aceptados en ensayos clínicos, incluidos los ensayos clínicos para el cáncer, que se indican para los Estados Unidos en <https://clinicaltrials.gov>.

Medi-Cal Rx, un programa de Medi-Cal FFS, cubre la mayoría de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, lea la sección “Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios” de este capítulo.

Servicios de laboratorio y radiología

Molina Healthcare cubre los servicios de laboratorio y radiografía para pacientes hospitalizados y ambulatorios cuando son necesarios por motivos médicos. Los procedimientos de diagnóstico por imágenes avanzadas, como las tomografías computarizadas (TC), las imágenes por resonancia magnética (MRI) y las tomografías por emisión de positrones (PET), tienen cobertura según la necesidad médica.

Servicios preventivos y de bienestar, y tratamiento de las enfermedades crónicas

El plan cubre lo siguiente:

- Vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación.
- Servicios de planificación familiar.
- Recomendaciones de Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría (https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf).
- Prueba de detección de experiencias infantiles adversas (ACE).
- Servicios de prevención del asma.
- Servicios preventivos para mujeres que recomienda el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.

- Ayuda para dejar de fumar, que también se denomina “servicios para dejar de fumar”.
- Servicios preventivos de grados A y B que recomienda el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos.

Los servicios de planificación familiar se brindan a los miembros en edad fértil para que puedan elegir la cantidad de hijos que quieren tener y el intervalo entre ellos. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). El PCP y los especialistas en obstetricia/ginecología de [Molina Healthcare](#) están disponibles para los servicios de planificación familiar.

Para los servicios de planificación familiar, también puede elegir un médico o una clínica de Medi-Cal que no tenga relación con [Molina Healthcare](#) sin tener que obtener la aprobación previa (autorización previa) de [Molina Healthcare](#). Es posible que los servicios de un proveedor fuera de la red que no estén relacionados con la planificación familiar no tengan cobertura. Para obtener más información, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Además, Molina Healthcare cubre los programas de tratamiento de las enfermedades crónicas que se centran en las siguientes afecciones:

- Diabetes
- Enfermedades cardiovasculares
- Asma
- Depresión

Para obtener información sobre la atención preventiva para los jóvenes menores de 20 años, lea la sección “Atención de bienestar para niños y jóvenes” en el capítulo 5.

Programa de Prevención de la Diabetes

El Programa de Prevención de la Diabetes (DPP) es un programa de cambio de estilo de vida basado en la evidencia. Este programa de 12 meses de duración se centra en los cambios en el estilo de vida. Está diseñado para prevenir o retrasar la aparición de la diabetes tipo 2 en las personas diagnosticadas con prediabetes. Es posible que los miembros que cumplen con los criterios califiquen para un segundo año. El programa brinda educación y apoyo grupal. Las técnicas incluyen, entre otras, las siguientes:

- Proporcionar un asesor de pares.

- Enseñar el autocontrol y la resolución de problemas.
- Brindar ánimo y dar devoluciones.
- Proporcionar material informativo para fomentar las metas.
- Realizar un seguimiento del peso de rutina para ayudar a alcanzar las metas.

Los miembros deben cumplir con ciertas reglas para participar en el DPP. Llame a [Molina Healthcare](#) para saber si califica para el programa.

Servicios reconstructivos

[Molina Healthcare](#) cubre la cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo, y mejorar o crear un aspecto normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son aquellas causadas por defectos congénitos, anomalías en el desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores, enfermedades o el tratamiento de una enfermedad que provocaron la pérdida de una estructura del cuerpo, como una mastectomía. Es posible que se apliquen algunos límites y excepciones.

Servicios de detección de trastornos por consumo de sustancias

[Molina Healthcare](#) cubre [los servicios de detección de trastornos por consumo de sustancias \(SUD\)](#), que incluyen los siguientes:

- Pruebas de detección de alcohol y drogas, evaluaciones, intervenciones breves y remisión al tratamiento (SABIRT) para los miembros mayores de 11 años, incluidas las miembros embarazadas, en ámbitos de atención primaria, que incluyen la prueba de detección de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.

Además, Molina Healthcare brinda los siguientes servicios:

- Medicamentos para el tratamiento de la adicción (MAT), lo que también se conoce como “tratamiento asistido con medicamentos”, y se administran durante la atención primaria, durante la hospitalización, en los departamentos de emergencia y en otros ámbitos médicos contratados.
- Servicios de emergencia necesarios para estabilizar al miembro.
- Molina Healthcare brindará o coordinará la prestación de SMHS para los miembros de los condados que cumplan con los criterios de acceso para los SMHS.

Para obtener la cobertura del tratamiento a través del condado, lea la sección “Servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias”, que se encuentra a continuación en este capítulo.

Beneficios de la vista

Molina Healthcare cubre lo siguiente:

- Examen de la vista de rutina una vez cada 24 meses; los exámenes de la vista más frecuentes tienen cobertura si son necesarios por motivos médicos para los miembros, como aquellos que son para las personas con diabetes.
- Anteojos (marcos y lentes) una vez cada 24 meses con una receta válida.
- Reemplazo de anteojos dentro de los 24 meses si su receta cambia o si sus anteojos se pierden, se los roban o se rompen y no pueden repararse, y no fue su culpa. Debe proporcionarnos una nota en la que nos indique cómo se perdieron sus anteojos, se los robaron o se rompieron.
- Dispositivos para la visión parcial para aquellas personas con deterioro de la vista que no se puede corregir con anteojos estándares, lentes de contacto, medicamentos ni cirugías, e interfiere en la capacidad de la persona para realizar las actividades diarias (como la degeneración macular relacionada con la edad).
- Lentes de contacto necesarios por motivos médicos. Las pruebas de los lentes de contacto y los lentes de contacto pueden tener cobertura si no es posible utilizar anteojos debido a una enfermedad de la vista o a una afección (como la falta de una oreja). Las afecciones médicas que califican para los lentes de contacto especiales incluyen, entre otras, aniridia, afaquia y queratocono.
- Los exámenes de la vista y los anteojos para niños y jóvenes menores de 21 años no tienen un límite cada 24 meses; según EPSDT, se brindan cuando el proveedor indica que el servicio es necesario por motivos médicos.
- Los niños y los jóvenes menores de 21 años con afecciones como queratocono y afaquia deben ser remitidos a CCS para continuar con la atención.

Beneficios de transporte para situaciones que no sean emergencias

Puede obtener transporte médico si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, un autobús o un taxi para ir a sus citas. Puede obtener transporte médico

para los servicios cubiertos y las citas en farmacia cubiertas por Medi-Cal. Puede solicitar el transporte médico a través de su médico, dentista, podólogo o proveedor de salud mental o para los trastornos por consumo de sustancias. Su proveedor decidirá cuál es el tipo de transporte adecuado para cubrir sus necesidades.

Si considera que usted necesita transporte médico, se lo recetará mediante un formulario que completará y enviará a [Molina Healthcare](#). Una vez que se apruebe, esta aprobación es válida por un máximo de 12 meses, según la necesidad médica. Además, una vez que se apruebe, puede obtener la cantidad de traslados que necesite. Su médico deberá evaluar nuevamente su necesidad médica de transporte médico y volver a aprobarlo cada 12 meses.

El transporte médico comprende una ambulancia, una camioneta para traslados, un vehículo para personas en sillas de ruedas o transporte aéreo. [Molina Healthcare](#) permite el transporte médico de menor costo para sus necesidades médicas cuando necesita trasladarse a su cita. Esto significa, por ejemplo, que, si puede trasladarse física o médicamente con un vehículo para personas en silla de ruedas, [Molina Healthcare](#) no pagará por una ambulancia. Solo tiene derecho a obtener transporte aéreo si su afección médica dificulta cualquier forma de transporte terrestre.

Tendrá transporte médico en los siguientes casos:

- Es necesario por motivos físicos o médicos, con una autorización por escrito de un médico o de otro proveedor, ya que, por motivos físicos o médicos, no puede utilizar un autobús, un taxi, un automóvil o una camioneta para ir a su cita.
- Necesita ayuda del conductor para el traslado de ida y vuelta a su hogar, para el traslado en un vehículo o para el traslado al lugar del tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar un transporte médico que su médico le haya indicado para citas que no sean de urgencia (de rutina), llame a [Molina Healthcare](#) al 1-888-665-4621 o a American Logistics al 1-844-292-2688 al menos 3 días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Si tiene citas de urgencia, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame.

Límites del transporte médico

[Molina Healthcare](#) ofrece el transporte médico de menor costo que cubre sus necesidades médicas para acudir al proveedor más cercano desde su hogar que

tenga una cita disponible. No puede obtener transporte médico si Medi-Cal no cubre el servicio que recibe o si no se trata de una cita en una farmacia cubierta por Medi-Cal. Hay una lista de los servicios cubiertos en este Manual para miembros.

Si Medi-Cal cubre el tipo de cita, pero no a través del plan de salud, [Molina Healthcare](#) no cubrirá el transporte médico; no obstante, puede ayudarlo a programar su transporte con Medi-Cal. El transporte no tiene cobertura fuera de la red o fuera del área de servicio, a menos que [Molina Healthcare](#) lo autorice previamente. Para obtener más información o para solicitar transporte médico, llame a [Molina Healthcare](#) al 1-888-665-4621 o a American Logistics al 1-844-292-2688.

Costo para los miembros

[Molina Healthcare](#) programa el transporte sin ningún costo.

Cómo obtener transporte no médico

Sus beneficios incluyen obtener traslados para sus citas cuando son para un servicio cubierto por Medi-Cal y usted no tiene acceso a ningún tipo de transporte. Puede obtener un traslado sin ningún costo para usted cuando ya probó todas las otras maneras de obtener transporte y necesita lo siguiente:

- Traslado de ida y vuelta a una cita para un servicio de Medi-Cal autorizado por su proveedor.
- Retiro de medicamentos recetados y suministros médicos.

[Molina Healthcare](#) le permite utilizar un automóvil, un taxi, un autobús u otra forma de transporte público o privado para asistir a su cita médica y recibir los servicios cubiertos por Medi-Cal. [Molina Healthcare](#) cubrirá el tipo de transporte no médico de menor costo que cubra sus necesidades. A veces, [Molina Healthcare](#) puede reembolsarle (devolverle el dinero) los traslados que usted programe a través de un vehículo privado. [Molina Healthcare](#) debe aprobar esto antes de que usted obtenga el traslado.

Debe informarnos por qué no puede trasladarse de otra forma, como en autobús. Puede llamar, enviar un correo electrónico o informarnos de forma presencial. Si tiene acceso a un tipo de transporte o puede conducir para ir a la cita, [Molina Healthcare](#) no le reembolsará el dinero. Este beneficio es solo para los miembros que no tienen acceso a los servicios de transporte.

Para obtener un reembolso de millas, debe presentar copias de los siguientes documentos del conductor:

- Licencia de conducir

- Registro del vehículo
- Prueba del seguro del vehículo

Para solicitar un traslado para los servicios autorizados, llame a [Molina Healthcare](#) al 1-888-665-4621 o a American Logistics al 1-844-292-2688 al menos 3 días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. O bien, llame tan pronto como sea posible cuando tenga una cita de urgencia. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame.

Nota: Los indígenas americanos también se pueden comunicar con su clínica local de salud para indígenas para solicitar transporte no médico.

Límites del transporte no médico

[Molina Healthcare](#) ofrece el transporte no médico de menor costo que cubre sus necesidades para acudir al proveedor más cercano desde su hogar que tenga una cita disponible. Los miembros no pueden manejar por su cuenta o recibir un reembolso directo para los servicios de transporte no médico. Para obtener más información, llame a [Molina Healthcare](#) al 1-888-665-4621 o a American Logistics al 1-844-292-2688.

El transporte no médico no aplica en los siguientes casos:

- Una ambulancia, una camioneta para traslados, un vehículo para personas en silla de ruedas u otro medio de transporte médico son necesarios por motivos médicos para acudir a un servicio cubierto por Medi-Cal.
- Usted necesita ayuda del conductor para el traslado de ida y vuelta a la residencia, para el traslado en el vehículo o para el traslado al lugar del tratamiento debido a una afección física o médica.
- Usted está en silla de ruedas y no puede subir y bajar del vehículo sin la ayuda del conductor.
- Medi-Cal no cubre el servicio.

Costo para los miembros

[Molina Healthcare](#) programa el transporte no médico sin ningún costo.

Gastos de viaje

En algunos casos, si tiene que viajar para asistir a las citas médicas que no están disponibles cerca de su hogar, [Molina Healthcare](#) puede cubrir los gastos de viaje, como comidas, estancias en un hotel y otros gastos relacionados (estacionamiento, peajes, etc.). Es posible que también tengan cobertura para una persona que viaje

con usted para ayudarlo con su cita o para una persona que le done un órgano para un trasplante de órgano. Debe solicitar la aprobación previa (autorización previa) para estos servicios comunicándose con [Molina Healthcare](#) al 1-888-665-4621.

Servicios dentales

Solo para el condado de Sacramento: Medi-Cal utiliza planes de atención administrada para brindar sus servicios dentales. Debe inscribirse en Dental Managed Care. Para obtener más información, visite Health Care Options en <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

Medi-Cal cubre los servicios dentales, incluidos los siguientes:

- Servicios dentales preventivos y de diagnóstico, como exámenes, radiografías y limpiezas dentales
- Servicios de emergencia para el manejo del dolor
- Extracciones dentales
- Empastes
- Tratamientos de conducto (anterior/posterior)
- Coronas (prefabricadas/de laboratorio)
- Raspado y alisado radicular
- Dentaduras postizas completas y parciales
- Ortodoncia para niños que califican
- Flúor de administración tópica

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame al programa Medi-Cal Dental al 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922 o 711). También puede visitar el sitio web del programa Medi-Cal Dental a través de <https://smilecalifornia.org/>.

Solo para el condado de Sacramento: Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios dentales y está inscrito en un plan dental de atención administrada, llame a su plan dental de atención administrada asignado.

Otros programas y beneficios cubiertos por Molina Healthcare

Servicios y apoyo de atención a largo plazo

Molina Healthcare cubre, para los miembros que califican, los servicios y apoyo de atención a largo plazo en los siguientes tipos de centros u hogares de atención a largo plazo:

- Servicios en un centro de enfermería especializada, según lo aprobado por Molina Healthcare.
- Servicios en un centro de atención subaguda (pediátricos y para adultos), según lo aprobado por Molina Healthcare.
- Servicios en un centro de atención intermedia que Molina Healthcare aprueba, entre ellos:
 - Centro de atención intermedia/para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD).
 - Centro de atención intermedia/de recuperación de las habilidades para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD-H).
 - Centro de atención intermedia/de enfermería para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD-N).

Si califica para los servicios de atención a largo plazo, Molina Healthcare se asegurará de que lo ubiquen en un centro o en un hogar de atención médica que le brinde el nivel de atención más adecuado para sus necesidades médicas.

Si tiene preguntas sobre los servicios de atención a largo plazo, llame al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711).

Servicios comunitarios para adultos (CBAS)

Los CBAS prestan servicios para pacientes ambulatorios, servicios en un centro de atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapia, atención personal, capacitación y apoyo para los familiares y los cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para los miembros que sean elegibles. El programa de

CBAS está disponible para los miembros que cumplen con los requisitos, que incluyen, entre otros, los siguientes:

Ser mayor de 18 años; tener al menos una afección médica, cognitiva o del comportamiento crónica o aguda; y necesitar ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL).

Administración de la atención básica

Resulta difícil obtener atención de muchos proveedores diferentes o en sistemas de salud diferentes. [Molina Healthcare](#) quiere garantizar que los miembros reciban todos los servicios, los medicamentos recetados y los servicios de salud del comportamiento que sean necesarios por motivos médicos. [Molina Healthcare](#) puede ayudar a coordinar y administrar sus necesidades de salud sin ningún costo para usted. Esta ayuda está disponible incluso cuando otro programa cubre los servicios.

Puede ser difícil determinar cómo cubrir sus necesidades de atención médica después de que recibe el alta del hospital o si recibe atención en sistemas diferentes. A continuación, se presentan algunas maneras en las que [Molina Healthcare](#) puede ayudar a los miembros:

- Si tiene dificultades para programar una cita de seguimiento o tomar medicamentos luego de haber recibido el alta del hospital, [Molina Healthcare](#) puede ayudarlo.
- Si necesita ayuda para asistir a una cita presencial, [Molina Healthcare](#) puede ayudarlo a obtener transporte gratuito.

Si tiene preguntas o preocupaciones con respecto a su salud o a la salud de su hijo, llame al 1-888-665-4621 (TTY/[TDD](#) o 711).

Administración de la atención compleja (CCM)

Es posible que los miembros con necesidades de salud más complejas califiquen para recibir servicios adicionales que se centran en la coordinación de la atención. [Molina Healthcare](#) ofrece servicios de CCM a los miembros que tuvieron un suceso o un diagnóstico médico grave que requiere apoyo adicional y un mayor uso de los recursos sociales y médicos.

Los miembros que están inscritos en la CCM y en la administración de la atención mejorada (véase a continuación) tienen un administrador de atención asignado en [Molina Healthcare](#) que puede ayudar no solo con la administración de la atención básica que se describió anteriormente, sino también con una gran variedad de apoyos

para la atención de transición que está disponible si recibe el alta de un hospital, de un centro de enfermería especializada, de un hospital psiquiátrico o de un tratamiento residencial.

Administración de la atención mejorada (ECM)

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios de ECM para los miembros con necesidades muy complejas. La ECM cuenta con servicios adicionales para ayudarlo a obtener la atención que necesita para mantenerse saludable. Coordina su atención a través de diferentes médicos y otros proveedores de atención médica. La ECM ayuda a coordinar la atención primaria y preventiva, la atención aguda, los servicios de salud del comportamiento y del desarrollo, los servicios de salud oral, los servicios y apoyo comunitarios a largo plazo (LTSS) y las remisiones a los recursos comunitarios.

Si califica, es posible que se comuniquen con usted para los servicios de ECM. También puede llamar a [Molina Healthcare](#) para saber si puede solicitar la ECM y cuándo hacerlo. O bien, hable con su proveedor de atención médica. El proveedor puede determinar si usted califica para la ECM o remitirlo para recibir servicios de administración de la atención.

Servicios cubiertos de ECM

Si califica para la ECM, tendrá su propio equipo de atención con un administrador principal de atención. Esta persona hablará con usted y sus médicos, especialistas, farmacéuticos, administradores de casos y proveedores de servicios sociales, entre otros. Se asegurará de que todos trabajen juntos para brindarle la atención que necesita. El administrador principal de atención del equipo también puede ayudarlo a encontrar y solicitar otros servicios en su comunidad. La ECM incluye lo siguiente:

- Divulgación y participación
- Evaluación integral y administración de la atención
- Coordinación mejorada de la atención
- Promoción de la salud
- Atención integral de transición
- Servicios de apoyo para miembros y familiares
- Coordinación y remisión para los recursos de apoyo social y comunitario

Para saber si la ECM podría ser apropiada para usted, hable con su representante de [Molina Healthcare](#) o con su proveedor de atención médica.

Costo para los miembros

Los servicios de ECM no tienen ningún costo para el miembro.

Si se inscribe en la ECM, su administrador principal de atención asignado de la ECM se comunicará con usted (según su método de contacto preferido) para comenzar a prestar los servicios de ECM. Una vez que esté inscrito, debe recibir los servicios de ECM todos los meses. Su administrador principal de atención de la ECM trabajará con usted hasta que esté listo para terminar el programa. Si desea cancelar la inscripción en el programa en cualquier momento, informe a su administrador principal de atención asignado de la ECM. Es posible que se cancele su inscripción en el programa de manera involuntaria si ya no es elegible para recibir los beneficios de Medi-Cal a través de Molina Healthcare o si existen preocupaciones relacionadas con el comportamiento o con un entorno inseguro para el proveedor de ECM.

Apoyo comunitario

Es posible que reciba apoyo en virtud de su plan de atención individualizado. El apoyo comunitario es un servicio o un ámbito alternativo médicamente apropiado y rentable para las personas que tienen cobertura del plan estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si califica, es posible que estos servicios lo ayuden a vivir de forma más independiente. No reemplazan los beneficios que ya obtiene de Medi-Cal.

Solo los miembros de Molina Medi-Cal y los de Medicare Duals que tienen Molina por Medi-Cal son elegibles para el apoyo comunitario (CS).

Servicios de navegación para la transición de viviendas: ayuda a los miembros sin hogar a obtener una vivienda al brindar apoyo con diversos asuntos, como las solicitudes de vivienda y la defensoría de beneficios, asegurar los recursos disponibles y brindar ayuda con los propietarios en la mudanza.

Elegibilidad:

- Miembros con prioridad para obtener una unidad de vivienda permanente de apoyo o subsidios para el alquiler a través del Sistema de Ingreso Coordinado (CES) local para personas sin hogar o un sistema similar.
- Miembros que cumplen con la definición de personas sin hogar del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) y reciben ECM, o que tienen una o más afecciones crónicas graves o una enfermedad mental grave, están en

riesgo de que los internen en una institución o requieren servicios residenciales como consecuencia de un trastorno por consumo de sustancias.

- Miembros que cumplen con la definición de estar en riesgo de quedarse sin hogar del HUD, según lo que se indica en la sección 91.5 del Título 24 del Código de Regulaciones Federales.

- Miembros que están en riesgo de quedarse sin hogar y tienen una o más afecciones crónicas graves; tienen una enfermedad mental grave; están en riesgo de que los internen en una institución o de una sobredosis; requieren servicios residenciales debido a que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno emocional grave (niños y adolescentes); reciben ECM; son jóvenes en edad de transición con obstáculos significativos para mantener una vivienda estable, como por ejemplo, tienen una o más condenas, tienen antecedentes de atención en hogares de acogida temporal, están involucrados en el sistema de justicia juvenil o de justicia penal, o tienen una enfermedad mental grave; o son niños o adolescentes que tienen trastornos emocionales graves o fueron víctimas de trata o de violencia doméstica.

Depósitos para viviendas: ayuda a los miembros sin hogar a identificar, coordinar, asegurar o financiar los servicios y las modificaciones únicos que sean necesarios para que una persona pueda establecer un hogar básico que no es una habitación ni una estancia. Estos servicios deben identificarse como razonables y necesarios en el plan de apoyo individualizado para la vivienda de la persona y están disponibles solo cuando el miembro no puede pagar dicho gasto. Los miembros deben recibir CS de los servicios de navegación para la transición de viviendas o ser remitidos.

Elegibilidad:

- Miembros que recibieron CS de los servicios de navegación para la transición de viviendas.

- Miembros con prioridad para obtener una unidad de vivienda permanente de apoyo o subsidios para el alquiler a través del CES local para personas sin hogar o un sistema similar.

- Miembros que cumplen con la definición de personas sin hogar del HUD y reciben ECM; o que tienen una o más afecciones crónicas graves o una enfermedad mental grave, están en riesgo de que los internen en una institución o requieren servicios residenciales como consecuencia de un trastorno por consumo de sustancias.

- Restricción/limitación: disponible solo una vez en la vida de un miembro. Los depósitos para viviendas solo se pueden aprobar una vez más. El profesional que hace

la remisión debe proporcionar documentación sobre las condiciones que cambiaron para demostrar el motivo por el que ofrecer depósitos de vivienda sería mejor una segunda vez.

Servicios de alquiler y mantenimiento de viviendas: presta servicios de alquiler y mantenimiento para mantener una residencia segura y estable una vez que la vivienda está asegurada para los miembros que no tenían hogar y ahora tienen uno.

Elegibilidad:

- Miembros que recibieron CS de los servicios de navegación para la transición de viviendas.
- Miembros con prioridad para obtener una unidad de vivienda permanente de apoyo o subsidios para el alquiler a través del CES local para personas sin hogar o un sistema similar.
- Miembros que cumplen con la definición de personas sin hogar del HUD y reciben ECM; o que tienen una o más afecciones crónicas graves o una enfermedad mental grave, están en riesgo de que los internen en una institución o requieren servicios residenciales como consecuencia de un trastorno por consumo de sustancias.
- Miembros que cumplen con la definición de estar en riesgo de quedarse sin hogar del HUD, según lo que se indica en la sección 91.5 del Título 24 del Código de Regulaciones Federales.
- Miembros que están en riesgo de quedarse sin hogar y tienen una o más afecciones crónicas graves; tienen una enfermedad mental grave; están en riesgo de que los internen en una institución o de una sobredosis; requieren servicios residenciales debido a que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno emocional grave (niños y adolescentes); reciben ECM; son jóvenes en edad de transición con obstáculos significativos para mantener una vivienda estable, como por ejemplo, tienen una o más condenas, tienen antecedentes de atención en hogares de acogida temporal, están involucrados en el sistema de justicia juvenil o de justicia penal, o tienen una enfermedad mental grave; o son niños o adolescentes que tienen trastornos emocionales graves o fueron víctimas de trata o de violencia doméstica.
- Restricción/limitación: los servicios de alquiler y mantenimiento de viviendas solo están disponibles para una única vez en la vida de la persona y se pueden aprobar una vez más. El profesional que hace la remisión debe proporcionar documentación sobre las condiciones que cambiaron para demostrar el motivo por el que ofrecer servicios de alquiler y mantenimiento de viviendas sería mejor una segunda vez.

Vivienda a corto plazo después de la hospitalización: para los miembros que no tienen una residencia y tienen necesidades médicas o de salud del comportamiento importantes con la posibilidad de continuar su recuperación del trastorno por consumo de sustancias/psiquiátrica/médica inmediatamente después de salir de un hospital como paciente hospitalizado, de un centro residencial de tratamiento o recuperación de trastornos por consumo de sustancias, de un centro residencial de tratamiento de salud mental, de un centro correccional, de un centro de convalecencia o de la atención de recuperación, y evitar una mayor utilización de los servicios del plan estatal.

Elegibilidad:

- Miembros que tienen necesidades médicas/de salud del comportamiento que, al no tener un hogar luego de que reciben el alta del hospital, de un centro de tratamiento de salud mental o por consumo de sustancias, de un centro correccional, de un centro de convalecencia o de la atención de recuperación, provocarían la hospitalización, la rehospitización o una nueva admisión institucional.
- Miembros que salen de la atención de recuperación.
- Miembros que salen de una hospitalización (hospital para afecciones agudas, afecciones psiquiátricas o de dependencias químicas y recuperación), de un centro residencial de tratamiento/recuperación de trastornos por consumo de sustancias, de un centro residencial de tratamiento de salud mental, de un centro correccional o de un centro de convalecencia, Y cumplen uno de los tres (3) criterios a continuación:
 - Miembros que cumplen con la definición de personas sin hogar del HUD y reciben ECM; o que tienen una o más afecciones crónicas graves o una enfermedad mental grave, están en riesgo de que los internen en una institución o requieren servicios residenciales como consecuencia de un trastorno por consumo de sustancias.
 - Miembros que cumplen con la definición de estar en riesgo de quedarse sin hogar del HUD, según lo que se indica en la sección 91.5 del Título 24 del Código de Regulaciones Federales.
 - Miembros que están en riesgo de quedarse sin hogar y tienen una o más afecciones crónicas graves; tienen una enfermedad mental grave; están en riesgo de que los internen en una institución o de una sobredosis; requieren servicios residenciales debido a que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno emocional grave (niños y adolescentes); reciben ECM; son jóvenes en edad de transición con obstáculos significativos para mantener

una vivienda estable, como por ejemplo, tienen una o más condenas, tienen antecedentes de atención en hogares de acogida temporal, están involucrados en el sistema de justicia juvenil o de justicia penal, o tienen una enfermedad mental grave; o son niños o adolescentes que tienen trastornos emocionales graves o fueron víctimas de trata o de violencia doméstica.

- Restricción/limitación: la vivienda a corto plazo después de la hospitalización está disponible una vez en la vida de un miembro y no puede exceder los seis (6) meses (pero se puede autorizar por un período más corto, según las necesidades del miembro).

Atención de recuperación (relevo médico): para los miembros que necesitan atención residencial a corto plazo y ya no requieren hospitalización, pero aún necesitan recuperarse de una lesión o una enfermedad (incluidas las afecciones de salud del comportamiento), y cuya afección empeoraría con un entorno de vida inestable. Se debe proporcionar información clínica.

Elegibilidad:

- Miembros que están en riesgo de hospitalización, viven solos sin apoyo formal después de la hospitalización, enfrentan inseguridad en la vivienda o tienen viviendas que podrían poner en riesgo su salud y seguridad si no se modifican.
- Miembros que cumplen con la definición de personas sin hogar del HUD y reciben ECM; o que tienen una o más afecciones crónicas graves o una enfermedad mental grave, están en riesgo de que los internen en una institución o requieren servicios residenciales como consecuencia de un trastorno por consumo de sustancias.
- Miembros que cumplen con la definición del HUD de estar en riesgo de quedarse sin hogar.
- Miembros que están en riesgo de quedarse sin hogar y tienen una o más afecciones crónicas graves; tienen una enfermedad mental grave; están en riesgo de que los internen en una institución o de una sobredosis; requieren servicios residenciales debido a que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno emocional grave (niños y adolescentes); reciben ECM; son jóvenes en edad de transición con obstáculos significativos para mantener una vivienda estable, como por ejemplo, tienen una o más condenas, tienen antecedentes de atención en hogares de acogida temporal, están involucrados en el sistema de justicia juvenil o de justicia penal, o tienen una enfermedad mental grave; o son niños o adolescentes que tienen trastornos emocionales graves o fueron víctimas de trata o de violencia doméstica.

- Restricción/limitación: la atención de recuperación es por un máximo de noventa (90) días de duración continua. El período de atención de recuperación de noventa (90) días puede comenzar de nuevo si al miembro lo vuelven a hospitalizar con un diagnóstico diferente mientras transcurre la autorización inicial de noventa (90) días o después de esta, siempre que se cumplan los criterios de la atención de recuperación.

Servicios de relevo: se brindan a los cuidadores cuando es útil y necesario para mantener a un miembro en su propio hogar, prevenir el agotamiento del cuidador y evitar los servicios institucionales. Los servicios se prestan a corto plazo cuando el cuidador debe ausentarse o necesita relevo; no son de naturaleza médica. Este servicio es un descanso solo para el cuidador y solo para evitar las ubicaciones de atención a largo plazo.

Elegibilidad:

- Miembros que viven en la comunidad, se ven afectados en sus ADL y dependen de un cuidador calificado; el cuidador calificado, que brinda la mayor parte del apoyo al miembro, requiere la asistencia de un cuidador para evitar la ubicación institucional del miembro.

- El miembro es un niño que anteriormente recibió servicios de relevo en virtud de la Exención para Cuidados Paliativos Pediátricos.

- Restricción/limitación: estos servicios, en combinación con cualquier servicio de atención directa que se presta, no pueden exceder las 24 horas por día de atención. Los servicios de relevo se prestan por un máximo de 336 horas por año calendario.

Programas diurnos de recuperación de habilidades: se brindan en el hogar de un miembro o en un ámbito fuera del hogar que no es un centro para ayudar a los miembros a adquirir, mantener y mejorar las habilidades de cuidado personal, socialización y adaptación que son necesarias para residir con éxito en el entorno natural del miembro.

Elegibilidad:

- Miembros sin hogar.
- Miembros que dejaron de estar sin hogar y accedieron a una vivienda en los últimos 24 meses.

- Miembros que están en riesgo de quedarse sin hogar o de ser internados en una institución y cuya estabilidad en la vivienda podría mejorar a través de la participación en un programa diurno de recuperación de habilidades.

Transición/desvío del centro de convalecencia a centros de vida asistida, como centros residenciales de atención para adultos mayores y centros residenciales para adultos: ayuda a los miembros a vivir en la comunidad o evitar la internación en una institución cuando sea posible. Facilita la transición de un centro de convalecencia a un ámbito comunitario similar al hogar o previene la admisión en un centro de enfermería especializada para miembros con una necesidad inminente de un nivel de atención (LOC) de enfermería. Los miembros pueden optar por residir en un ámbito de vida asistida como alternativa a la ubicación a largo plazo en un centro de convalecencia cuando cumplen con los requisitos de elegibilidad. Se debe analizar y utilizar California Community Transitions (CCT) antes de obtener este apoyo comunitario.

Elegibilidad:

Transición de un centro de convalecencia:

Residió durante más de 60 días en un centro de convalecencia, está dispuesto a vivir en un ámbito de vida asistida como alternativa a un centro de convalecencia y puede residir de forma segura en un centro de vivienda asistida con asistencia adecuada y rentable.

Desvío de un centro de convalecencia:

Está interesado en permanecer en la comunidad; está dispuesto a residir de forma segura en un centro de vida asistida con asistencia y servicios adecuados y rentables, y puede hacerlo; debe recibir actualmente el LOC necesario por motivos médicos o cumplir con los criterios mínimos para recibir el LOC en un centro de convalecencia; y, en lugar de ingresar a un centro, opta por permanecer en la comunidad y continuar recibiendo los servicios del LOC que son necesarios por motivos médicos en un centro de vida asistida.

Restricciones/limitaciones: los miembros son directamente responsables de pagar sus propios gastos diarios.

Servicios de transición comunitaria/transición de un centro de convalecencia al hogar: ayuda a los miembros que han vivido en un centro de convalecencia a vivir en la comunidad y evitar otra internación en una institución a través del apoyo para

que los alojen en una residencia privada y cubriendo los gastos de establecimiento no recurrente.

Elegibilidad:

- Miembros que actualmente reciben servicios necesarios por motivos médicos con un LOC de centro de convalecencia y, en vez de permanecer en el centro de convalecencia o en el ámbito de relevo médico, optan por trasladarse al hogar y continuar recibiendo los servicios necesarios por motivos médicos con un LOC de centro de convalecencia.
 - Vivió por más de 60 días en un hogar para ancianos y convalecientes, o en un ámbito de relevo médico.
 - Está interesado en regresar a la comunidad.
 - Puede residir de forma segura en la comunidad con asistencia y servicios adecuados y rentables.
- Restricción/limitación: Los servicios de transición comunitaria o de transición de un centro de convalecencia al hogar están disponibles una vez en la vida de la persona con un máximo de \$7,500 de por vida. Los servicios de transición comunitaria o de transición de un centro de convalecencia al hogar solo se pueden aprobar una vez más. El profesional que hace la remisión debe proporcionar documentación en la que se indique que el miembro se vio obligado a cambiar de una condición de vida operada por un proveedor a otra en una residencia privada por circunstancias fuera de su control.

Los servicios de transición comunitaria no incluyen el alquiler mensual o los gastos de hipoteca, los alimentos, los cargos habituales de utilidades o los electrodomésticos o los artículos que tienen meramente fines de diversión/recreación.

Servicios de cuidado personal y tareas domésticas: brindan atención a los miembros que necesitan ayuda con las ADL y las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL).

Elegibilidad:

- Miembros que están en riesgo de hospitalización o de internación en un centro de convalecencia, tienen déficits funcionales y no cuentan con ningún otro sistema de apoyo adecuado; además, se encuentran en alguna de estas situaciones:

- Necesidades que exceden las horas aprobadas por Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) del condado cuando se requieren horas adicionales (revaloración pendiente).

- Al principio, se lo remitió a IHSS, y está en el período de espera para recibir aprobación y contratar a un cuidador (ya se debe haber remitido al miembro a Servicios de Apoyo en el Hogar).

- Miembros que no son elegibles para recibir Servicios de Apoyo en el Hogar y necesitan ayuda para evitar una estancia a corto plazo en un centro de enfermería especializada que no puede exceder los 60 días.

Adaptaciones de accesibilidad ambiental (modificaciones en el hogar):

adaptaciones físicas en un hogar que son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o permitirle al miembro realizar actividades con mayor independencia en el hogar, ya que sin ellas requeriría una internación en una institución.

Elegibilidad:

- Miembros en riesgo de internación en un centro de convalecencia.

Restricciones/limitaciones: las adaptaciones de accesibilidad ambiental (EAA) son pagaderas por un máximo total de \$7500 de por vida. Las únicas excepciones al máximo total de \$7500 son si el lugar de residencia del miembro cambia o si la afección del miembro cambió de manera tan significativa que esas modificaciones adicionales son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o para permitirle al miembro realizar actividades con mayor independencia en el hogar y evitar la internación o la hospitalización.

Alimentos de apoyo médico/comidas/comidas adaptadas por motivos médicos:

se proporcionan comidas a los miembros que recientemente recibieron el alta de un hospital o de un centro de enfermería especializada, o se satisfacen las necesidades alimenticias únicas de los miembros con afecciones crónicas.

Elegibilidad:

- Los miembros que reciben el alta del hospital o de un centro de enfermería especializada, o tienen un riesgo alto de hospitalización o de ubicación en un hogar para ancianos y convalecientes y que sean remitidos y cumplan con los criterios recibirán hasta dos (2) comidas por día o alimentos de apoyo médico por un máximo de

cuatro (4) semanas por hospitalización, con un máximo de doce (12) semanas en un año calendario.

- Personas con afecciones crónicas, que incluyen, entre otras, la diabetes, los trastornos cardiovasculares, la insuficiencia cardíaca congestiva, los accidentes cerebrovasculares, los trastornos pulmonares crónicos, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el cáncer, la diabetes gestacional u otras afecciones perinatales de riesgo alto, y los trastornos de salud mental/del comportamiento crónicos o que provocan una discapacidad.

Centros de sobriedad: brindan destinos alternativos para los miembros que se encuentran claramente embriagados o drogados y que, de otra forma, se los llevaría al departamento de emergencias o a la cárcel. El servicio cubierto tiene una duración inferior a 24 horas.

Elegibilidad:

- Miembros mayores de 18 años que están embriagados o drogados, pero conscientes; están dispuestos a cooperar; pueden caminar; no son violentos y no tienen ninguna molestia médica (incluidos los síntomas de abstinencia potencialmente mortales o los síntomas subyacentes evidentes); que los llevarían al departamento de emergencias o a la cárcel; o que se presentaron en un departamento de emergencias, y son candidatos para ser remitidos a un centro de sobriedad.

Atención del asma: ayuda a los miembros a identificar, coordinar, asegurar o financiar los servicios y las modificaciones necesarias en un entorno doméstico para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad de la persona, o permitirle a la persona realizar actividades en el hogar sin experimentar episodios de asma aguda, lo que podría provocar la necesidad de servicios de emergencia y hospitalizaciones. Un profesional de atención médica con licencia debe firmar la remisión.

Elegibilidad:

- Miembros con asma mal controlada (según lo determinado por una visita al departamento de emergencias o una hospitalización, dos visitas al PCP o de atención de urgencia en los últimos 12 meses o un puntaje inferior a 19 en la prueba de control del asma), cuyo proveedor de atención médica con licencia haya registrado que los servicios probablemente ayudarían a evitar hospitalizaciones relacionadas con el asma, visitas al departamento de emergencias u otros servicios con un alto costo.

- Restricción/limitación: se deben analizar y utilizar los fondos del Asthma Mitigation Project antes de obtener el CS. La atención del asma está disponible una

vez en la vida de una persona con un máximo de \$7,500 de por vida. La atención del asma solo se puede aprobar una vez más. El profesional que hace la remisión debe proporcionar documentación en la que se indiquen los cambios significativos en la afección al hacer modificaciones adicionales para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o si son necesarias para permitir que el miembro realice actividades con más independencia en el hogar y evitar que lo internen en una institución o que lo hospitalicen. Todos los apoyos comunitarios, excepto los centros de sobriedad, requieren la aprobación previa de Molina.

Si necesita ayuda o quiere saber qué apoyo comunitario podría haber disponible para usted, llame al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711). O llame a su proveedor de atención médica.

Trasplante de un órgano principal

Trasplantes para niños menores de 21 años

En los condados de Sacramento, San Diego, Riverside y San Bernardino, la ley estatal exige que los niños que necesitan trasplantes sean remitidos al programa CCS para decidir si el niño califica para CCS. Si el niño califica para CCS, CCS cubrirá los costos del trasplante y los servicios relacionados.

Si el niño no es elegible para CCS, [Molina Healthcare](#) lo remitirá a un centro de trasplante calificado para que se realice una evaluación. Si el centro de trasplante confirma que el trasplante sería necesario y seguro, [Molina Healthcare](#) cubrirá el trasplante y los servicios relacionados.

Trasplantes para adultos mayores de 21 años

Si su médico decide que usted puede necesitar un trasplante de un órgano principal, [Molina Healthcare](#) lo remitirá a un centro de trasplante calificado para que se realice una evaluación. Si el centro de trasplante confirma que se necesita un trasplante y es seguro para su afección médica, [Molina Healthcare](#) cubrirá el trasplante y otros servicios relacionados.

Los trasplantes de órganos principales que [Molina Healthcare](#) cubre incluyen, entre otros, los siguientes órganos:

- Médula ósea
- Corazón
- Corazón/pulmón
- Riñón
- Riñón/páncreas
- Hígado
- Hígado/intestino delgado
- Pulmón

- Páncreas
- Intestino delgado

Programas de medicina para personas en situación de calle

Es posible que los miembros sin hogar reciban servicios cubiertos de los proveedores de medicina para personas en situación de calle dentro de la red de proveedores de [Molina Healthcare](#). Un proveedor de medicina para personas en situación de calle es un médico de atención primaria con licencia o un profesional de atención primaria que no es médico dentro de la red. Es posible que los miembros sin hogar elijan a un proveedor de medicina para personas en situación de calle de [Molina Healthcare](#) como su PCP, si el proveedor de medicina para personas en situación de calle cumple con los criterios de elegibilidad de PCP y acepta ser el PCP del miembro. Para obtener más información sobre el programa de medicina para personas en situación de calle de [Molina Healthcare](#), llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Otros programas y servicios de Medi-Cal

Otros servicios que puede obtener a través de Fee-for-Service (FFS) Medi-Cal u otros programas de Medi-Cal

[Molina Healthcare](#) no cubre algunos servicios, pero usted puede recibirlos a través de FFS Medi-Cal u otros programas de Medi-Cal. [Molina Healthcare](#) coordinará con otros programas para garantizar que usted reciba todos los servicios necesarios por motivos médicos, incluidos los que tienen cobertura de otro programa y no de [Molina Healthcare](#). En esta sección, se enumeran algunos de estos servicios. Para obtener más información, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Medicamentos recetados cubiertos por Medi-Cal Rx

Los medicamentos recetados que suministra una farmacia están cubiertos por Medi-Cal Rx, que es un programa de Medi-Cal FFS. [Molina Healthcare](#) podría cubrir algunos medicamentos que un proveedor administra en un consultorio o en una clínica. Si su proveedor le receta medicamentos que se administran en el consultorio médico o en un centro de infusión, o que los administra un proveedor de infusión en el hogar, estos se consideran medicamentos administrados por un médico.

Si un profesional de atención médica que no es una farmacia administra un medicamento, este tiene cobertura en virtud del beneficio médico. Su proveedor puede recetarle medicamentos que se encuentran en la lista de medicamentos contratados de Medi-Cal Rx.

A veces, usted necesita un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos contratados. Estos medicamentos requieren aprobación antes de que pueda surtir la receta en la farmacia. Medi-Cal Rx revisará estas solicitudes y tomará una decisión en un plazo de 24 horas.

- Un farmacéutico de su farmacia para pacientes ambulatorios puede brindarle un suministro de emergencia para 14 días si considera que lo necesita. Medi-Cal Rx pagará el medicamento de emergencia que suministra una farmacia para pacientes ambulatorios.
- Medi-Cal Rx puede denegar una solicitud que no sea de emergencia. Si lo hace, le enviará una carta para informarle el motivo. Además, le explicará cuáles son sus opciones. Para obtener más información, lea la sección “Reclamos” en el capítulo 6.

Para saber si un medicamento está en la lista de medicamentos contratados o para obtener una copia de esta lista, llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY: 1-800-977-2273) y presione 5 o 711.

O visite el sitio web de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Farmacias

Si surte o resurte una receta, debe obtener los medicamentos recetados de una farmacia que trabaje con Medi-Cal Rx. Puede encontrar una lista de las farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de farmacias de Medi-Cal Rx:

<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>

También puede encontrar una farmacia cercana o una farmacia que le pueda enviar por correo su medicamento llamando a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY: 1-800-977-2273) y presionando 5 o 711.

Cuando elija una farmacia, lleve su receta a esa farmacia. Su proveedor también puede enviarla a la farmacia por usted. Entregue a la farmacia su receta y la tarjeta BIC de Medi-Cal. Asegúrese de que la farmacia esté informada de todos los medicamentos que toma y de cualquier alergia que tenga. Si tiene alguna pregunta sobre su receta, hágasela al farmacéutico.

Los miembros también pueden obtener servicios de transporte de [Molina Healthcare](#) para ir a las farmacias. Para obtener más información sobre los servicios de transporte, lea la sección titulada “Beneficios de transporte para situaciones que no sean emergencias” en el capítulo 4 de este manual.

Servicios especializados de salud mental

Algunos servicios de salud mental se prestan a través de los planes de salud mental de su condado, en lugar de los de [Molina Healthcare](#). Estos incluyen los SMHS para miembros de Medi-Cal que cumplen con las reglas para los SMHS. Los SMHS pueden incluir estos servicios residenciales, para pacientes hospitalizados y para pacientes ambulatorios:

Servicios para pacientes ambulatorios:

- Servicios de salud mental para miembros menores de 21 años
- Servicios de apoyo con medicamentos
- Servicios diurnos de tratamiento intensivo
- Servicios diurnos de rehabilitación
- Servicios de intervención en casos de crisis
- Servicios de estabilización en casos de crisis
- Gestión de casos específicos
- Servicios terapéuticos para el comportamiento, cubiertos
- Coordinación de cuidados intensivos (ICC) cubierta para miembros
- Servicios intensivos a domicilio (IHBS), cubiertos para miembros menores de 21 años
- Atención terapéutica de acogida temporal (TFC), cubierta para miembros menores de 21 años
- Servicios de apoyo para pares (PSS) (opcional)

Servicios residenciales:

- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial para crisis

Servicios para pacientes hospitalizados:

- Servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos internados
- Servicios en centros de salud psiquiátricos

Para obtener más información sobre los servicios especializados de salud mental que ofrece el plan de salud mental del condado, puede llamar al plan de salud mental de su condado.

Para consultar los números de teléfono gratuitos de todos los condados en línea, visite dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx. Si Molina Healthcare considera que usted necesita servicios del plan de salud mental del condado, Molina Healthcare lo ayudará a conectarse con los servicios del plan de salud mental del condado.

Servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias

Molina Healthcare alienta a los miembros que desean recibir ayuda con el consumo de alcohol u otras sustancias para que reciban atención. Los servicios para el consumo de sustancias están disponibles a través de proveedores de atención general, como atención primaria, hospitales para pacientes hospitalizados y departamentos de emergencia, y de proveedores especializados en servicios para el consumo de sustancias. A menudo, los planes de salud del comportamiento del condado prestan servicios especializados.

Para obtener más información sobre las opciones de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias, llame al número de Servicios para Miembros de Molina Healthcare al 1-888-665-4621.

Los miembros de Molina Healthcare pueden someterse a una evaluación para conectarlos con los servicios que mejor se ajusten a sus necesidades y preferencias de salud. Cuando sean necesarios por motivos médicos, los servicios disponibles incluyen tratamiento para pacientes ambulatorios, tratamiento residencial y medicamentos para trastornos por consumo de sustancias (también denominado MAT), como buprenorfina, metadona y naltrexona.

El condado presta servicios para trastornos por consumo de sustancias a los miembros de Medi-Cal que califican para estos servicios. Los miembros que se identifican para recibir los servicios para trastornos por consumo de sustancias se remiten al departamento del condado para recibir tratamiento. Para obtener una lista de los números de teléfono de todos los condados, visite https://dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD_County_Access_Lines.aspx.

Molina Healthcare brindará o coordinará la administración de MAT en centros de atención primaria, hospitales para pacientes hospitalizados, departamentos de emergencias y otros ámbitos médicos.

Servicios dentales

El programa Medi-Cal Dental FFS es el mismo que FFS Medi-Cal para sus servicios dentales. Antes de recibir los servicios dentales, debe mostrarle su BIC al proveedor dental. Asegúrese de que el proveedor acepta FFS Dental y que usted no forma parte de un plan de atención administrada que cubre los servicios dentales.

Medi-Cal cubre una gran variedad de servicios dentales a través del programa Medi-Cal Dental, que incluyen los siguientes:

- Servicios dentales preventivos y de diagnóstico, como exámenes, radiografías y limpiezas dentales
- Servicios de emergencia para el manejo del dolor
- Extracciones dentales
- Empastes
- Tratamientos de conducto (anterior/posterior)
- Coronas (prefabricadas/de laboratorio)
- Raspado y alisado radicular
- Dentaduras postizas completas y parciales
- Ortodoncia para niños que califican
- Flúor de administración tópica

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame al programa Medi-Cal Dental al 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922 o 711). También puede visitar el sitio web del programa Medi-Cal Dental a través de <https://www.dental.dhcs.ca.gov> o de <https://smilecalifornia.org/>.

Servicios para Niños de California (CCS)

CCS es un programa de Medi-Cal que atiende a los niños menores de 21 años con determinadas afecciones médicas, enfermedades o problemas de salud crónicos y que cumplen con las reglas de este programa. Si [Molina Healthcare](#) o su PCP consideran que su hijo tiene una afección elegible para CCS, se lo remitirá al programa CCS del condado para comprobar si califica.

El personal del programa CCS del condado determinará si su hijo califica para los servicios de CCS. [Molina Healthcare](#) no determina la elegibilidad para CCS. Si su hijo califica para recibir este tipo de atención, los proveedores de CCS lo atenderán para la afección elegible para CCS. [Molina Healthcare](#) seguirá cubriendo los tipos de servicio que no estén relacionados con la afección de CCS, como exámenes físicos, vacunas y controles de seguimiento del bienestar del niño.

Molina Healthcare no cubre los servicios que tienen cobertura a través del programa CCS. Para que CCS cubra estos servicios, CCS debe aprobar el proveedor, los servicios y el equipo.

CCS no cubre todas las afecciones médicas. CCS cubre la mayoría de las afecciones médicas que causan discapacidades físicas o necesitan tratamiento con medicamentos, cirugía o rehabilitación. Algunas afecciones elegibles para CCS incluyen, entre otras, las siguientes:

- Enfermedad cardíaca congénita
- Cáncer
- Tumores
- Hemofilia
- Anemia de células falciformes
- Problemas de la tiroides
- Diabetes
- Problemas renales crónicos graves
- Enfermedad hepática
- Enfermedad intestinal
- Labio/paladar hendido
- Espina bífida
- Pérdida de la audición
- Cataratas
- Parálisis cerebral
- Convulsiones en determinadas circunstancias
- Artritis reumatoide
- Distrofia muscular
- SIDA
- Lesiones graves en la cabeza, en el cerebro o en la médula espinal
- Quemaduras graves
- Dientes muy torcidos

Medi-Cal paga por los servicios de CCS. Si su hijo no califica para recibir los servicios del programa CCS, seguirá recibiendo la atención necesaria por motivos médicos a través de **Molina Healthcare**.

Para obtener más información sobre CCS, visite <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs>. O llame al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711).

Exención para servicios comunitarios y domiciliarios (HCBS) en virtud de la sección 1915(c)

Las seis exenciones de Medi-Cal en virtud de la sección 1915(c) en California permiten al estado prestar servicios a las personas que, de lo contrario, necesitarían atención en un centro de convalecencia o en un hospital en el ámbito comunitario de su elección. Medi-Cal tiene un acuerdo con el Gobierno federal que permite que los servicios de exención se ofrezcan en un hogar privado o en un ámbito comunitario similar al de un hogar. Los servicios prestados en virtud de las exenciones no deben costar más que el

nivel de atención institucional alternativo. Los beneficiarios de la exención para HCBS deben calificar para Medi-Cal de alcance completo. A continuación, se enumeran las seis exenciones para Medi-Cal en virtud de la sección 1915(c):

- Exención de Vida Asistida (ALW) de California.
- Exención del Programa de Autodeterminación (SDP) de California para personas con discapacidades del desarrollo.
- Exención de HCBS para Habitantes de California con Discapacidades del Desarrollo (HCBS-DD).
- Exención de Alternativas Comunitarias y Domiciliarias (HCBA).
- Programa de Exención para Medi-Cal (MCWP), que anteriormente se denominaba Exención para el Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA).
- Programa de Servicios Multipropósito para Adultos Mayores (MSSP).

Para obtener más información sobre las exenciones para Medi-Cal, visite <https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/HCBSWaiver.aspx>. O llame al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711).

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

El programa IHSS brinda asistencia de cuidado personal en el hogar a personas mayores, ciegas y con alguna discapacidad como alternativa a la atención fuera del hogar. Además, permite a los beneficiarios permanecer seguros en sus propios hogares.

Para obtener más información sobre los IHSS disponibles en su condado, visite <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss>. O llame a la agencia local de servicios sociales de su condado.

Servicios que no puede obtener a través de Molina Healthcare o de Medi-Cal

Molina Healthcare y Medi-Cal no cubrirán algunos servicios. Los servicios que Molina Healthcare o Medi-Cal no cubren incluyen, entre otros, los siguientes:

- Fertilización in vitro (IVF), lo que incluye, entre otros, estudios o procedimientos de infertilidad para diagnosticar o tratar la infertilidad
- Preservación de la fertilidad
- Servicios experimentales
- Modificaciones en el hogar
- Modificaciones en el vehículo
- Cirugía estética

Molina Healthcare puede cubrir un servicio que no tiene cobertura si es necesario por motivos médicos. Su proveedor debe enviar una solicitud de aprobación previa (autorización previa) a Molina Healthcare o a su grupo médico/IPA con los motivos por los que el beneficio no cubierto es necesario por motivos médicos.

Para obtener más información, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Evaluación de tecnologías nuevas y existentes

Molina Healthcare analiza los nuevos tipos de servicios y las nuevas formas en las que se prestan. Revisamos los estudios médicos nuevos para ver si se ha demostrado que los servicios nuevos son seguros como posibles beneficios adicionales. Molina Healthcare revisa los tipos de servicios que se indican a continuación al menos una vez al año:

- Servicios médicos
- Servicios de salud mental
- Medicamentos
- Equipos

5. Atención de bienestar para niños y jóvenes

Los miembros que son niños y jóvenes menores de 21 años pueden recibir servicios especiales de salud en cuanto estén inscritos. Esto garantiza que reciban atención preventiva, dental y de salud mental apropiada, incluidos los servicios especializados y del desarrollo. En este capítulo se explican estos servicios.

Servicios pediátricos (para niños menores de 21 años)

Los miembros menores de 21 años tienen cobertura para recibir la atención necesaria. En la siguiente lista, se incluyen los servicios necesarios por motivos médicos para tratar o atender cualquier defecto y diagnóstico físico o mental. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Visitas de bienestar del niño y controles de seguimiento para adolescentes (visitas importantes que los niños necesitan).
- Vacunación.
- Evaluación y tratamiento de la salud del comportamiento.
- Evaluación y tratamiento de la salud mental, lo que incluye psicoterapia individual, grupal y familiar (el condado cubre los servicios especializados de salud mental).
- Prueba de detección de experiencias infantiles adversas (ACE).
- Análisis de laboratorio, lo que incluye el examen de detección de intoxicación por plomo en la sangre.
- Educación preventiva y para la salud.
- Servicios de la vista.
- Servicios dentales (cubiertos por Medi-Cal Dental).

- Servicios de la audición (cubiertos por CCS para los niños que califiquen; [Molina Healthcare](#) cubrirá los servicios para los niños que no califican para CCS).

Estos servicios se denominan servicios de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT). Los servicios de EPSDT que recomiendan las pautas de Bright Futures de los pediatras para ayudarlos a usted o a su hijo a mantenerse sanos están cubiertos sin ningún costo para usted. Para leer estas pautas, visite https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf.

Controles de seguimiento del bienestar del niño y atención preventiva

La atención preventiva incluye los controles de seguimiento habituales de salud, los exámenes para ayudar a su médico a detectar problemas de forma temprana y los servicios de asesoramiento para detectar enfermedades, patologías o afecciones médicas antes de que causen problemas. Los controles de seguimiento habituales lo ayudan a usted o al médico de su hijo a detectar cualquier problema. Los problemas pueden incluir trastornos médicos, dentales, de la vista, de la audición, de la salud mental y por consumo de cualquier sustancia (alcohol o droga). [Molina Healthcare](#) cubre los controles de seguimiento para detectar problemas (incluida la evaluación del nivel de plomo en sangre) en cualquier momento cuando los necesite, incluso si no lo es durante su control de seguimiento habitual o el de su hijo.

La atención preventiva también incluye las inyecciones que usted o su hijo necesitan. [Molina Healthcare](#) debe garantizar que todos los niños inscritos estén al día con todas las inyecciones que necesitan cuando visitan a su médico. Los servicios de atención y de exámenes preventivos están disponibles sin ningún costo y sin necesidad de aprobación previa (autorización previa).

Su hijo debe tener controles de seguimiento en las siguientes edades:

- Entre 2 y 4 días después del nacimiento
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- Una vez al año desde los 3 años hasta los 20 años

5 | Atención de bienestar para niños y jóvenes

Los controles de seguimiento del bienestar del niño incluyen lo siguiente:

- Antecedentes completos y examen físico de pies a cabeza.
- Inyecciones apropiadas para la edad (California sigue el cronograma de Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría: https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf).
- Análisis de laboratorio, lo que incluye el examen de detección de intoxicación por plomo en la sangre.
- Educación sobre salud.
- Exámenes de la audición y de la vista.
- Examen de salud oral.
- Evaluación de salud del comportamiento.

Si el médico encuentra un problema en su salud física o mental, o en la de su hijo, durante un control de seguimiento o un examen, es posible que usted o su hijo necesiten atención médica. **Molina Healthcare** cubrirá esa atención sin ningún costo para usted, incluido lo siguiente:

- Médico, enfermero especializado y atención hospitalaria.
- Inyecciones para mantenerlo sano.
- Fisioterapia, terapia del habla/del lenguaje y terapias ocupacionales.
- Servicios de atención médica en el hogar, que incluyen equipos, suministros y aparatos médicos.
- Tratamiento para problemas de la vista, que incluye los anteojos.
- Tratamiento para problemas de la audición, que incluye los audífonos cuando no están cubiertos por CCS.
- Tratamiento de salud del comportamiento para afecciones médicas, como trastornos del espectro autista y otras discapacidades del desarrollo.
- Administración de casos y educación para la salud.
- Cirugía reconstructiva, que es una cirugía para corregir o reparar las estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades para mejorar el funcionamiento o crear un aspecto normal.

Examen de detección de intoxicación por plomo en la sangre

Todos los niños inscritos en [Molina Healthcare](#) deben someterse a un examen de detección de intoxicación por plomo en la sangre a los 12 y 24 meses, o entre los 36 y los 72 meses si no se les realizó una prueba anteriormente. Los niños también deben realizarse un examen cuando el médico considera que un cambio en la vida pone al niño en riesgo.

Ayuda para recibir servicios de atención de bienestar para niños y jóvenes

[Molina Healthcare](#) ayudará a los miembros menores de 21 años y a sus familias a obtener los servicios que necesitan. Un coordinador de la atención de [Molina Healthcare](#) puede hacer lo siguiente:

- Informarle sobre los servicios disponibles.
 - Ayudar a encontrar proveedores dentro de la red o fuera de la red, cuando sea necesario.
 - Ayudar a programar las citas.
 - Coordinar el transporte médico para que los niños puedan ir a sus citas.
 - Ayudar a coordinar la atención de los servicios disponibles a través de FFS Medi-Cal, como los siguientes:
 - Servicios de tratamiento y rehabilitación de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.
 - Tratamiento para problemas dentales, incluida la ortodoncia.
-

Otros servicios que puede obtener a través de FFS Medi-Cal u otros programas

Controles dentales de seguimiento

Mantenga las encías del bebé limpias pasándoles suavemente un paño todos los días. Cuando el bebé tenga alrededor de cuatro a seis meses, comenzará la “dentición”

5 | Atención de bienestar para niños y jóvenes

y empezarán a aparecer los dientes. Debe programar una cita para la primera visita dental de su hijo tan pronto como aparezca su primer diente o antes del primer cumpleaños, lo que ocurra primero.

Estos servicios dentales de Medi-Cal son gratuitos o de bajo costo para los siguientes miembros:

Bebés entre 1 y 4 años

- Primera visita dental del bebé
- Primer examen dental del bebé
- Exámenes dentales (cada 6 meses y, a veces, más)
- Radiografías
- Limpieza dental (cada 6 meses y, a veces, más)
- Barniz de flúor (cada 6 meses y, a veces, más)
- Empastes
- Extracciones (extracción de dientes)
- Servicios dentales de emergencia
- *Sedación (si es necesario por motivos médicos)

Niños entre 5 y 12 años

- Exámenes dentales (cada 6 meses y, a veces, más)
- Radiografías
- Barniz de flúor (cada 6 meses y, a veces, más)
- Limpieza dental (cada 6 meses y, a veces, más)
- Selladores molares
- Empastes
- Tratamientos de conducto
- Extracciones (extracción de dientes)
- Servicios dentales de emergencia
- *Sedación (si es necesario por motivos médicos)

Jóvenes entre 13 y 20 años

- Exámenes dentales (cada 6 meses y, a veces, más)
- Radiografías
- Barniz de flúor (cada 6 meses y, a veces, más)
- Limpieza dental (cada 6 meses y, a veces, más)
- Ortodoncia (aparatos) para aquellos que califiquen
- Empastes
- Coronas
- Tratamientos de conducto
- Extracciones (extracción de dientes)

5 | Atención de bienestar para niños y jóvenes

- Servicios dentales de emergencia: sedación (si es necesario por motivos médicos)

*Los proveedores deben considerar la sedación y la anestesia general cuando determinan y registran un motivo por el cual la anestesia local no es apropiada por motivos médicos y el tratamiento dental está aprobado previamente o no necesita aprobación previa (autorización previa).

Estos son algunos de los motivos por los que no se puede usar anestesia local y es posible que se use sedación o anestesia general en su lugar:

- Una afección física, emocional, del comportamiento o del desarrollo que impide que el paciente responda a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento.
- Procedimientos quirúrgicos o de restauración mayor.
- Un niño que no coopera.
- Una infección aguda en el lugar de la inyección.
- La anestesia local es ineficaz para controlar el dolor.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame al programa Medi-Cal Dental al 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922 o 711). O bien, visite <https://smilecalifornia.org/>.

Servicios de remisión de educación preventiva adicional

Si le preocupa que su hijo no participa ni aprende bien en la escuela, hable con el médico, los maestros o los administradores de la escuela de su hijo. Además de sus beneficios médicos cubiertos por [Molina Healthcare](#), existen servicios que la escuela debe brindar para ayudar a su hijo a aprender y no retrasarse. Los servicios que se pueden brindar para ayudar a su hijo a aprender incluyen los siguientes:

- Servicios del habla y del lenguaje
- Servicios psicológicos
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Tecnología de asistencia
- Servicios de trabajo social
- Servicios de asesoramiento
- Servicios de enfermería en la escuela
- Transporte escolar de ida y vuelta

5 | Atención de bienestar para niños y jóvenes

El Departamento de Educación de California brinda y paga estos servicios. Junto con los médicos y los maestros de su hijo, puede diseñar un plan personalizado que ayude de la mejor manera a su hijo.

6. Cómo informar y resolver problemas

Existen dos formas de informar y resolver problemas:

- Presente un **reclamo (queja)** cuando tenga un problema o no esté conforme con [Molina Healthcare](#), con un proveedor, o con la atención médica o el tratamiento que recibió de un proveedor.
- Presente una **apelación** cuando no esté de acuerdo con la decisión de [Molina Healthcare](#) de cambiar sus servicios o no cubrirlos.

Tiene derecho a presentar quejas y apelaciones ante [Molina Healthcare](#) para informarnos su problema. Esto no restringe ninguno de sus derechos y recursos legales. No lo discriminaremos ni tomaremos represalias contra usted por presentarnos un reclamo o informar los problemas. Informarnos su problema nos ayudará a mejorar la atención para todos los miembros.

Puede comunicarse primero con [Molina Healthcare](#) para informar su problema. Llámenos de [lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.](#), al [1-888-665-4621](#) (TTY/TDD o 711). Infórmenos su problema.

Si su queja o apelación todavía no se resuelve después de 30 días, o si no está conforme con el resultado, puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Pídeles que revisen su reclamo o realicen una revisión médica independiente (IMR). Si su asunto es urgente, como aquellos que implican una amenaza grave para su salud, puede llamar al DMHC de inmediato sin presentar una queja o una apelación ante [Molina Healthcare](#) primero. Puede llamar gratis al DMHC al 1-888-466-2219 (TTY: 1-877-688-9891 o 711). O bien, visite <https://www.dmhc.ca.gov>.

El defensor de atención administrada de Medi-Cal del DHCS de California también puede ayudarlo. Puede ayudarlo si tiene problemas para unirse a un plan de salud, cambiarlo o dejarlo. También puede brindarle ayuda si se mudó y tiene problemas para transferir Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al defensor de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al 1-888-452-8609. La llamada es gratuita.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Elegibilidad de su condado para cuestiones relacionadas con la elegibilidad de Medi-Cal. Si no está seguro ante quién puede presentar su queja, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Para avisar sobre información incorrecta relacionada con su seguro médico, llame a Medi-Cal de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al 1-800-541-5555.

Reclamos

Un reclamo (queja) ocurre cuando usted tiene un problema o está disconforme con los servicios que recibe de [Molina Healthcare](#) o de un proveedor. No hay límite de tiempo para presentar un reclamo. Puede presentar un reclamo ante [Molina Healthcare](#) en cualquier momento por teléfono, por escrito o en línea. Su representante autorizado o proveedor también puede presentar un reclamo por usted con su autorización.

- **Por teléfono:** Llame a [Molina Healthcare](#) al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711) de [lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.](#) Proporcione su número de identificación del plan de salud, su nombre y el motivo de su reclamo.
- **Por correo:** Llame a [Molina Healthcare](#) al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711) y pida que se le envíe un formulario. Cuando lo reciba, complételo. Asegúrese de incluir su nombre, su número de identificación del plan de salud y el motivo de su reclamo. Infórmenos qué sucedió y cómo podemos ayudarlo.

Envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:

[Attention: Member Appeals & Grievances](#)

[200 Oceangate, Suite 100](#)

[Long Beach, CA 90802](#)

El consultorio médico también tendrá formularios de reclamo.

- **En línea:** Visite el sitio web de [Molina Healthcare](#): www.MolinaHealthcare.com.

Si necesita ayuda para presentar su reclamo, nosotros podemos asistirlo. Podemos brindarle servicios lingüísticos sin ningún costo para usted. Llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

En un plazo de 5 días calendario después de haber recibido su reclamo, le enviaremos una carta para informarle que lo recibimos. En un plazo de 30 días, le enviaremos otra carta para informarle cómo resolvimos su problema. Si llama a [Molina Healthcare](#) por

una queja que no se relaciona con la cobertura de atención médica, con una necesidad médica o con un tratamiento experimental o en investigación, y su queja se resuelve antes de que finalice el siguiente día hábil, es posible que no reciba una carta.

Si tiene un asunto urgente que implica un problema de salud grave, iniciaremos una revisión acelerada (rápida). Le informaremos la decisión en el plazo de 72 horas. Para solicitar una revisión acelerada, llámenos al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

En el plazo de 72 horas después de haber recibido su reclamo, decidiremos la forma en la que administraremos su reclamo y si lo aceleraremos. Si determinamos que no aceleraremos su reclamo, le informaremos que resolveremos su reclamo en el plazo de 30 días. Puede comunicarse directamente con el DMHC por cualquier motivo, incluso si considera que su problema califica para una revisión acelerada o si [Molina Healthcare](#) no le responde en el plazo de 72 horas.

Los reclamos relacionados con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx no están sujetos al proceso de quejas de [Molina Healthcare](#) ni son elegibles para una revisión médica independiente. Los miembros pueden presentar reclamos relacionados con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx llamando al 1-800-977-2273 (TTY: 1-800-977-2273) y presionando 5 o 711. O bien, visite <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Es posible que los reclamos relacionados con los beneficios de farmacia que no estén sujetos a Medi-Cal Rx sean elegibles para una revisión médica independiente. El número de teléfono gratuito del DMHC es 1-888-466-2219 (TTY: 1-877-688-9891). Puede encontrar el formulario de reclamo/revisión médica independiente e instrucciones en línea en el sitio web del DMHC: <https://www.dmhc.ca.gov/>.

Apelaciones

Una apelación es diferente a un reclamo. Una apelación es una solicitud para que revisemos y cambiemos una decisión que hayamos tomado con respecto a sus servicios. Si le enviamos una carta de “Aviso de acción” (NOA) en la que le informamos que denegamos, retrasamos, modificamos o finalizamos un servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitarnos una apelación. Su representante autorizado o proveedor también puede solicitarnos una apelación en su nombre con una autorización por escrito.

6 | Cómo informar y resolver problemas

Debe solicitar una apelación en un plazo de 60 días a partir de la fecha del NOA que recibió de nuestra parte. Si decidimos reducir, suspender o interrumpir el servicio que recibe actualmente, puede seguir recibiendo ese servicio mientras espera a que se tome una decisión sobre su apelación. Esto se denomina “ayuda pagada pendiente”. Para obtener la ayuda pagada pendiente, debe solicitarnos una apelación en un plazo de 10 días a partir de la fecha del NOA o antes de la fecha en que le hayamos informado que se interrumpirán sus servicios, lo que sea posterior. Si solicita una apelación en estas circunstancias, los servicios continuarán.

Puede presentar una apelación por teléfono, por escrito o en línea:

- **Por teléfono:** Llame a [Molina Healthcare](https://www.molinahealthcare.com) al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711) de [lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.](#) Proporcione su nombre, su número de identificación del plan de salud y el servicio que apela.
- **Por correo:** Llame a [Molina Healthcare](https://www.molinahealthcare.com) al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711) y pida que se le envíe un formulario. Cuando lo reciba, complételo. Asegúrese de incluir su nombre, número de identificación del plan de salud y el servicio que apela.

Envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:

[Attention: Member Appeals & Grievances](#)

[200 Oceangate, Suite 100](#)

[Long Beach, CA 90802](#)

El consultorio de su médico también tendrá formularios de apelación disponibles.

- **En línea:** Visite el sitio web de [Molina Healthcare](https://www.molinahealthcare.com). Diríjase a www.MolinaHealthcare.com.

Si necesita ayuda para solicitar una apelación o una ayuda pendiente pagada, podemos ayudarlo. Podemos brindarle servicios lingüísticos sin ningún costo para usted. Llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

En un plazo de 5 días después de haber recibido su apelación, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos. En un plazo de 30 días, le comunicaremos nuestra decisión de la apelación y le enviaremos una carta de “Aviso de resolución de la apelación” (NAR). Si no le informamos nuestra decisión de la apelación en el plazo de 30 días, puede solicitar una audiencia estatal ante el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) y una IMR ante el DMHC. Sin embargo, si solicita una

audiencia estatal primero y la audiencia ya se realizó, no puede solicitar una IMR ante el DMHC. En este caso, la audiencia estatal tiene la última palabra.

Si usted o su médico desean que tomemos una decisión rápida porque el tiempo que lleva decidir su apelación pondría en peligro su vida, su salud o su capacidad para realizar actividades, puede solicitar una revisión acelerada (rápida). Para solicitar una revisión acelerada, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). Tomaremos la decisión en un plazo de 72 horas desde que hayamos recibido su apelación.

Qué debe hacer si no está de acuerdo con la decisión de una apelación

Si solicitó una apelación y recibió una carta de NAR en la que se le informaba que no cambiamos nuestra decisión, o si nunca recibió una carta de NAR y ya pasaron 30 días, puede hacer lo siguiente:

- Puede solicitar una **audiencia estatal** ante el CDSS, y un juez revisará su caso. El número de teléfono gratuito del CDSS es 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349). También puede solicitar una audiencia estatal en línea a través de <https://www.cdss.ca.gov>.
- Puede presentar un formulario de reclamo/revisión médica independiente ante el DMHC para que se revise la decisión de [Molina Healthcare](#). O puede solicitar una **IMR** del DMHC. Si su reclamo califica para el proceso de IMR del DMHC, un médico externo que no sea parte de [Molina Healthcare](#) revisará su caso y tomará una decisión que [Molina Healthcare](#) deberá aceptar. El número de teléfono gratuito del DMHC es 1-888-466-2219 (TTY: 1-877-688-9891). Puede encontrar el formulario de reclamo/revisión médica independiente e instrucciones en línea en el sitio web del DMHC: <https://www.dmhc.ca.gov>.

No tendrá que pagar nada por la audiencia estatal ni por la IMR.

Tiene derecho a una audiencia estatal y a una IMR. Sin embargo, si solicita primero una audiencia estatal y la audiencia ya se realizó, no puede solicitar una IMR. En este caso, la audiencia estatal tiene la última palabra.

En las siguientes secciones, encontrará más información sobre cómo solicitar una audiencia estatal y una IMR.

[Molina Healthcare](#) no administra los reclamos y apelaciones relacionados con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx. Puede presentar reclamos y apelaciones con respecto a los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx llamando al 1-800-977-2273 (TTY: 1-800-977-2273) y presionando 5 o 711. Es posible que los reclamos y apelaciones relacionados con los beneficios de farmacia que no estén sujetos a Medi-Cal Rx sean elegibles para una IMR.

Si no está de acuerdo con una decisión relacionada con su beneficio de farmacia de Medi-Cal Rx, puede solicitar una audiencia estatal. No puede solicitarle al DMHC una IMR para las decisiones de los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx.

Reclamos y revisiones médicas independientes (IMR) ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)

Una IMR ocurre cuando un médico externo que no está relacionado con su plan de salud revisa su caso. Si desea una IMR, primero debe presentar una apelación ante [Molina Healthcare](#). Si su plan de salud no le responde en un plazo de 30 días calendario o si no está conforme con la decisión del plan, puede solicitar una IMR. Debe solicitar una IMR en un plazo de 6 meses a partir de la fecha del aviso en el que se le informa la decisión de la apelación, pero solo tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal; por lo tanto, si desea una IMR y una audiencia estatal, presente su reclamo tan pronto como pueda. Recuerde que, si primero solicita una audiencia estatal, y esta ya se realizó, no puede pedir una IMR. En este caso, la audiencia estatal tiene la última palabra.

Es posible que obtenga una IMR de inmediato sin tener que presentar una apelación primero ante [Molina Healthcare](#). Esto ocurre en los casos en los que su problema de salud es urgente, como aquellos que implican una amenaza grave para su salud.

Si su reclamo ante el DMHC no califica para una IMR, el DMHC revisará igualmente su reclamo para asegurarse de que [Molina Healthcare](#) haya tomado la decisión correcta cuando usted apeló la denegación de los servicios.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene una queja de su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711)** y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de

comunicarse con el departamento. El uso de este proceso de quejas no prohíbe ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja que no se ha resuelto durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También, puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó un plan de salud que estén relacionadas con la necesidad médica de un servicio o un tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o están en investigación y las disputas de pago por servicios médicos de emergencia o de urgencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con discapacidades de la audición o del habla. En el sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov, hay disponibles formularios de reclamo, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Audiencias estatales

Una audiencia estatal es una reunión entre [Molina Healthcare](#) y un juez del CDSS. El juez ayudará a resolver su problema o le informará que tomamos la decisión correcta.

Tiene derecho a pedir una audiencia estatal si ya solicitó una apelación ante nosotros y todavía no está conforme con nuestra decisión, o si no recibió una decisión de su apelación después de 30 días.

Debe solicitar una audiencia estatal en el plazo de 120 días a partir de la fecha que figura en nuestra carta de NAR. Si le brindamos ayuda paga pendiente durante su apelación y desea que continúe hasta que se tome una decisión en su audiencia estatal, debe solicitar una audiencia estatal en un plazo de 10 días a partir de nuestra carta de NAR o antes de la fecha en la que le informamos que se suspenderían sus servicios, lo que sea posterior.

Si necesita ayuda para asegurarse de que la ayuda pagada pendiente continuará hasta que se tome una decisión final en su audiencia estatal, comuníquese con [Molina Healthcare](#) de **lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.**, llamando al **1-888-665-4621**. Si no puede escuchar o hablar bien, llame a la línea TTY/TDD o al 711. Su representante autorizado o su proveedor puede solicitar una audiencia estatal por usted con su autorización por escrito.

A veces, puede solicitar una audiencia estatal sin realizar nuestro proceso de apelación.

Por ejemplo, si no le informamos correctamente o a tiempo sobre sus servicios, puede solicitar una audiencia estatal sin tener que realizar nuestro proceso de apelación. Esto se denomina “agotamiento de la causa”. Estos son algunos ejemplos de agotamiento de la causa:

- No teníamos una carta de NOA o de NAR a disposición en su idioma preferido.
- Cometimos un error que afecta cualquiera de sus derechos.
- No le enviamos una carta de NOA.
- No le enviamos una carta de NAR.
- Cometimos un error en nuestra carta de NAR.
- No tomamos una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días. Decidimos que su caso era urgente, pero no respondimos a su apelación en un plazo de 72 horas.

Puede solicitar la audiencia estatal de las siguientes formas:

- **En línea:** solicite una audiencia en línea en www.cdss.ca.gov
- **Fax:** complete el formulario que se proporcionó con su aviso de resolución de la apelación y envíelo por fax a la División de Audiencias Estatales al 1-833-281-0905.
- **Por teléfono:** llame a la División de Audiencias Estatales al 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349 o 711).
- **Por correo:** complete el formulario que se proporcionó con su aviso de resolución de la apelación y envíelo a la siguiente dirección:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 09-17-442
Sacramento, CA 94244-2430

Si necesita ayuda para solicitar una audiencia estatal, podemos asistirlo. Podemos brindarle servicios lingüísticos sin ningún costo para usted. Llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

En la audiencia, usted dará su versión. Nosotros daremos la nuestra. El juez puede demorarse hasta 90 días para tomar una decisión sobre su caso. [Molina Healthcare](#) debe cumplir lo que decida el juez.

Si desea que el CDSS tome una decisión rápida, ya que el tiempo que lleva tener una audiencia estatal podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para realizar actividades en su totalidad, usted, su representante autorizado o su proveedor pueden comunicarse con el CDSS y solicitar una audiencia estatal acelerada (rápida). El CDSS debe tomar una decisión en un plazo de 3 días hábiles a partir de que recibe el expediente completo del caso de [Molina Healthcare](#).

Fraude, despilfarro y abuso

Si sospecha que un proveedor o una persona que recibe Medi-Cal cometió fraude, despilfarro o abuso, debe informarlo llamando al número gratuito confidencial 1-800-822-6222 o presentando un reclamo en línea en <https://www.dhcs.ca.gov/>.

El fraude, el despilfarro y el abuso de parte de proveedores incluyen lo siguiente:

- Falsificación de historias clínicas.
- Prescripción de más medicamentos que los necesarios por motivos médicos.
- Suministro de servicios de atención médica que excedan los necesarios por motivos médicos.
- Facturación de servicios que no se prestaron.
- Facturación de servicios profesionales que el profesional no prestó.
- Suministro de artículos y servicios gratuitos o con descuento a los miembros para influir en la selección de proveedores por parte del miembro.
- Cambio del proveedor de atención primaria del miembro sin el conocimiento del miembro.

El fraude, el despilfarro y el abuso cometidos por una persona que obtiene beneficios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Prestar, vender o proporcionar una tarjeta de identificación del plan de salud o una tarjeta BIC de Medi-Cal a otra persona.
- Recibir medicamentos o tratamientos similares o idénticos de más de un proveedor.
- Acudir a una sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia.
- Usar el número de Seguro Social o el número de identificación del plan de salud de otra persona.
- Trasladarse a través de transporte médico y no médico para ir a recibir servicios no relacionados con la atención médica o servicios no cubiertos por Medi-Cal, o cuando no tiene una cita médica o recetas para surtir.

6 | Cómo informar y resolver problemas

Para informar sobre fraude, despilfarro y abuso, anote el nombre, la dirección y el número de identificación de la persona que cometió el fraude, el despilfarro o el abuso. Brinde la mayor cantidad de información posible sobre la persona, como el número de teléfono o la especialidad, si se trata de un proveedor. Brinde las fechas de los acontecimientos y un resumen exacto de lo que sucedió.

Envíe su denuncia a:

Compliance Director
Molina Healthcare of California
200 Oceangate, Ste. 100
Long Beach, CA 90802
Número de teléfono gratuito: (866) 606-3889
Número de fax: (562) 499-6150
Correo electrónico: MHC_Compliance@Molinahealthcare.com

Llame a la línea de alerta de Molina Healthcare al 866-606-3889. Complete un formulario de denuncia de fraude, despilfarro y abuso en línea en <https://www.molinahealthcare.alertline>.

7. Derechos y responsabilidades

Como miembro de [Molina Healthcare](#), tiene determinados derechos y responsabilidades. En este capítulo, se explican estos derechos y responsabilidades. Este capítulo también incluye los avisos legales a los que tiene derecho como miembro de [Molina Healthcare](#).

Sus derechos

Estos son sus derechos como miembro de [Molina Healthcare](#):

- Tiene derecho a que lo traten con respeto y dignidad, y a que se tenga en cuenta debidamente su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Tiene derecho a recibir información sobre el plan de salud y sus servicios, lo que incluye los servicios cubiertos, los profesionales, los derechos y las responsabilidades de los miembros.
- Tiene derecho a recibir información del miembro de forma completa y por escrito en su idioma preferido, lo que incluye todos los avisos sobre quejas y apelaciones.
- Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de responsabilidades y derechos de los miembros de [Molina Healthcare](#).
- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria dentro de la red de [Molina Healthcare](#), a menos que el PCP no esté disponible o no acepte pacientes nuevos.
- Tiene derecho a obtener acceso oportuno a los proveedores de la red.
- Tiene derecho a participar en la toma de decisiones con los proveedores respecto de su propia atención médica, lo que incluye el derecho a rechazar el tratamiento.
- Tiene derecho a expresar quejas, ya sea verbalmente o por escrito, con respecto a la organización, los proveedores, la atención que recibió o

cualquier otra expresión de disconformidad que no esté relacionada con una determinación adversa de los beneficios.

- Tiene derecho a saber el motivo médico de la decisión de [Molina Healthcare](#) de denegar, retrasar, finalizar o cambiar una solicitud de atención médica.
- Tiene derecho a obtener la coordinación de la atención.
- Tiene derecho a solicitar una apelación de las decisiones para denegar, posponer o limitar los servicios o los beneficios.
- Tiene derecho a recibir servicios de interpretación y traducción sin ningún costo en su idioma.
- Tiene derecho a obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de asistencia jurídica o en otros grupos.
- Tiene derecho a formular directivas anticipadas.
- Tiene derecho a solicitar una audiencia estatal si se deniega un servicio o un beneficio, y usted ya había presentado una apelación ante [Molina Healthcare](#) y aún no está conforme con la decisión, o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días, lo que incluye información sobre las circunstancias en las que es posible realizar una audiencia acelerada.
- Tiene derecho a cancelar la inscripción (abandonar) de [Molina Healthcare](#) y cambiar a otro plan de salud del condado si se lo solicita.
- Tiene derecho a acceder a los servicios para los que un menor de edad puede dar su consentimiento.
- Tiene derecho a obtener información del miembro por escrito sin ningún costo en otros formatos (como en braille, en letra grande, en formato de audio y en formatos electrónicos accesibles) a pedido y de manera oportuna y apropiada para el formato que se solicita, y de conformidad con la sección 14182(b)(12) del Código de Bienestar Social e Instituciones (W&I).
- Tiene derecho a que no se utilice ninguna forma de retención o aislamiento como medio de extorsión, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a analizar de forma veraz la información sobre las opciones de tratamiento y las alternativas disponibles, presentada de una forma apropiada para su afección y su capacidad de entendimiento, independientemente del costo o de la cobertura.
- Tiene derecho a que le brinden acceso a su historia clínica y le proporcionen una copia, y a que le permitan solicitar modificaciones o correcciones, según se especifica en las secciones 164.524 y 164.526 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR).

7 | Derechos y responsabilidades

- Tiene la libertad de ejercer estos derechos sin afectar la forma en que [Molina Healthcare](#), sus proveedores o el estado lo tratan.
- Tiene derecho a obtener acceso a los servicios de planificación familiar, los centros de maternidad independientes, los centros de salud con autorización federal, las clínicas de salud para indígenas, los servicios de obstetricia, los centros de salud rurales y los servicios para infecciones de transmisión sexual a través de un proveedor de su elección, sin remisión ni autorización previa, ya sea dentro o fuera de la red de Molina Healthcare.
- Tiene derecho a obtener acceso a los servicios de emergencia fuera de la red de [Molina Healthcare](#) en virtud de la ley federal.
- Tiene derecho a solicitar una apelación de una determinación adversa de beneficios en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de determinación adversa de beneficios (NABD) y la forma en la que desea continuar con los beneficios durante el proceso de apelación dentro del plan a través de la audiencia justa estatal, cuando corresponda.

Sus responsabilidades

Los miembros de [Molina Healthcare](#) tienen estas responsabilidades:

- Deben brindar la información (en la medida de lo posible) que la organización y sus profesionales y proveedores necesitan para brindar atención.
- Deben cumplir los planes y las indicaciones de atención que hayan acordado con sus profesionales.
- Deben comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de las metas de tratamiento que se acuerdan mutuamente, en la medida de lo posible.
- Deben informar a nuestro plan si tienen un seguro médico adicional.
- Deben actuar de una manera que respalde la atención que se les brinda a otros pacientes y ayude a que el consultorio médico, los hospitales y otros consultorios funcionen como es debido.
- Deben informarnos si se mudan. Si una persona se muda dentro de nuestra área de servicio, debemos mantener actualizado su registro de membresía. Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan, pero podemos informarle si tenemos un plan en esa área.
- Deben informarnos si tienen alguna pregunta, preocupación, problema o sugerencia.

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. [Molina Healthcare](#) cumple con las leyes estatales y federales de los derechos civiles. [Molina Healthcare](#) no discrimina ilegalmente, excluye ni trata de forma diferente a las personas por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

[Molina Healthcare](#) ofrece lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos para las personas con discapacidades para ayudarlos a comunicarse mejor, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas.

- Información por escrito en otros formatos (en letra grande, en formato de audio, en formatos electrónicos accesibles y en otros formatos).
- Servicios lingüísticos sin ningún costo para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con [Molina Healthcare](#) de **lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.**, llamando al **1-888-665-4621**. O bien, si no puede escuchar o hablar bien, llame al **1-888-665-4621** o al **711** para utilizar el Servicio de Retransmisión de California.

Cómo presentar una queja

Si considera que [Molina Healthcare](#) no prestó estos servicios o que discriminó ilegalmente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el [coordinador de Derechos Civiles de Molina Healthcare](#). Puede presentar una queja por escrito, de forma presencial o de manera electrónica, como se indica a continuación:

- **Por teléfono:** comuníquese con el coordinador de Derechos Civiles de Molina Healthcare **de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.**, llamando al **1-866-606-3889**. O bien, si no puede escuchar o hablar bien, llame a la línea TTY/TDD o al **711** para utilizar el Servicio de Retransmisión de California.
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíelos a la siguiente dirección:
[Attention: Molina Healthcare Civil Rights Coordinator](#)

[200 Oceangate, Suite 100](#)

[Long Beach, CA 90802](#)
- **De forma presencial:** visite el consultorio médico o [Molina Healthcare](#), y avise que desea presentar una queja.
- **De manera electrónica:** visite el sitio web de [Molina Healthcare](#) en <https://molinahealthcare.Alertline.com> o envíe su queja por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com.

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o de forma electrónica:

- **Por teléfono:** llame al 1-916-440-7370. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de reclamo están disponibles en https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **De manera electrónica:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Si considera que lo discriminaron por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** llame al 1-800-368-1019. Si no puede hablar o escuchar bien, llame a la línea TTY al 1-800-537-7697 o al 711 para utilizar el Servicio de Retransmisión de California.
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de reclamo están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

- **De manera electrónica:** visite el portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp>.

Formas de participar como miembro

Molina Healthcare quiere saber de usted. Cada trimestre, Molina Healthcare tiene reuniones para hablar sobre lo que está funcionando bien y la forma en la que Molina Healthcare puede mejorar. Los miembros están invitados a asistir. ¡Lo esperamos!

Comité Asesor de Miembros

Molina Healthcare tiene un grupo denominado Comité Asesor de Miembros (MAC). Este grupo está integrado por miembros de Molina Healthcare que representan a varias áreas de negocios. Si lo desea, puede unirse a este grupo. El grupo debate sobre cómo mejorar las políticas de Molina Healthcare y es responsable de lo siguiente:

- Asistencia trimestral.
- Participación y revisión de los programas y servicios existentes. Brindan comentarios sobre el desarrollo de los programas innovadores que se centran en abordar los obstáculos identificados al acceder a la atención.

Si desea formar parte de este grupo, llame al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711) y pregunte sobre Participación Comunitaria (Community Engagement). También puede visitar www.MolinaHealthcare.com o www.MyMolina.com.

Aviso de prácticas de privacidad

Se encuentra disponible una declaración en la que se describen las políticas y los procedimientos de Molina Healthcare para preservar la confidencialidad de las historias clínicas, y se le entregará si lo solicita.

Si tiene la edad y la capacidad para otorgar su consentimiento para los servicios sensibles, no es necesario que obtenga ninguna autorización de otro miembro para recibir servicios sensibles o para presentar una reclamación para los servicios

sensibles. Puede leer más sobre los servicios sensibles en la sección “Atención sensible” de este manual.

Puede solicitarle a [Molina Healthcare](#) que envíe las comunicaciones sobre los servicios sensibles a otra dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono que elija. Esto se denomina “solicitud de comunicaciones confidenciales”. Si solicita comunicaciones confidenciales, [Molina Healthcare](#) no brindará información sobre sus servicios de atención sensible a ninguna otra persona sin su autorización por escrito. Si no proporciona una dirección postal, una dirección de correo electrónico o un número de teléfono, [Molina Healthcare](#) enviará las comunicaciones en su nombre a la dirección o el número de teléfono que figura en su expediente.

[Molina Healthcare](#) cumplirá con sus solicitudes de recibir comunicaciones confidenciales en la forma y en el formato que pidió. O bien, nos aseguraremos de que sus comunicaciones se añadan fácilmente en la forma y en el formato que pidió. Se las enviaremos al lugar que elija. Su solicitud de comunicaciones confidenciales tiene vigencia hasta que usted la cancele o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

[Para solicitar y enviar una solicitud de comunicaciones confidenciales, puede llamar a Servicios para Miembros de Molina al 1-888-665-4621 o visitar el sitio web de Molina en \[www.molinahealthcare.com/members\]\(http://www.molinahealthcare.com/members\). La declaración de Molina Healthcare sobre las políticas y los procedimientos para proteger su información médica \(llamada “Aviso de prácticas de privacidad”\) se incluye a continuación:](#)

Aviso de prácticas de privacidad: Molina Healthcare of California

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of California (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”) le brinda beneficios de atención médica a través del programa Medi-Cal. Molina utiliza y divulga información médica protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud. Usamos y compartimos su información para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También usamos y compartimos su información por otros motivos permitidos y requeridos por la ley. Tenemos el deber de mantener privada su información médica y de cumplir con los términos de este aviso. La fecha de entrada en vigencia de este aviso es el 1.º de octubre de 2022.

PHI significa “información de salud protegida”. La PHI es la información de salud que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores, y que Molina usa o comparte.

¿Por qué Molina usa o comparte su PHI?

Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI se utiliza o comparte para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

Para tratamientos

Molina puede usar o compartir su PHI para brindarle, o coordinar, su atención médica. El tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección médica con un especialista. Esto ayuda al especialista a hablar sobre el tratamiento con su médico.

Para pagos

Molina puede usar o compartir PHI para tomar decisiones sobre pagos. Esto puede incluir reclamaciones, aprobaciones de tratamiento y decisiones sobre necesidad médica. Su nombre, su afección, su tratamiento y los suministros proporcionados pueden estar escritos en la factura. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted tiene nuestros beneficios. También le indicaríamos al médico el monto de la factura que pagaríamos.

Para operaciones de atención médica

Molina podría usar o compartir PHI sobre usted para ejecutar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos utilizar la información de su reclamación para informarle sobre un programa de salud que podría ser de utilidad para su caso. También podemos usar o compartir su PHI para resolver preocupaciones del miembro. Su PHI también se puede usar para ver que las reclamaciones se paguen correctamente.

Las operaciones de atención médica involucran muchas necesidades de actividades cotidianas. Incluyen, entre otros aspectos, lo siguiente:

- Mejorar la calidad.
- Llevar a cabo acciones en los programas de salud para ayudar a los miembros con determinadas afecciones (como el asma).
- Realizar o coordinar revisiones médicas.
- Prestar servicios legales, incluidos los programas de detección y enjuiciamiento por fraude y abuso.

- Llevar a cabo acciones para ayudarnos a obedecer las leyes.
- Abordar necesidades de los miembros, incluida la resolución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**socios comerciales**”) que realicen diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. También podemos usar su PHI para recordarle sus citas. Podemos utilizar su PHI para brindarle información sobre otro tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

¿Cuándo Molina puede usar o compartir su PHI sin obtener una autorización por escrito (aprobación) de su parte?

La ley permite o requiere que Molina use y comparta su PHI para muchos otros fines, incluidos los siguientes:

Requerido por ley

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requerido por la ley. Compartiremos su PHI cuando lo solicite la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Esto puede ser para un caso judicial, alguna revisión legal o cuando sea necesario para propósitos de cumplimiento de la ley.

Salud pública

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

Auditoría de atención médica

Su PHI se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Pueden necesitar su PHI para revisar cómo nuestro plan de salud brinda los servicios.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI se puede divulgar a un tribunal, un investigador o un abogado si tiene relación con el funcionamiento de Medi-Cal. Esto puede incluir fraude o acciones para recuperar dinero de otras personas, cuando el programa de Medi-Cal le ha brindado beneficios de atención médica.

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

Molina necesita su aprobación por escrito para utilizar o divulgar su PHI para un propósito distinto de los que se mencionan en este aviso. Molina necesita su

autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones con fines de mercadeo; y (3) usos y divulgaciones que implican la venta de PHI. Puede cancelar una aprobación por escrito que nos haya proporcionado. Su cancelación no se aplicará a las acciones que ya hayamos tomado debido a la aprobación que nos otorgó previamente.

¿Cuáles son sus derechos de información sobre la salud?

Tiene los siguientes derechos:

▪ Solicitar restricciones en los usos o divulgaciones de la PHI (compartir su PHI)

Usted puede pedirnos que no compartamos su PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

También puede pedirnos que no compartamos su PHI con su familia, sus amigos u otras personas que usted designe que participen en su atención médica. Sin embargo, no se nos exige que aceptemos su solicitud. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud.

▪ Solicitar comunicaciones confidenciales de PHI

Usted puede solicitarle a Molina que le dé su PHI de cierta manera o en un lugar determinado para que su PHI se mantenga privada. Cumpliremos con las solicitudes razonables de comunicaciones confidenciales para proporcionar la PHI en una forma o en un formato particular, si es fácil y posible hacerlo, o en ubicaciones alternativas. Deberá presentar su solicitud por escrito o por medios electrónicos.

▪ Revisar y copiar su PHI

Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que tenemos en nuestro poder. Esto puede incluir los registros que se utilizan para la cobertura, las reclamaciones y otras decisiones como miembro de Molina. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por copiar y enviar los registros por correo postal. En determinados casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si desea revisar, obtener una copia o cambiar su historia clínica, comuníquese con su médico o con la clínica.*

▪ **Modificar su PHI**

Usted puede solicitar que modifiquemos (cambiamos) su PHI. Esto incluye solo los registros que conservamos sobre usted como miembro. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud. Puede presentar una carta para indicar que no está de acuerdo con nosotros si denegamos la solicitud.

▪ **Obtener un estado de cuenta de las divulgaciones de PHI (con quiénes se compartió su PHI)**

Puede solicitar que le entreguemos una lista de ciertas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida en los siguientes casos:

- para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica;
- a las personas acerca de su propia PHI;
- si se compartió con su autorización;
- debido a un incidente de uso o divulgación permitido o requerido de alguna manera por la ley correspondiente;
- PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o con fines de inteligencia; o
- como parte de una serie de datos limitados de acuerdo con la ley correspondiente.

Cobramos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un período de 12 meses. Deberá hacer la solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer su solicitud.

Puede hacer cualquiera de las solicitudes indicadas anteriormente o puede obtener una copia impresa de este aviso. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-888-665-4621**.

¿Cómo hago un reclamo?

Si considera que no protegimos su privacidad y desea presentar un reclamo (o queja), puede hacerlo por teléfono o por escrito a la siguiente dirección y teléfono:

Molina Healthcare of California
Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
Teléfono: 1-888-665-4621

O puede llamar o escribir a las siguientes agencias, o comunicarse con ellas:

Privacy Officer
c/o Office of Legal Services
Privacy Officer and Senior Staff Counsel
California Department of Health Care Services
1501 Capitol Avenue
P.O. Box 997413, MS 0010
Sacramento, CA. 95899-7413
(916) 440-7700
Correo electrónico: privacyofficer@dhcs.ca.gov

O

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD);
(202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina debe cumplir con lo siguiente:

- Mantener su PHI privada.
- Darle información escrita como esta sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad sobre su PHI.
- Enviarle un aviso en caso de que se vulnere su PHI no segura.
- No utilizar ni divulgar su información genética para fines de suscripción.
- Cumplir con los términos de este aviso.

Este aviso está sujeto a cambios.

Molina se reserva el derecho de modificar en cualquier momento sus prácticas de información y los términos de este aviso. De ser así, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que mantengamos. Si hacemos cambios sustanciales, Molina publicará el aviso revisado en nuestro sitio web y enviará el aviso revisado, o la información sobre el cambio sustancial y la forma en la que se puede obtener el aviso revisado, en nuestra próxima correspondencia anual a los miembros que tengan cobertura de Molina.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

Molina Healthcare of California

Attention: Manager of Member Services

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

Teléfono: 1-888-665-4621

Aviso sobre las leyes

Existen muchas leyes que se aplican a este Manual para miembros. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si no se incluyen ni se explican en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes federales y estatales sobre el programa de Medi-Cal. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

Aviso sobre Medi-Cal como pagador de última instancia, otra cobertura de salud y recuperación por agravios

El programa de Medi-Cal cumple con las leyes y las regulaciones federales y estatales en relación con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica que se prestan a los miembros. Molina Healthcare tomará todas las medidas razonables para garantizar que el programa de Medi-Cal sea el pagador de última instancia.

Es posible que los miembros de Medi-Cal tengan otra cobertura de salud (OHC), que también se conoce como seguro médico privado. Como una condición de la elegibilidad de Medi-Cal, usted debe solicitar o conservar cualquier OHC disponible cuando no impliquen costos para usted.

Las leyes federales y estatales requieren que los miembros de Medi-Cal informen la OHC y cualquier cambio en la OHC existente. Es posible que deba hacer un reembolso al DHCS por cualquier beneficio que se le haya pagado por error si no informa rápidamente la OHC. Informe su OHC en línea a través de <http://dhcs.ca.gov/OHC>.

Si no tiene acceso a Internet, puede informar la OHC a [Molina Healthcare](#). O puede llamar al 1-800-541-5555 (TTY: 1-800-430-7077 o 711) dentro de California, o al 1-916-636-1980 (fuera de California).

El DHCS de California tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medi-Cal para los que Medi-Cal no es el pagador primario. Por ejemplo, si sufre una lesión en un accidente automovilístico o en el trabajo, es posible que el seguro de indemnización laboral o del automóvil deban pagar primero, o bien hacer un reembolso a Medi-Cal.

Si sufre una lesión y otra parte es la responsable, usted o su representante legal deben notificarlo al DHCS en un plazo de 30 días a partir de la presentación de una acción legal o de una reclamación. Envíe su notificación en línea:

- Personal Injury Program: <https://dhcs.ca.gov/PI>
- Workers' Compensation Recovery Program: <https://dhcs.ca.gov/WC>

Para obtener más información, visite <https://dhcs.ca.gov/tplrd> o llame al 1-916-445-9891.

Aviso sobre la recuperación del patrimonio

El programa de Medi-Cal debe solicitar el reembolso del patrimonio legítimo de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos a los 55 años o después. El reembolso incluye las tarifas por servicio (FFS) y las primas de atención administrada, o los pagos por capitación correspondientes a los servicios prestados en un centro de convalecencia, los servicios comunitarios y domiciliarios, y los servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados que se recibieron cuando el miembro era un paciente hospitalizado en un centro de convalecencia o recibía servicios comunitarios y domiciliarios. El reembolso no puede exceder el valor del patrimonio legitimado del miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación del patrimonio del DHCS a través de <https://dhcs.ca.gov/er> o llame al 1-916-650-0590.

Aviso de acción

Molina Healthcare le enviará una carta de Aviso de acción (NOA) en cualquier momento en el que Molina Healthcare deniegue, retrase, finalice o modifique una solicitud de servicios de atención médica. Si no está de acuerdo con la decisión de Molina Healthcare, siempre puede presentar una apelación ante Molina Healthcare. Consulte la sección de apelaciones más arriba para obtener información importante sobre la presentación de su apelación. Cuando Molina Healthcare le envía un NOA, se le informarán todos los derechos que tiene si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado.

Contenido en los avisos

Si Molina Healthcare fundamenta las denegaciones, los retrasos, las finalizaciones o los cambios en su totalidad o en parte según la necesidad médica, su NOA debe contener lo siguiente:

- Una declaración de la acción que Molina Healthcare tiene la intención de tomar.
- Una explicación clara y breve de los motivos de la decisión de Molina Healthcare.
- La forma en la que Molina Healthcare tomó la decisión, incluidas las reglas que utilizó Molina Healthcare.
- Los motivos médicos para tomar la decisión. Molina Healthcare debe indicar claramente cómo la afección del miembro no cumple con las reglas o las pautas.

Traducciones

Molina Healthcare debe traducir y brindar información del miembro por escrito en los idiomas preferidos frecuentes, lo que incluye todos los avisos de quejas y apelaciones.

El aviso completamente traducido debe incluir el motivo médico por el que Molina Healthcare tomó la decisión de denegar, retrasar, cambiar, reducir, suspender o interrumpir una solicitud de servicios de atención médica.

Si su idioma preferido no está disponible, Molina Healthcare debe ofrecer ayuda verbal en su idioma preferido para que usted pueda comprender la información que recibe.

8. Números importantes y palabras que debe saber

Números de teléfono importantes

- Servicios para Miembros de [Molina Healthcare](#): 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711).
- Medi-Cal Rx: llame al 1-800-977-2273 (TTY: 1-800-977-2273) y presione 5 o 711.
- Información sobre la elegibilidad: 1-800-357-0172
- Línea de ayuda de enfermería disponible las 24 horas: 1-888-275-8750
- Para enfermera en español: 1-866-648-3537
- Notificación de admisión en el hospital: 1-866-553-9263 (fax)

Palabras que debe saber

Administrador de casos: enfermeros registrados o trabajadores sociales que pueden ayudarlo a comprender los problemas de salud importantes y coordinar la atención con sus proveedores. [Esto incluye a los enfermeros vocacionales con licencia \(LVN\) y otros profesionales con licencia.](#)

Afección crónica: enfermedad u otro problema médico que no puede curarse completamente, que empeora con el paso del tiempo o que debe tratarse para evitar que empeore.

8 | Números importantes y palabras que debe saber

Afección médica de emergencia: afección médica o mental con síntomas tan graves, como el trabajo de parto activo (consulte la definición que se proporciona aquí) o dolor intenso, que cualquier persona prudente con conocimiento promedio de salud y medicina pudiera considerar de manera razonable que la falta de atención médica inmediata podría provocar alguna de las siguientes situaciones:

- Poner en grave peligro su salud o la de su bebé en gestación.
- Provocar el deterioro de una función física.
- Provocar que una parte o un órgano del cuerpo no funcionen correctamente.

Afección médica psiquiátrica de emergencia: trastorno mental en el que los síntomas son lo suficientemente graves o significativos como para causar un peligro inmediato a sí mismo o a otros, o por el que no puede proveer alimentos, refugio o vestimenta de inmediato, o realizar tareas relacionadas con estos, debido al trastorno mental.

Agudo/a: afección médica corta y repentina que requiere atención médica rápida.

Apelación: solicitud del miembro para que [Molina Healthcare](#) revise y cambie una decisión tomada con respecto a la cobertura de un servicio solicitado.

Aprobación previa (autorización previa): proceso por el cual usted o su proveedor deben solicitar la aprobación de [Molina Healthcare](#) para determinados servicios a fin de garantizar que [Molina Healthcare](#) los cubra. Una remisión no es una aprobación. Una aprobación previa es lo mismo que una autorización previa.

Área de servicio: área geográfica en la que [Molina Healthcare](#) presta servicios. Incluye los condados de Sacramento, San Diego, Riverside y San Bernardino.

Atención a largo plazo: atención en un centro por más de un mes de la admisión, más otro mes.

Atención de emergencia: examen realizado por un médico o el personal con la indicación de un médico, según lo permitido por la ley, para determinar si existe una afección médica de emergencia. Se trata de servicios necesarios por motivos médicos que se requieren para estabilizarlo clínicamente dentro de las capacidades del centro.

Atención de enfermería especializada: servicios cubiertos que brindan enfermeros, técnicos o terapeutas con licencia durante la estancia en un centro de enfermería especializada o en el hogar de un miembro.

8 | Números importantes y palabras que debe saber

Atención de rutina: servicios y atención preventiva necesarios por motivos médicos, visitas de niño sano o atención médica como atención de seguimiento de rutina. La meta de la atención médica de rutina es prevenir los problemas de salud.

Atención de seguimiento: atención habitual del médico para revisar la evolución del paciente después de una hospitalización o durante el plan de tratamiento.

Atención de urgencia (o servicios de urgencia): servicios que se brindan para tratar una enfermedad, una lesión o una afección que no es de emergencia y requiere atención médica. Puede recibir atención de urgencia de un proveedor fuera de la red si no se puede acceder a los proveedores dentro de la red o estos no están disponibles temporalmente.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención médica o quirúrgica en un hospital sin ser internado.

Atención médica en el hogar: atención de enfermería especializada y otros servicios que se brindan en el hogar.

Atención para pacientes ambulatorios: cuando no tiene que pasar la noche en un hospital o en otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

Atención para pacientes hospitalizados: cuando tiene que pasar la noche en un hospital o en otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

Atención primaria: consulte “atención de rutina”.

Autorización previa (aprobación previa): proceso por el cual usted o su proveedor deben solicitar la aprobación de [Molina Healthcare](#) para determinados servicios a fin de garantizar que [Molina Healthcare](#) los cubra. Una remisión no es una aprobación. Una autorización previa es lo mismo que la aprobación previa.

Beneficios: medicamentos y servicios de atención médica cubiertos por este plan de salud.

Cancelar la inscripción: dejar de usar este plan de salud porque ya no califica o porque se cambia a otro plan de salud. Debe firmar un formulario que indique que ya no desea usar este plan de salud, o bien llamar a HCO y cancelar la inscripción por teléfono.

Centro de atención subaguda (para adultos o pediátrica): centro de atención a largo plazo que brinda atención integral a personas médicamente frágiles que necesitan

8 | Números importantes y palabras que debe saber

servicios especiales, como tratamiento de inhalación, traqueotomía, alimentación intravenosa y atención para el tratamiento de las heridas complejas.

Centro de enfermería especializada: lugar en el que se brinda atención de enfermería las 24 horas del día y que solo los profesionales de salud capacitados pueden brindar.

Centro de salud con calificación federal (FQHC): centro médico en un área que no tiene muchos proveedores de atención médica. Puede recibir atención primaria y preventiva en un FQHC.

Centro u hogar de atención intermedia: atención que se brinda en un centro u hogar de atención a largo plazo y que presta servicios residenciales las 24 horas. Los tipos de centros u hogares de atención intermedia incluyen el centro de atención intermedia/para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD), el centro de atención intermedia/de recuperación de las habilidades para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD-H) y el centro de atención intermedia/de enfermería para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD-N).

Centros de maternidad independientes (FBC): centros de salud donde se planifica un parto lejos de la residencia de la embarazada que cuentan con licencia u otro tipo de aprobación del estado para brindar atención prenatal, de trabajo de parto y alumbramiento, o posparto, así como otros servicios ambulatorios que se incluyen en el plan. Estos centros no son hospitales.

Cirugía reconstructiva: cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo, y mejorar el funcionamiento o crear un aspecto normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo se deben a un defecto congénito, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades.

Clínica de salud rural (RHC): centro médico en un área que no tiene muchos proveedores de atención médica. Puede recibir atención primaria y preventiva en una RHC.

Clínica: centro que los miembros pueden seleccionar como PCP. Puede ser un FQHC, una clínica comunitaria, una RHC, un IHCP u otro centro de atención primaria.

Cobertura (servicios cubiertos): servicios de Medi-Cal por los que [Molina Healthcare](#) es responsable del pago. Los servicios cubiertos están sujetos a los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones del contrato de Medi-Cal y según como se indica en esta Evidencia de Cobertura (EOC) y en cualquier enmienda.

8 | Números importantes y palabras que debe saber

Cobertura de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos que receta un proveedor.

Continuidad de la atención: capacidad de un miembro del plan de seguir recibiendo los servicios de Medi-Cal de su proveedor fuera de la red por un máximo de 12 meses si el proveedor y [Molina Healthcare](#) están de acuerdo.

Coordinación de beneficios (COB): proceso de determinación de la cobertura de seguro (Medi-Cal, Medicare, un seguro comercial u otro) que incluye el tratamiento primario y las responsabilidades de pago de los miembros que tienen más de un tipo de cobertura de seguro médico.

Copago: pago que usted realiza generalmente en el momento en que se presta el servicio, además del pago de la aseguradora.

Cuidados paliativos: atención para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales de un miembro con una enfermedad grave. Los cuidados paliativos no requieren que el miembro tenga una esperanza de vida inferior a 6 meses.

Cuidados para pacientes terminales: atención para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales de un miembro que tiene una enfermedad terminal. Los cuidados para pacientes terminales están disponibles cuando el miembro tiene una esperanza de vida inferior a 6 meses.

DHCS: Departamento de Servicios de Atención Médica de California. Es la oficina estatal que supervisa el programa de Medi-Cal.

Directorio de proveedores: lista de proveedores dentro de la red de [Molina Healthcare](#).

Dispositivo ortopédico: dispositivo utilizado como soporte o férula que se coloca por fuera del cuerpo para apoyar o corregir una parte del cuerpo que está gravemente lesionada o afectada, y que es necesario por motivos médicos para la recuperación médica del miembro.

Dispositivo protésico: dispositivo artificial que se coloca en el cuerpo en reemplazo de una parte del cuerpo faltante.

DMHC: Departamento de Atención Médica Administrada de California. Es la oficina estatal que supervisa los planes de salud de atención administrada.

Enfermedad grave: enfermedad o afección que debe tratarse y que puede provocar la muerte.

8 | Números importantes y palabras que debe saber

Enfermedad terminal: afección médica irreversible que probablemente cause la muerte en un plazo máximo de un año si la enfermedad sigue su curso natural.

Enfermeros parteros certificados (CNM): persona con licencia como enfermero registrado y certificado como enfermero partero por la Junta de Enfermería Registrada de California. Se permite que un enfermero partero certificado asista a los casos de parto normal.

Equipo médico duradero (DME): equipamiento que es necesario por motivos médicos y que solicita su médico u otro proveedor. [Molina Healthcare](#) decide si alquilar o comprar el DME. Los costos de alquiler no deben superar el costo de compra.

Especialista (o médico especialista): médico que trata determinados tipos de problemas de atención médica. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata las fracturas de huesos, un alergista trata las alergias y un cardiólogo trata los problemas cardíacos. En la mayoría de los casos, necesitará una remisión del PCP antes de acudir a un especialista.

Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT): los servicios de EPSDT son un beneficio para los miembros de Medi-Cal que son menores de 21 años para ayudarlos a mantenerse saludables. Los miembros deben tener los controles médicos de seguimiento apropiados para su edad y las evaluaciones apropiadas para detectar problemas de salud y tratar enfermedades a tiempo, así como cualquier tratamiento para tratar o atender las afecciones que se puedan encontrar en los controles de seguimiento.

Fee-for-Service (FFS) Medi-Cal: a veces, su plan de Medi-Cal no cubre los servicios, pero usted puede obtenerlos a través de Medi-Cal FFS, como muchos servicios de farmacia a través de Medi-Cal Rx.

Fraude: acto intencional de engañar o tergiversar que hace una persona que sabe que el engaño puede provocar un beneficio no autorizado para sí mismo o para alguien más.

Health Care Options (HCO): programa que puede inscribirlo o cancelar su inscripción en el plan de salud.

Hogar médico: modelo de atención que brindará una mejor calidad de atención médica, mejorará la autogestión de la atención por parte de los miembros y reducirá los costos evitables con el tiempo.

8 | Números importantes y palabras que debe saber

Hospital participante: hospital con licencia que tiene un contrato con [Molina Healthcare](#) para prestar servicios a los miembros en el momento en que reciben atención. Los servicios cubiertos que algunos hospitales participantes podrían ofrecer a los miembros están limitados por las políticas de revisión de la utilización y el control de la calidad de [Molina Healthcare](#) o por el contrato de [Molina Healthcare](#) con el hospital.

Hospital: lugar donde recibe atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios por parte de médicos y enfermeros.

Hospitalización: admisión en un hospital para el tratamiento como paciente internado.

Indígena americano: persona que cumple la definición de “indígena” en virtud de la ley federal, en el artículo 438.14 del Título 42 del CFR, que define a una persona como “indígena” si la persona cumple con alguno de los siguientes criterios:

- Es miembro de una tribu indígena reconocida federalmente.
- Vive en un centro urbano y cumple con una o más de las siguientes afirmaciones:
 - Es miembro de una tribu, una horda u otro grupo organizado de indígenas, lo que incluye esas tribus, hordas o grupos eliminados desde 1940 y aquellos reconocidos ahora o en el futuro por el estado en el que residen, o que son descendientes en primer o segundo grado de cualquier miembro de este tipo.
 - Es esquimal, aleutiano u otro nativo de Alaska.
 - La Secretaría del Interior lo considera indígena para cualquier propósito.
 - Se determina que es indígena en virtud de las regulaciones emitidas por la Secretaría del Interior.
- La Secretaría del Interior lo considera indígena para cualquier propósito.
- La Secretaría de Salud y Servicios Humanos lo considera indígena con fines de elegibilidad para recibir servicios de atención médica para indígenas, que incluyen los indígenas de California, los esquimales, los aleutianos u otros nativos de Alaska.

Inscrito: persona que es miembro de un plan de salud y recibe servicios a través del plan.

Lista de medicamentos contratados (CDL): lista de medicamentos aprobados para Medi-Cal Rx, a través de la cual su proveedor puede solicitar los medicamentos cubiertos que usted necesita.

Medi-Cal Rx: servicio de beneficios de farmacia de FFS Medi-Cal que se conoce como “Medi-Cal Rx” y brinda beneficios y servicios de farmacia, incluidos los medicamentos recetados y algunos suministros médicos para todos los beneficiarios de Medi-Cal.

Medicamentos recetados: un medicamento que legalmente requiere que se dispense una orden de un proveedor con licencia, a diferencia de los medicamentos de venta libre (OTC), que no requieren receta.

Medicare: programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años, para algunas personas más jóvenes con discapacidades y para pacientes con una enfermedad renal terminal (insuficiencia renal crónica que requiere tratamiento con diálisis o un trasplante; a veces, se denomina ESRD).

Médico de atención primaria (PCP): proveedor con licencia que se ocupa de la mayor parte de su atención médica. Su PCP lo ayuda a obtener la atención médica que necesita.

Su PCP puede ser alguno de los siguientes:

- Médico general
- Internista
- Pediatra
- Médico de cabecera
- Obstetra/ginecólogo
- IHCP
- FQHC
- RHC
- Enfermero especializado
- Asistente médico
- Clínica

Miembro: cualquier miembro elegible de Medi-Cal inscrito en [Molina Healthcare](#) que tiene derecho a recibir servicios cubiertos.

Necesario por motivos médicos (o necesidad médica): son servicios importantes que son razonables y protegen la vida. La atención es necesaria para evitar que los pacientes se enfermen gravemente o tengan una discapacidad. Esta atención reduce el dolor intenso al tratar la enfermedad, el padecimiento o la lesión. Para los miembros

8 | Números importantes y palabras que debe saber

menores de 21 años, los servicios necesarios por motivos médicos incluyen los cuidados que se necesitan para tratar o atender una enfermedad o una afección física o mental, incluidos los trastornos por consumo de sustancias, según se dispone en la sección 1396d(r) del Título 42 del Código de los Estados Unidos.

Otra cobertura de salud (OHC): se refiere a los seguros médicos privados y a los pagadores de servicios que no sean Medi-Cal. Los servicios pueden incluir planes médicos, dentales, de la vista, de farmacia o complementarios de Medicare (Partes C y D).

Paciente habitual: paciente que tiene una relación existente con un proveedor y ha acudido a ese proveedor dentro de una cantidad de tiempo específica establecida por el plan de salud.

Plan de atención administrada: plan de Medi-Cal que utiliza solo determinados médicos, especialistas, clínicas, farmacias y hospitales para los beneficiarios de Medi-Cal que están inscritos en ese plan. [Molina Healthcare](#) es un plan de atención administrada.

Plan: consulte “plan de atención administrada”.

Proveedor calificado: médico calificado en el área de práctica apropiada para tratar su afección.

Proveedor de la red (o proveedor dentro de la red): consulte “proveedor participante”.

Proveedor de servicios de salud mental: personas con licencia que prestan servicios de salud mental y salud del comportamiento a los pacientes.

Proveedor fuera de la red: proveedor que no pertenece a la red de [Molina Healthcare](#).

Proveedor no participante: proveedor que no pertenece a la red de [Molina Healthcare](#).

Proveedor participante (o médico participante): un médico, un hospital u otro centro de atención médica con licencia, o un centro de salud con licencia, incluidos los centros de cuidados subagudos, que tienen un contrato con [Molina Healthcare](#) para ofrecer servicios cubiertos a los miembros en el momento en que reciben atención.

Proveedores de atención médica en el hogar: proveedores que le brindan atención de enfermería especializada y otros servicios en el hogar.

8 | Números importantes y palabras que debe saber

Proveedores de atención médica para indígenas (IHCP): programa de atención médica operado por el Servicio de Salud de los Indígenas (IHS), una tribu indígena, el Programa de Salud Tribal, una organización tribal o una Organización Indígena Urbana (UIO), según se definen en la sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica a Indígenas (sección 1603 del Título 25 del Código de los Estados Unidos [USC]).

Proveedores de atención médica: médicos y especialistas, como cirujanos, médicos que tratan el cáncer o médicos que tratan partes especiales del cuerpo, y que trabajan con [Molina Healthcare](#) o se encuentran dentro de la red de [Molina Healthcare](#). Los proveedores de la red de [Molina Healthcare](#) deben tener una licencia para ejercer en California y prestarle un servicio que cubre [Molina Healthcare](#).

Por lo general, necesita una remisión de su PCP para consultar a un especialista. Su PCP debe obtener la aprobación previa de [Molina Healthcare](#) antes de que usted reciba la atención de un especialista.

No necesita una remisión de su PCP para algunos tipos de servicios, como planificación familiar, atención de emergencia, atención obstétrica/ginecológica o servicios sensibles.

Queja: expresión verbal o escrita de disconformidad del miembro con respecto a [Molina Healthcare](#), un proveedor, la calidad de la atención o los servicios prestados. Un reclamo que se presentó ante [Molina Healthcare](#) con respecto a un proveedor de la red es un ejemplo de una queja.

Quiropráctico: proveedor que trata la columna vertebral mediante una manipulación manual.

Reclamo: expresión verbal o escrita de disconformidad de un miembro con respecto a un servicio cubierto por Medi-Cal, [Molina Healthcare](#), un plan de salud mental del condado o un proveedor de Medi-Cal. Un reclamo es lo mismo que una queja.

Recuperación por agravios: cuando se brindan beneficios, o se brindarán, a un miembro de Medi-Cal debido a una lesión por la cual otra parte es responsable, el DHCS recupera el valor razonable de los beneficios proporcionados al miembro por esa lesión.

Red: grupo de médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores que tienen contrato con [Molina Healthcare](#) para brindar atención.

8 | Números importantes y palabras que debe saber

Remisión: cuando su PCP le indica que debe recibir atención de otro proveedor. Para recibir algunos servicios de atención cubiertos, debe obtener una remisión y una aprobación previa (autorización previa).

Seguro médico: cobertura de seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos a través del reembolso de los gastos por enfermedades o lesiones al asegurado o del pago directo al proveedor de la atención.

Servicio no cubierto: servicio que [Molina Healthcare](#) no cubre.

Servicios comunitarios para adultos (CBAS): servicios para pacientes ambulatorios en el centro para brindar atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidado personal, apoyo y capacitación para los familiares y los cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para los miembros que califiquen.

Servicios de médicos: servicios que brinda una persona con licencia en virtud de la ley estatal para ejercer la medicina o la osteopatía; no incluye los servicios que ofrecen los médicos mientras usted está internado en un hospital que se cobran en la factura del hospital.

Servicios de partería: atención prenatal, durante el parto y posparto, incluida la atención de planificación familiar para la madre y la atención inmediata para el recién nacido, que brindan enfermeros parteros certificados (CNM) y parteros con licencia (LM).

Servicios de planificación familiar: servicios para evitar o postergar el embarazo.

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios: servicios ambulatorios para miembros con afecciones de salud mental de leves a moderadas, incluidos los siguientes:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual o grupal (psicoterapia).
- Pruebas psicológicas cuando se indican clínicamente para evaluar una afección de salud mental.
- Servicios ambulatorios con el propósito de controlar la terapia con medicamentos.
- Consulta psiquiátrica.
- Laboratorio, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios.

Servicios de salud pública: servicios de salud que están destinados a toda la población. Estos incluyen, entre otros, análisis de la situación de salud, control médico, promoción de la salud, servicios preventivos, control de enfermedades infecciosas,

8 | Números importantes y palabras que debe saber

protección y saneamiento ambiental, preparación y respuesta ante desastres, y salud ocupacional.

Servicios especializados de salud mental: servicios para miembros que tienen necesidades de servicios de salud mental con un nivel de discapacidad superior a un nivel de leve a moderado.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por el programa de Medi-Cal de California.

Servicios fuera del área: servicios que se prestan mientras el miembro se encuentra fuera del área de servicio.

Servicios para Niños de California (CCS): programa de Medi-Cal que presta servicios a los niños de hasta 21 años que experimentan determinadas afecciones, enfermedades o problemas de salud crónicos.

Servicios posteriores a la estabilización: servicios cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que se brindan una vez estabilizado el miembro para mantenerlo de esa manera. Estos servicios de atención posterior a la estabilización tienen cobertura y están pagados. Es posible que los hospitales fuera de la red necesiten aprobación previa (autorización previa).

Servicios sensibles: servicios relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH/SIDA, la agresión sexual y el aborto, el trastorno por consumo de sustancias, la atención de afirmación de género y la violencia de pareja.

Servicios y dispositivos de recuperación de habilidades: servicios de atención médica que lo ayudarán a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Servicios y dispositivos de terapia de rehabilitación y habilitación: servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a adquirir determinadas habilidades mentales y físicas, o recuperarlas.

Trabajo de parto activo: período en el que una mujer se encuentra en las tres etapas del parto y no se puede trasladar de forma segura a otro hospital antes del parto, o el traslado podría perjudicar la salud y la seguridad de la mujer o del bebé en gestación.

Transporte médico de emergencia: transporte en una ambulancia o en un vehículo de emergencia hacia una sala de emergencias para obtener atención médica de emergencia.

8 | Números importantes y palabras que debe saber

Transporte médico: transporte cuando no puede ir a una cita médica cubierta o retirar los medicamentos recetados en automóvil, en autobús, en tren o en taxi, y su proveedor se lo indica. [Molina Healthcare](#) paga por el transporte de menor costo para sus necesidades médicas cuando requiere trasladarse a su cita.

Transporte no médico: transporte de ida y vuelta a una cita para un servicio cubierto por Medi-Cal que está autorizado por su proveedor, y para retirar medicamentos recetados y suministros médicos.

Tratamiento en investigación: un medicamento de tratamiento, un producto biológico o un dispositivo que ha completado satisfactoriamente la fase uno de una investigación clínica aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), pero que no lo han aprobado para el uso general y se sigue estudiando en la investigación clínica aprobada por la FDA.

Tratamiento experimental: medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se encuentran en fase de prueba con estudios de laboratorio o en animales antes de realizarse las pruebas en seres humanos. Los servicios experimentales no se someten a una investigación clínica.

Triaje (o evaluación): evaluación de su salud por parte de un médico o un enfermero capacitado con el fin de determinar la urgencia de su necesidad de atención.

