



Member Handbook

What you need to know about your benefits

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

2024

Los Angeles

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.

ເທກໄລພາສາລາວ (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 qiex 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 nzaih 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.

[Molina Healthcare of California](#) works with [Health Net Community Solutions, Inc.](#) in Los Angeles County to help you get the care you need.

[Health Net](#) works with the State of California and [Molina](#), as a Subcontractor, to help you get the health care you need. We serve people who live in Los Angeles County (called our “service area”). You may choose to enroll in either [Health Net](#) or [Molina](#).

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](#) (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](#) (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](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.

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.....	42
Getting to your appointment	42
Canceling and rescheduling	43
Payment.....	43
Referrals	44

Pre-approval (prior authorization).....	46
Second opinions.....	47
Sensitive care.....	48
Urgent care.....	50
Emergency care.....	52
Nurse Advice Line.....	53
Advance directives.....	54
Organ and tissue donation.....	54
4. Benefits and services.....	56
What your health plan covers.....	56
Medi-Cal benefits covered by Molina Healthcare	59
Other Molina Healthcare covered benefits and programs.....	80
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.....	109
Complaints and Independent Medical Reviews (IMR) with the Department of Managed Health Care (DMHC).....	110
State Hearings.....	111
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.....	119
Notice of privacy practices.....	119

Table of contents

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 (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 [Los Angeles County](#).

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

Los Angeles county's Social Security Administration Office at 1-800-722-1213.

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>

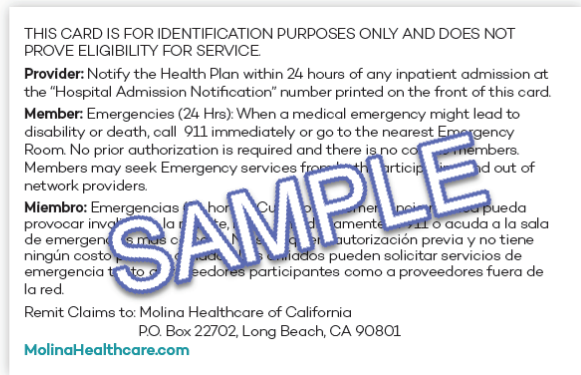
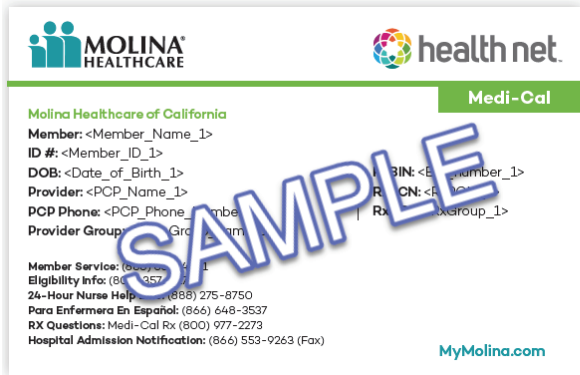
Or call Health Care Options at 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 or 711).

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:



1 | Getting started as a member



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](tel: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 Los Angeles County. [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

- Your adopted child
- Your stepchild
- Your foster child
- 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 [Los Angeles County](#)
- 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 [Los Angeles County office](#) 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 [Los Angeles County office](#). 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](#) (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 \[www.Molinahealthcare.com\]\(http://www.Molinahealthcare.com\) 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](tel: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 [Los Angeles](#) 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](tel: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](tel: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](tel: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
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](#).

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](#) (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](#) (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](tel: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** (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** (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](tel:1-888-275-8750) (English) or [1-866-648-3537](tel: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](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 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/MHPContactList.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](#) (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 (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).

- 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 [Los Angeles County](#), 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

Medi-Cal uses managed care plans to provide your dental services. You can stay in Fee-for-Service Dental, or you can choose the Dental Managed Care. To choose or change your dental plan, call Health Care Options at 1-800-430-4263. You may not be enrolled in a PACE or SCAN plan and a Dental Managed Care plan at the same time.

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 (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://smilecalifornia.org/>.

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:

- 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: 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

- Has lived 60+ days in a nursing home and/or Medical Respite setting;
and

- Is interested in moving back to the community; and

- 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:

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

- 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

- 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 [Los Angeles County](#), 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
- 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.

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](tel: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](tel: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 (TTY 1-800-952-8349). 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.

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:

- 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
- 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.

If you need additional assistance with an unresolved issue, you may also contact Health Net at [1-800-522-0088](#).

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](tel: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](tel:1-800-357-0172)
- [24-Hour Nurse Help Line: 1-888-275-8750](tel:1-888-275-8750)
- [Para Enfermera En Español: 1-866-648-3537](tel:1-866-648-3537)
- [Hospital Admission Notification: 1-866-553-9263 \(Fax\)](tel:1-866-553-9263)
- [Health Net member services: 1-800-522-0088](tel:1-800-522-0088)
- [Health Net website: www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

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

- 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 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 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 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.

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 county of Los Angeles.

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 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 necesita saber sobre sus beneficios

Evidencia de Cobertura (EOC) y Formulario de Divulgación combinados de [Molina Healthcare](#)

2024

Los Angeles

Otros idiomas y formatos

Otros idiomas

Puede obtener este Manual para miembros y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo para usted. [Molina Healthcare](#) proporciona traducciones escritas 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 idiomas para atención médica, como los servicios de interpretación y traducción.

Otros formatos

Puede obtener esta información en otros formatos, como braille, letra grande de 20 puntos, audio y formatos electrónicos accesibles sin 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 brinda servicios de interpretación oral con intérpretes calificados, las 24 horas, sin costo para usted. No es necesario que use a un familiar o amigo como intérprete. No recomendamos el uso de menores como intérpretes, a menos que se trate de una emergencia. Los servicios de interpretación, lingüísticos y culturales están disponibles sin costo para usted. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda en otros idiomas o para obtener este manual en un idioma diferente, 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 بريل 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 ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕເພີມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-665-4621 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex 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 nzaih 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). ਅਪਾਹਜ਼ 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.

แท็กไลน์ภาษาไทย (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.

¡Le damos la bienvenida a [Molina Healthcare](#)!

Gracias por ser parte de [Molina Healthcare](#). [Molina Healthcare](#) es un plan de salud para personas que tienen Medi-Cal. [Molina Healthcare](#) trabaja con el estado de California para ayudarlo a obtener la atención médica que necesita.

[Molina Healthcare of California](#) trabaja con [Health Net Community Solutions, Inc.](#) en el condado de Los Angeles para ayudarlo a obtener la atención que necesita.

[Health Net](#) trabaja con el estado de California y [Molina](#), como subcontratista, para ayudarlo a obtener la atención médica que necesita. Brindamos servicios a personas que viven en el condado de Los Angeles (lo que llamamos nuestra “área de servicio”). Puede elegir inscribirse en [Health Net](#) o en [Molina](#).

Manual para miembros

En este Manual para miembros, se le informa acerca de su cobertura con [Molina Healthcare](#). Lea este documento atentamente y por completo. Esto lo ayudará a comprender sus beneficios, los servicios que tiene a su disposición y cómo obtener la atención que necesita. 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 llama Evidencia de Cobertura (EOC) y Formulario de Divulgación combinados. Es un resumen de las reglas y 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 (TTY/TDD o 711).

¡Le damos la bienvenida a [Molina Healthcare](#)!

En este Manual para miembros, a veces se hace referencia a [Molina Healthcare](#) como “nosotros” o “nuestro/a”. A veces, a los miembros se les llama “usted”. Algunas palabras en 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 solicitar otra copia del Manual para miembros sin costo para usted. También puede encontrar el Manual para miembros en el sitio web de [Molina Healthcare](#) en www.MolinaHealthcare.com. También puede solicitar una copia gratuita de las políticas y los procedimientos clínicos y administrativos públicos de [Molina Healthcare](#). También se encuentran en el sitio web de [Molina Healthcare](#).

Contáctenos

[Molina Healthcare](#) está dispuesto a ayudarlo. Si tiene preguntas, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). [Molina Healthcare](#) lo atiende **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: 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
¡Le damos la bienvenida a Molina Healthcare!.....	9
Manual para miembros	9
Contáctenos.....	10
Índice	11
1. Primeros pasos como miembro	14
Cómo obtener ayuda	14
Quién puede ser miembro	14
Tarjetas de identificación (ID).....	15
2. Acerca de su plan de salud.....	17
Resumen del plan de salud	17
Cómo funciona su plan	19
Cambio de plan de salud	20
Estudiantes que se mudan a otro condado o fuera de California.....	20
Continuidad de la atención	22
Costos.....	25
3. Cómo obtener atención	29
Cómo obtener servicios de atención médica.....	29
Médico de atención primaria (PCP).....	30
Red de proveedores	34
Citas.....	43
Cómo llegar a su cita	44
Cancelar y reprogramar.....	44
Pago	44
Remisiones	46

Preaprobación (autorización previa).....	48
Segundas opiniones	49
Atención de asuntos delicados	50
Atención de urgencia.....	53
Atención de emergencia	55
Línea de asesoramiento de enfermería.....	57
Directivas anticipadas.....	57
Donación de órganos y tejidos	58
4. Beneficios y servicios	59
Lo que cubre su plan de salud.....	59
Beneficios de Medi-Cal cubiertos por Molina Healthcare	62
Otros programas y beneficios cubiertos de Molina Healthcare	86
Otros programas y servicios de Medi-Cal.....	100
Servicios que no puede recibir a través de Molina Healthcare ni Medi-Cal	106
Evaluación de tecnologías nuevas y existentes	106
5. Cuidado para niños y jóvenes sanos.....	107
Servicios pediátricos (menores de 21 años).....	107
Seguimientos de salud del niño sano y atención preventiva	108
Examen de detección de intoxicación por plomo presente en la sangre.....	109
Ayuda para recibir servicios de cuidado para niños y jóvenes sanos	110
Otros servicios que puede recibir a través de Medi-Cal de tarifa por cada servicio (FFS) u otros programas	110
6. Presentación de informes y resolución de problemas.....	113
Reclamos.....	114
Apelaciones	115
Qué hacer si no está de acuerdo con una decisión sobre la apelación .	117
Reclamos y revisiones médicas independientes (IMR) ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)	118
Audiencias estatales.....	119
Fraude, despilfarro y abuso	121
7. Derechos y responsabilidades	123
Sus derechos.....	123
Sus responsabilidades.....	125
Aviso de no discriminación	125

Maneras de involucrarse como miembro.....	128
Aviso sobre las prácticas de privacidad.....	129
Aviso sobre las leyes.....	135
Aviso sobre Medi-Cal como pagador de último recurso, otra cobertura de salud y recuperación de agravios.....	135
Aviso sobre la recuperación del patrimonio.....	136
Aviso de Acción	137
8. Números y palabras importantes que debe conocer	138
Números de teléfono importantes.....	138
Palabras que debe conocer.....	138

1. Primeros pasos como miembro

Cómo obtener ayuda

Molina Healthcare quiere que esté satisfecho con su atención médica. Si tiene preguntas o preocupaciones sobre su atención, ¡Molina Healthcare quiere escucharlo!

Servicios para Miembros

Servicios para Miembros de Molina Healthcare está dispuesto a ayudarlo.

Molina Healthcare puede hacer lo siguiente:

- Responder preguntas sobre su plan de salud y los servicios cubiertos de Molina Healthcare.
- Ayudarlo a elegir un médico de atención primaria (PCP) o cambiarlo.
- Indicarle dónde 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 lo atiende 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 espere menos de 10 minutos al llamar.

También puede visitar el sitio web de Servicios para Miembros en cualquier momento:

www.MolinaHealthcare.com.

Quién puede ser miembro

Todos los estados pueden tener un programa de Medicaid. En California, Medicaid se llama **Medi-Cal**.

Usted califica para [Molina Healthcare](#) porque reúne los requisitos para Medi-Cal y reside en el [condado de Los Angeles](#).

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 de Administración del Seguro Social del condado de Los Angeles al 1-800-722-1213.

Es posible que también califique para Medi-Cal a través del Seguro Social porque recibe un Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI) o Pago complementario 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 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 ganar más dinero.
- Su familia comenzó a recibir más manutención infantil o conyugal.

Puede hacer preguntas sobre los requisitos para Transitional Medi-Cal en la oficina local de salud y servicios humanos de su condado en la siguiente dirección:

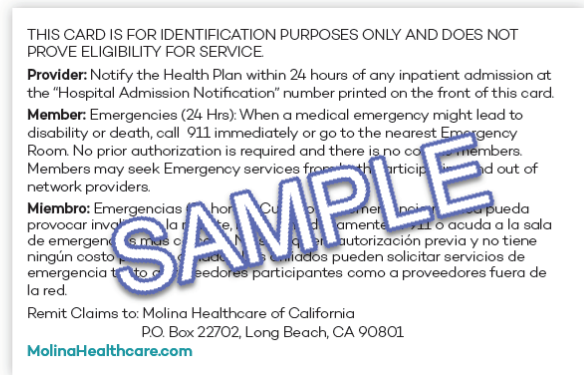
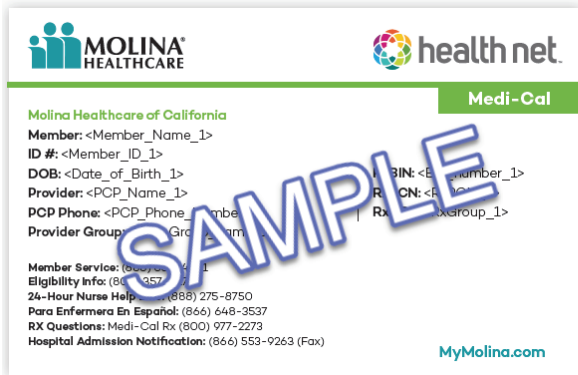
<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>

O llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711).

Tarjetas de identificación (ID)

Como miembro de [Molina Healthcare](#), recibirá la tarjeta de identificación (ID) 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 recetas. La 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 de identificación de BIC y de Molina Healthcare son similares a las siguientes:



Si no recibe su tarjeta de identificación de Molina Healthcare en el transcurso de unas semanas después de la fecha de inscripción, o si se daña, la pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato. Molina Healthcare le enviará otra tarjeta sin 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 personas que tienen Medi-Cal en el condado de Los Angeles. [Molina Healthcare](#) trabaja con el estado de California para ayudarlo a obtener la atención médica que necesita.

Hable con uno de los representantes de Servicios para Miembros de [Molina Healthcare](#) para obtener más información sobre el plan de salud y cómo empezar a usarlo. Llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Cuándo comienza y finaliza su cobertura

Cuando se inscriba en [Molina Healthcare](#), le enviaremos la tarjeta de identificación de Molina Healthcare en las dos semanas posteriores a la fecha de inscripción. Debe mostrar tanto su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#) como su tarjeta BIC de Medi-Cal cuando reciba servicios de atención médica o recetas.

La cobertura de Medi-Cal deberá renovarse cada año. Si la oficina local de su condado no puede renovar la cobertura de Medi-Cal de manera electrónica, el condado le enviará un formulario de renovación de Medi-Cal previamente completado. Llénelo y envíelo a la agencia local de servicios humanos de su condado. Puede presentar la información personalmente, por teléfono, por correo, en línea o por otros medios electrónicos disponibles en su condado.

[Usted o sus hijos dependientes pueden inscribirse en Molina Healthcare en las siguientes circunstancias:](#)

- [Usted obtiene beneficios de Medi-Cal.](#)
- [Usted vive en uno de los condados donde opera Molina Healthcare.](#)
- [Los hijos dependientes pueden ser los siguientes:](#)

- Hijos biológicos.
- Hijos adoptivos.
- Hijastros.
- Hijos de acogida temporal.
- Niños 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 llenar un formulario de inscripción para formar parte de Molina Healthcare. El formulario de inscripción proviene de Health Care Options. Health Care Options inscribe a 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 visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov. Puede elegir Molina Healthcare de una lista. Después de su inscripción, pueden pasar hasta 45 días antes de ser miembro.

Puede finalizar su cobertura de [Molina Healthcare](#) y elegir otro plan de salud en cualquier momento. Para obtener ayuda para elegir otro 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 pedir que finalice su cobertura de Medi-Cal.

[Molina Healthcare](#) es un plan de salud para miembros de Medi-Cal en [\[condado\]](#). Busque la oficina local en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.

La elegibilidad para [Molina Healthcare](#) puede finalizar en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Se muda fuera del [condado de Los Angeles](#).
- Usted ya no tiene Medi-Cal.
- Pasa a ser elegible para un programa de exención que requiere su inscripción en Medi-Cal de tarifa por cada servicio (FFS).
- Está en la cárcel o en prisión.

Si pierde la cobertura de Medi-Cal de [Molina Healthcare](#), es posible que aún califique para una cobertura de Medi-Cal de FFS. Si no está seguro de si todavía tiene cobertura de [Molina Healthcare](#), llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Consideraciones especiales para los indios americanos con atención administrada

Los indios americanos tienen derecho a no inscribirse en un plan de atención administrada de Medi-Cal. O pueden abandonar el plan de atención administrada de Medi-Cal y regresar a Medi-Cal de FFS en cualquier momento y por cualquier motivo.

Si usted es indio americano, tiene derecho a recibir servicios de atención médica de un proveedor de atención médica para indígenas (IHCP). También puede permanecer en el plan o cancelar la inscripción (darse de baja) en [Molina Healthcare](#) mientras recibe servicios de atención médica de estos centros. Para obtener más información sobre la inscripción y la cancelación de la inscripción, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

[Molina Healthcare](#) debe brindarle la coordinación de la atención, incluida la administración de casos fuera de la red. Si solicita servicios de un proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) y no hay ninguno disponible dentro de la red, [Molina Healthcare](#) debe ayudarlo a encontrar un IHCP fuera de la red. Para obtener más información, lea “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 Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS). [Molina Healthcare](#) trabaja con médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica en el área de servicio de [Molina Healthcare](#) para proporcionar atención médica a nuestros miembros. Como miembro de [Molina Healthcare](#), es posible que reúna los requisitos para recibir algunos servicios prestados a través de Medi-Cal de FFS. Estos incluyen recetas médicas para pacientes ambulatorios, medicamentos sin receta y algunos suministros médicos a través de Medi-Cal Rx.

[[Servicios para Miembros](#)] 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 traducción sin costo o información escrita en formatos alternativos, y cómo averiguar si reúne los requisitos 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 en www.MolinaHealthcare.com.

Cambio de plan de salud

Puede retirarse de [Molina Healthcare](#) e inscribirse en otro plan de salud de su condado de residencia en cualquier momento. Para elegir otro plan, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711). Puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. O visite <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>.

El procesamiento de su solicitud puede demorar hasta 30 días para retirarlo de [Molina Healthcare](#) y que se pueda inscribir en otro plan en su condado. Para conocer el estado de su solicitud, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711).

Si desea retirarse antes de [Molina Healthcare](#), puede llamar a Health Care Options para solicitar una cancelación de inscripción acelerada (rápida).

Entre los miembros que pueden solicitar una cancelación de inscripción acelerada se incluyen, entre otros, hijos que reciban servicios de los programas de Acogida Temporal o de Asistencia de Adopción, miembros con necesidades especiales de atención médica, y miembros ya inscritos en Medicare o en otro plan de atención administrada de Medi-Cal o comercial.

Puede solicitar retirarse de [Molina Healthcare](#) comunicándose con la oficina local de salud y servicios humanos de su condado. Busque la oficina local en la siguiente dirección:

<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 otro condado o fuera de California

Puede recibir atención de emergencia y de urgencia en cualquier lugar de los Estados Unidos, incluidos sus territorios. La atención preventiva y la de rutina solo están

cubiertas en el condado de residencia. Si usted es un estudiante que se muda a otro condado de California para recibir educación superior, incluidos colegios universitarios, [Molina Healthcare](#) cubrirá los servicios de sala de emergencias y de atención de urgencia en su nuevo condado. También puede recibir atención preventiva o de rutina en el nuevo condado, pero debe notificarle a su plan de atención administrada (MCP). Lea más abajo.

Si está inscrito en Medi-Cal y es estudiante en un condado distinto del condado de California en el que reside, no necesita solicitar Medi-Cal en ese condado.

Si se muda temporalmente de su hogar para ser estudiante de otro condado de California, tiene dos opciones. Puede hacer lo siguiente:

- Informe al trabajador de elegibilidad en la [oficina del condado de Los Angeles](#) que se mudará temporalmente para asistir a una institución de educación superior y proporcione su dirección en el nuevo condado. El condado actualizará los registros del caso con su nueva dirección y el código del condado. Debe hacerlo si desea seguir recibiendo atención preventiva o de rutina mientras reside en otro condado. Si [Molina Healthcare](#) no presta servicios en el condado donde asistirá a la universidad, es posible que deba cambiar de plan de salud. Si tiene preguntas o si desea evitar demoras para 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 bien

- Si [Molina Healthcare](#) no presta servicios en el nuevo condado donde asiste a la universidad, y no cambia su plan de salud por uno que sí los preste en ese condado, solo recibirá servicios de sala de emergencias y de atención de urgencia para algunas afecciones en el nuevo condado. Para obtener más información, lea el Capítulo 3, “Cómo obtener atención”. Para la atención médica preventiva o de rutina, deberá usar la red de proveedores de [Molina Healthcare](#) ubicada en el condado de residencia del jefe del hogar.

Si se va de California temporalmente para ser estudiante de otro estado y desea mantener su cobertura de Medi-Cal, comuníquese con su trabajador de elegibilidad en la [oficina del condado de Los Angeles](#). Siempre que reúna los requisitos, Medi-Cal cubrirá los servicios de emergencia y de atención de urgencia en otro estado. Si [Molina Healthcare](#) aprueba el servicio y si 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 México.

Los servicios de atención preventiva y de rutina, incluidos los medicamentos recetados, no están cubiertos cuando 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, de atención de urgencia ni de cualquier otro tipo de atención médica fuera de los Estados Unidos, excepto en Canadá y México, como se indica en el capítulo 3.

Continuidad de la atención

Continuidad de la atención de un proveedor fuera de la red

Como miembro de [Molina Healthcare](#), recibirá atención médica de proveedores de la red de [Molina Healthcare](#). Para saber si un proveedor de atención médica se encuentra en la red de [Molina Healthcare](#), visite www.Molinahealthcare.com o puede llamar 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 figuran en el directorio no estén en la red de [Molina Healthcare](#).

En algunos casos, podría recibir atención de proveedores que no pertenecen a la red de [Molina Healthcare](#). Si se le exigió que cambie su plan de salud o que cambie del FFS a atención administrada, o si tenía un proveedor de la red que ya no pertenece a la red, podría conservar a su proveedor incluso si este no se encuentra en la red de [Molina Healthcare](#). Esto se denomina continuidad de la atención.

Si necesita recibir atención de un proveedor que no pertenece a la red, llame a [Molina Healthcare](#) para solicitar la continuidad de la atención. Usted puede obtener la continuidad de la atención por hasta 12 meses o más si se cumplen las siguientes condiciones:

- Tiene 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 de 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](#) al finalizar los 12 meses, si no están de acuerdo con las tarifas de pago de [Molina Healthcare](#) o si no cumplen con los requisitos de calidad de la atención, usted deberá cambiarse a proveedores de la red de [Molina Healthcare](#). Para hablar sobre 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 continuidad de la atención de un proveedor fuera de la red para determinados servicios auxiliares (de apoyo), como servicios de radiología, laboratorio, centros de diálisis o transporte. Usted recibirá estos servicios con un proveedor de la red de [Molina Healthcare](#).

Para obtener más información sobre la continuidad de la atención y para saber si reúne los requisitos, llame a [Servicios para Miembros](#) al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Finalización de los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red

Como miembro de [Molina Healthcare](#), recibirá servicios cubiertos de proveedores dentro de la red de [Molina Healthcare](#). Si en el momento de inscribirse en [Molina Healthcare](#) o en el momento en que su proveedor dejó de pertenecer a la red de [Molina Healthcare](#) estaba recibiendo tratamiento por determinadas afecciones médicas, es posible que aún pueda recibir los servicios de Medi-Cal de un proveedor fuera de la red.

Quizás pueda continuar recibiendo atención de un proveedor fuera de la red por un período de tiempo específico si necesita servicios cubiertos para las siguientes afecciones médicas:

Afección médica	Período de tiempo
Afecciones agudas (un problema médico que requiere atención rápida).	Durante el tiempo que dure la afección aguda.
Afecciones físicas y del comportamiento crónicas (un problema de atención médica grave que ha tenido durante mucho tiempo).	Por una cantidad de tiempo necesaria para finalizar el curso del tratamiento y trasladarlo de forma segura a otro médico de la red de Molina Healthcare .
Atención de embarazo y posparto (después del nacimiento).	Durante el embarazo y hasta 12 meses después de la finalización del embarazo.
Servicios de salud mental para maternidad	Hasta 12 meses a partir del diagnóstico o de la finalización del embarazo, lo que ocurra más tarde.
Atención de un niño desde el nacimiento hasta los 36 meses.	Hasta 12 meses a partir de la fecha de inicio de la cobertura o de la fecha en que el contrato del proveedor finaliza con Molina Healthcare .
Enfermedad terminal (un problema médico que pone en riesgo la vida).	Durante el tiempo que dure la enfermedad. Aún puede recibir servicios durante más de 12 meses a partir de la fecha en que se inscribió en Molina Healthcare o el momento en que el proveedor deje de trabajar con Molina Healthcare .
Realización de una cirugía u otro procedimiento médico de un proveedor fuera de la red siempre que esté cubierto, sea médicamente necesario y esté autorizado por Molina Healthcare como parte de un curso de tratamiento documentado y recomendado y documentado por el proveedor.	La cirugía u otro procedimiento médico debe realizarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha de finalización del contrato del proveedor o 180 días desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en Molina Healthcare .

Para otras afecciones que podrían reunir los requisitos, 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 continuar brindando servicios o no está de acuerdo con los requisitos del contrato, el pago u otros términos de [Molina Healthcare](#) para brindar atención, usted no podrá continuar recibiendo atención del proveedor. Es posible que siga recibiendo servicios de otro proveedor que esté en 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 se encuentra en la red de [Molina Healthcare](#), 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 los servicios que Medi-Cal no cubre o que están cubiertos por el 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](#) brinda servicios a personas que califican para Medi-Cal. En la mayoría de los casos, los miembros de [Molina Healthcare](#) no tienen que pagar servicios cubiertos, primas ni deducibles.

Si usted es indio 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 indígena de Estados Unidos que reciba un artículo o 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 cargo 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 para Familias, es posible que tenga una prima mensual y copagos.

Excepto para atención de emergencia, de urgencia o de asuntos delicados, debe obtener preaprobación (autorización previa) de [Molina Healthcare](#) antes de visitar a un proveedor fuera de la red de [Molina Healthcare](#). Si no obtiene la preaprobación

(autorización previa) y acude a un proveedor que no pertenece a la red para recibir atención que no sea de emergencia, atención de urgencia o atención de asuntos delicados, es posible que deba pagar por la atención que recibió de ese proveedor. Para obtener una lista de servicios cubiertos, lea el Capítulo 4 de este manual, “Beneficios y servicios”. 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 costo compartido

Es posible que deba pagar una parte del costo mensual por sus servicios de atención a largo plazo. El monto del costo compartido varía según sus ingresos y recursos. Cada mes, usted pagará sus facturas de atención médica, incluidas, entre otras, las de servicios de apoyo a largo plazo (LTSS), hasta que el monto que haya pagado sea equivalente a su parte del costo. Luego de este período, [Molina Healthcare](#) cubrirá su atención a largo plazo durante ese mes. [Molina Healthcare](#) no le dará cobertura hasta que haya pagado su parte del costo de la atención a largo plazo por 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 una cantidad fija de dinero por mes por cada miembro de [Molina Healthcare](#). Esto se denomina pago por capitación. [Molina Healthcare](#) y los proveedores trabajan juntos para decidir sobre el monto del pago.
- Pagos de FFS
 - Algunos proveedores brindan atención a los miembros de [Molina Healthcare](#) y envían a [Molina Healthcare](#) una factura por los servicios. Esto se denomina pago de tarifa por cada servicio (FFS). [Molina Healthcare](#) y los proveedores trabajan juntos para decidir cuánto cuesta cada servicio.
- Programa de incentivos para proveedores:
 - Es posible que proveedores elegibles reciban incentivos adicionales para brindar atención de alta calidad a 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 registro de un servicio cubierto, no la pague. Llame a Servicios para Miembros de inmediato al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Si recibe una factura de una farmacia por un medicamento recetado, suministros o suplementos, llame a 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](#) que le devuelva dinero por gastos

Si pagó servicios que ya recibió, es posible que califique para recibir un reembolso (devolución del dinero) 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 cubre.
- Usted recibió el servicio cubierto una vez que ya era miembro elegible de [Molina Healthcare](#).
- Usted solicita la devolución del dinero en el plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
- Usted presenta pruebas de que pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
- Usted recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal de la red de [Molina Healthcare](#). No necesita cumplir con esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que proveedores fuera de la red presten sin preaprobación (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere preaprobación (autorización previa), debe proporcionar evidencia del proveedor que demuestre una necesidad médica para el servicio cubierto.

[Molina Healthcare](#) le informará si le harán un reembolso en una carta llamada Aviso de Acción (NOA). Si cumple con todas las condiciones mencionadas anteriormente,

el proveedor inscrito en Medi-Cal debería devolverle el monto total que pagó. Si el proveedor se niega a devolverle el dinero, [Molina Healthcare](#) le devolverá el monto total que pagó. Debemos hacerle el reembolso en un plazo de 45 días hábiles desde 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 devolverle el dinero, [Molina Healthcare](#) le reembolsará, pero solo el monto que pagaría Medi-Cal de FFS. [Molina Healthcare](#) le devolverá el monto total de gastos de bolsillo por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que brinden proveedores fuera de la red sin preaprobación (autorización previa). Si no cumple con una de las condiciones mencionadas anteriormente, [Molina Healthcare](#) no le devolverá el dinero.

[Molina Healthcare](#) no le devolverá el dinero en los siguientes casos:

- Usted solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios estéticos.
- El servicio no es un servicio cubierto por [Molina Healthcare](#).
- Usted tiene un costo compartido de Medi-Cal no satisfecho.
- Fue a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario en el que se indicaba que usted quería que lo atendieran de todas formas y que pagaría los servicios por su cuenta.
- Tiene copagos de la Parte D de Medicare por recetas cubiertas por su plan de la Parte D de Medicare.

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 en la fecha de entrada en vigencia de la inscripción en [Molina Healthcare](#). Lleve siempre su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#), la tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal y cualquier otra tarjeta de seguro de salud que tenga. Nunca permita que otra persona use su tarjeta BIC ni su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#).

Los miembros nuevos que solo tienen cobertura de Medi-Cal deben elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red de [Molina Healthcare](#). Los miembros nuevos con Medi-Cal y con 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 desde el momento en que se convierte en miembro de [Molina Healthcare](#). Si no elige un PCP, [Molina Healthcare](#) lo hará por usted.

Puede elegir el mismo PCP o PCP diferentes para todos los miembros de la familia inscritos en [Molina Healthcare](#), siempre y cuando el PCP esté disponible.

Si tiene un médico que desea conservar, o desea encontrar otro PCP, vaya al Directorio de proveedores para obtener una lista de todos los PCP y otros proveedores 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 de la red de [Molina Healthcare](#), su PCP o especialista de la red debe solicitar aprobación a [Molina Healthcare](#) para enviarlo a un proveedor fuera de la red. Esto se denomina remisión. No necesita una remisión para acudir a un proveedor fuera de la red a fin de recibir los servicios de atención de asuntos delicados que se mencionan en el apartado “Atención de asuntos delicados” 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 medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, lea “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en el Capítulo 4.

Médico de atención primaria (PCP)

Su médico de atención primaria (PCP) es el proveedor autorizado al que usted acude para recibir la mayor parte de su atención médica. El PCP también lo ayuda a obtener otros tipos de atención que necesita. Debe elegir un PCP en un plazo de 30 días a partir de su inscripción en [Molina Healthcare](#). Según su edad y sexo, puede elegir a un médico general, obstetra/ginecólogo, médico de cabecera, internista o pediatra como su PCP.

Un enfermero profesional (NP), un médico asistente (PA) o una partera certificada también pueden actuar como su PCP. Si elige un NP, un PA o una partera certificada, se le puede asignar un médico para que supervise su atención. Si tiene tanto Medicare como Medi-Cal, o si también tiene otro seguro de atención médica integral, no tiene que elegir un PCP.

Puede elegir a un proveedor de atención médica para indígenas (IHCP), a un centro de salud con calificación federal (FQHC) o a una clínica de salud rural (RHC) como su PCP. Según el tipo de proveedor, es posible que pueda elegir un PCP para usted y otros familiares que son miembros de [Molina Healthcare](#), siempre que el PCP esté disponible.

Nota: Los indios americanos pueden elegir un IHCP como su PCP, incluso si el IHCP no forma parte de la red de [Molina Healthcare](#).

Si no elige un PCP en un plazo de 30 días después 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 se hace efectivo el primer día del mes siguiente.

Su PCP hará lo siguiente:

- Conocer sus antecedentes y necesidades de salud.
- Guardar sus registros médicos.
- Proporcionarle la atención médica preventiva y de rutina que necesita.
- Remitirlo a un especialista (enviarlo a uno) si lo necesita.
- Coordinar atención hospitalaria si la necesita.

Puede consultar el Directorio de proveedores para encontrar un PCP en 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 en www.MolinaHealthcare.com. O puede solicitar que se le envíe por correo un Directorio de proveedores 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 nuevos pacientes.

Elección de médicos y otros proveedores

Usted conoce sus necesidades de atención médica mejor que nadie, así que lo mejor es que usted elija su PCP. Es mejor quedarse con un PCP para que pueda conocer sus necesidades de atención médica. Si desea cambiar a otro PCP, puede hacerlo en cualquier momento. Debe elegir un PCP que esté en la red de proveedores de [Molina Healthcare](#) y que esté aceptando pacientes nuevos.

El nuevo proveedor se convertirá en su PCP el primer día del mes siguiente después de que haga el cambio.

Para cambiar de 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 donde puede encontrar información en línea sobre su estado en Molina Healthcare.

[Molina Healthcare](#) puede cambiar su PCP si este no está aceptando pacientes nuevos, si ya no está la red de [Molina Healthcare](#), si no brinda atención a pacientes de su edad o si hay preocupaciones sobre la calidad del PCP que no se resuelven. [Molina Healthcare](#) o su PCP también podrían solicitarle que se cambie a otro PCP si no

puede llevarse bien con su PCP o no está de acuerdo con él, o si falta o llega tarde a las citas. Si [Molina Healthcare](#) necesita cambiar el PCP, se lo dirá por escrito.

Si su PCP cambia, recibirá una carta por correo con su nueva tarjeta de identificación de miembro de [Molina Healthcare](#). Tendrá el nombre de su nuevo PCP. Llame a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener una nueva tarjeta de identificación.

Estas son algunas cosas que debe tener en cuenta al elegir un PCP:

- ¿El PCP atiende a niños?
- ¿El PCP trabaja en una clínica a la que me agrada ir?
- ¿El consultorio del PCP está cerca de mi hogar, del 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 en un hospital que me agrade?
- ¿El PCP presta los servicios que necesito?
- ¿Los horarios de atención del PCP se ajustan a mis horarios?
- ¿El PCP trabaja con los especialistas a los que recurro?

Cita médica inicial (IHA)

[Molina Healthcare](#) recomienda que, como miembro nuevo, visite a su nuevo PCP en un plazo de 120 días para una cita médica inicial (IHA). El propósito de la IHA es ayudar a su PCP a conocer sus necesidades y antecedentes de atención médica. Su PCP puede hacerle preguntas sobre sus antecedentes de salud o puede pedirle que responda un cuestionario. Su PCP también le hablará sobre asesoramiento y clases de educación para la salud que pueden ayudarlo.

Cuando llame para programar su cita para la IHA, dígame a la persona que responde el teléfono que usted es miembro de [Molina Healthcare](#). Indique su número de identificación de [Molina Healthcare](#).

Lleve su BIC y su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#) a su cita. Es buena idea llevar a la visita una lista de sus medicamentos y de las preguntas que tenga.

Esté preparado para hablar con su PCP sobre sus necesidades y preocupaciones de atención médica.

Asegúrese de llamar al consultorio de su 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 regular. Incluye atención médica preventiva, también llamada de bienestar o de persona sana. Lo ayuda a mantenerse saludable y a evitar enfermedades. La atención preventiva incluye seguimiento regular, educación para la salud y asesoramiento.

[Molina Healthcare](#) recomienda que los niños, en especial, reciban atención preventiva y de rutina regular. Los miembros de [Molina Healthcare](#) pueden recibir todos los servicios preventivos oportunos recomendados por la Academia Estadounidense de Pediatría y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Los exámenes de detección incluyen exámenes de audición y de la vista, que pueden ayudar a garantizar un desarrollo y aprendizaje saludables. Para obtener una lista de los servicios recomendados por pediatras, lea las pautas “Bright Futures” de la Academia Estadounidense de Pediatría en https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf.

La atención de rutina también incluye la atención que recibe cuando está enfermo. [Molina Healthcare](#) cubre la atención de rutina que le brinda su PCP. Su PCP hará lo siguiente:

- Brindar la mayor parte de su atención de rutina, lo que incluye seguimiento regular, inyecciones, tratamiento, recetas y consejos médicos.
- Guardar sus registros médicos.
- Remitirlo (enviarlo) a especialistas si es necesario.
- Solicitar radiografías, mamografías o análisis de laboratorio si los necesita.

Cuando necesite atención de rutina, llamará a su médico para solicitar una cita. Asegúrese de llamar a su PCP antes de recibir atención médica, a menos que se trate de una emergencia. En caso de emergencia, llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Para obtener más información sobre atención médica y servicios que cubre su plan, y lo que no cubre, lea el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, y el Capítulo 5, “Cuidado para niños y jóvenes sanos”, en este manual.

Todos los proveedores de [Molina Healthcare](#) pueden usar ayuda y servicios para comunicarse con personas con discapacidades. También pueden comunicarse con usted en otro idioma o formato. Dígale a su proveedor o a [Molina Healthcare](#) qué 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 brindar servicios cubiertos de Medi-Cal a los miembros de Medi-Cal.

[Molina Healthcare](#) es un plan de salud de atención administrada. Debe obtener la mayoría de los servicios cubiertos a través de [Molina Healthcare](#) con nuestros proveedores dentro de la red. Puede atenderse con un proveedor fuera de la red sin una remisión o preaprobación para recibir atención de emergencia o para servicios de planificación familiar. También puede acudir a un proveedor fuera de la red para recibir atención de urgencia fuera del área cuando se encuentra en un área en la que no prestamos servicios. Usted debe tener una remisión o una preaprobación para todos los demás servicios fuera de la red; de lo contrario, no estarán cubiertos.

Nota: Los indios americanos pueden elegir un IHCP como su PCP, incluso si el IHCP no forma parte de la red de [Molina Healthcare](#).

Si su PCP, hospital u otro proveedor tienen una objeción moral para brindarle un servicio cubierto, como planificación familiar o aborto, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). Para obtener más información sobre objeciones morales, lea la sección “Objeción moral” más adelante en este capítulo.

Si su proveedor tiene una objeción moral para brindarle servicios de atención médica cubiertos, podrán 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

Usted utilizará proveedores de la red de [Molina Healthcare](#) para la mayoría de sus necesidades de atención médica. Recibirá atención preventiva y de rutina de proveedores dentro de la red. También usará especialistas, hospitales y otros proveedores 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 encontrar el Directorio de proveedores en línea en 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 puede dirigirse al sitio web de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Debe obtener preaprobación (autorización previa) de [Molina Healthcare](#) antes de acudir a un proveedor que no pertenece a la red de [Molina Healthcare](#), incluso en el área de servicio de [Molina Healthcare](#), excepto en estos casos:

- Si necesita atención de emergencia, llame al 911 o diríjase al hospital más cercano.
- Si se encuentra fuera del área de servicio de [Molina Healthcare](#) y necesita atención de urgencia, diríjase a cualquier centro de atención de urgencia.
- Si necesita servicios de planificación familiar, diríjase a cualquier proveedor de Medi-Cal sin preaprobación (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 preaprobación (autorización previa).

Si no corresponde a ninguno de los casos antes mencionados y no obtiene preaprobación (autorización previa) antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red, es posible que usted deba pagar por la atención que haya recibido 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 cuentan con un acuerdo para trabajar con [Molina Healthcare](#). Excepto para atención de emergencia, es posible que tenga que pagar por cualquier atención que reciba de proveedores fuera de la red. Si necesita servicios de atención médica necesarios por motivos médicos que no estén disponibles en la red, es posible que pueda obtenerlos de un proveedor fuera de la red sin 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 le damos una remisión 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 preaprobación (autorización previa) para recibir atención de urgencia de un proveedor dentro de la red. Necesita obtener la preaprobación (autorización previa) 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, atención de urgencia y atención de asuntos delicados.

Nota: Si usted es indio americano, puede recibir atención en un IHCP que no pertenece a la red de proveedores sin una remisión. Un IHCP que no está dentro de la red también puede remitir a miembros indios americanos a un proveedor dentro de la red sin que primero sea necesario obtener la remisión de un PCP dentro de la red.

Si necesita ayuda con servicios fuera de la red, llame al **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** sea una emergencia o urgencia, llame a su PCP de inmediato. O bien, llame al **1-888-665-4621** (TTY/TDD o 711).

Para recibir atención de emergencia, llame al **911** o diríjase 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 México y necesita atención de emergencia, atención de urgencia o cualquier servicio de atención médica, **Molina Healthcare no** cubrirá su atención.

Si pagó por atención de emergencia que requiere hospitalización en Canadá o México, puede solicitarle la devolución del dinero 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, Islas Marianas del Norte, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE. UU., tiene cobertura para atención de emergencia. No todos los hospitales y médicos aceptan Medicaid. (Medi-Cal es el nombre que recibe Medicaid únicamente en California). 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 que es miembro de [Molina Healthcare](#).

Pida al hospital que haga copias de su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#). Indique al hospital y a los médicos que le facturen a [Molina Healthcare](#). Si recibe una factura por servicios que recibió en otro estado, llame de inmediato a [Molina Healthcare](#). Haremos las gestiones con el hospital o el médico para coordinar que [Molina Healthcare](#) pague por su atención.

Si se encuentra fuera de California y tiene una emergencia para 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 indios americanos reciban servicios de un 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 desea obtener ayuda de un representante, llame [a la Línea de asesoramiento de enfermería de Molina Healthcare al 1-888-275-8750 \(inglés\) o al 1-866-648-3537 \(español\)](#).

Si necesita atención de urgencia fuera del área de servicio de [Molina Healthcare](#), diríjase 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 “Atención de urgencia” más adelante en este capítulo.

Modelo delegado de MCP

[Molina Healthcare](#) asigna a los miembros a grupos médicos/asociaciones de médicos independientes (IPA). Los grupos médicos/IPA tienen contrato con [Molina Healthcare](#) y tienen una red de proveedores. Los grupos médicos/IPA organizan 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 médicos/IPA, se encarga 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 o admisión hospitalaria.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener aprobación o 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 puede llamar 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 miembros que viven o trabajan en el condado de [Los Angeles](#). 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 proporcionar atención a los miembros de [Molina Healthcare](#). Un grupo médico está formado 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 vinculado a un hospital. Revise su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#) para ver los nombres de su PCP, grupo médico y 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 su 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 preaprobación (autorización previa), [Molina Healthcare](#) o su grupo médico revisarán la preaprobación (autorización previa) y decidirán si se aprueba el servicio.

En la mayoría de los casos, usted debe acudir a especialistas y otros profesionales de la salud que trabajan con el mismo grupo médico que su PCP. Excepto en casos de emergencias, también debe recibir atención hospitalaria del hospital vinculado a su grupo médico.

Es posible que, en ocasiones, necesite un servicio que no esté disponible de un proveedor del grupo médico. En ese caso, su PCP lo remitirá a un proveedor que pertenece a otro grupo médico o que no pertenece a la red. El PCP solicitará la preaprobación (autorización previa) para que usted acuda a este proveedor.

En la mayoría de los casos, debe contar con una autorización previa de su PCP, grupo médico o de [Molina Healthcare](#) antes de poder atenderse con un proveedor fuera de la red o con un proveedor que no forma parte de su grupo médico. No necesita preaprobación (autorización previa) para servicios de emergencia, servicios de planificación familiar o servicios de salud mental dentro de la red.

Miembros que tienen Medicare y Medi-Cal

Tendrá acceso a los proveedores que forman parte de la cobertura de Medicare y a los proveedores que forman parte de la 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 búsquelo en línea en www.MolinaHealthcare.com.

Si elige otro PCP, también debe llamar a ese PCP para asegurarse de que está aceptando pacientes nuevos.

Si antes de ser miembro de [Molina Healthcare](#) tenía un médico y ese médico no pertenece a la red de [Molina Healthcare](#), podría conservarlo por un tiempo limitado. Esto se denomina continuidad de la atención. En este manual encontrará más información sobre continuidad de la atención. 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 uno de la red de [Molina Healthcare](#). Algunos especialistas no requieren una remisión. Para obtener más información sobre remisiones, lea la sección “Remisiones” más adelante en este capítulo.

Recuerde que, si no elige un PCP, [Molina Healthcare](#) lo hará por usted, a menos que tenga otra cobertura de salud integral además de Medi-Cal. Usted conoce sus necesidades de atención médica mejor que nadie, así que lo mejor es que usted lo elija. Si tiene tanto Medicare como Medi-Cal, o si tiene otro seguro de atención médica, no tiene que elegir un PCP de [Molina Healthcare](#).

Si desea cambiar de PCP, debe elegir uno del Directorio de proveedores de [Molina Healthcare](#). Asegúrese de que el PCP acepte nuevos pacientes. Para cambiar de PCP, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). También puede cambiar de PCP después de que se inscriba en MyMolina.

Hospitales

En caso de emergencia, llame al **911** o diríjase 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 su PCP usa y que se encuentra

en la red de proveedores de [Molina Healthcare](#). En el Directorio de proveedores figuran los hospitales de la red de [Molina Healthcare](#).

Especialistas en salud de la mujer

Puede acudir a un especialista en salud de la mujer de la red de [Molina Healthcare](#) para recibir la atención cubierta necesaria que proporcione servicios de atención de rutina para las mujeres. No necesita una remisión ni una autorización de su PCP para obtener estos servicios. Si necesita ayuda para encontrar un especialista en salud de la mujer, puede llamar al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). También puede llamar a la Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, al [1-888-275-8750](tel:1-888-275-8750) (inglés) o al [1-866-648-3537](tel:1-866-648-3537) (español).

Directorio de proveedores

En el Directorio de proveedores de [Molina Healthcare](#) figuran 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](#) muestra hospitales, PCP, especialistas, enfermeros profesionales, enfermeras parteras, médicos asistentes, proveedores de planificación familiar, FQHC, proveedores de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS), centros de nacimientos independientes (FBCs), IHCP y RHC.

El Directorio de proveedores cuenta con nombres de proveedores dentro de la red de [Molina Healthcare](#), especialidades, direcciones, números de teléfono, horarios de atención e idiomas que se hablan. Indica si el proveedor acepta nuevos pacientes. También señala la accesibilidad física del edificio, como estacionamiento, rampas, escaleras con barandillas y baños con puertas amplias y barras de apoyo. Para obtener más información sobre la educación, capacitación y certificación de la Junta 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 un Directorio de proveedores impreso, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Puede encontrar una lista de 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 cerca de su casa llamando a Medi-Cal Rx al [1-800-977-2273](tel:1-800-977-2273) (TTY [1-800-977-2273](tel:1-800-977-2273)) y presionando 5 o 711.

Acceso oportuno a la atención

Su proveedor dentro de la red debe brindar un acceso oportuno a la atención conforme a sus necesidades de atención médica. Como mínimo, debe ofrecerle una cita en los plazos indicados en la siguiente tabla.

Tipo de cita	Usted debería poder obtener una cita en este plazo:
Citas de atención de urgencia que no requieren preaprobación (autorización previa)	48 horas
Citas de atención de urgencia que requieren preaprobación (autorización previa)	96 horas
Citas de atención primaria que no son urgentes (de rutina)	10 días hábiles
Citas de atención con especialistas que no son urgentes (de rutina)	15 días hábiles
Citas de atención con un proveedor de salud mental (que no sea un médico) que no son urgentes (de rutina)	10 días hábiles
Citas de atención de seguimiento con un proveedor de salud mental (que no sea un médico) que no son urgentes (de rutina)	10 días hábiles a partir de la última cita
Citas que no son urgentes (de rutina) para servicios auxiliares (de apoyo) para el diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otras afecciones de la salud	15 días hábiles

Otros estándares de tiempos de espera	Lo deben atender en el siguiente lapso de tiempo:
Tiempos de espera del servicio de atención telefónica para miembros en horario de atención regular	10 minutos
Tiempos de espera telefónicos para la Línea de asesoramiento de enfermería	30 minutos (para que el enfermero lo atienda)

A veces, esperar más tiempo para una cita no es un problema. Su proveedor podría darle un tiempo de espera más largo si no es perjudicial para su salud. Se debe asentar 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 ajuste mejor a su cronograma o acudir a otro proveedor de su elección, el proveedor o [Molina Healthcare](#) respetarán su deseo.

Los estándares para la disponibilidad de citas no se aplican a la atención preventiva. Su médico puede recomendarle un cronograma específico de servicios preventivos, según sus necesidades. Los estándares específicos mencionados anteriormente tampoco se aplican a la atención periódica de seguimiento para afecciones persistentes 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 costo para usted. Desalentamos encarecidamente el uso de menores o 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 llegar a la atención

[Molina Healthcare](#) debe cumplir con los estándares de tiempo de traslado o distancia para su atención. Estos estándares ayudan a garantizar que pueda recibir atención sin tener que trasladarse muy lejos de su lugar de residencia. Los estándares de tiempo de traslado o distancia varían según el condado en el que vive.

Si [Molina Healthcare](#) no puede brindarle atención dentro de estos estándares de tiempo o distancia, el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) puede permitir un estándar diferente, llamado estándar de acceso alternativo. Para conocer los estándares de tiempo o distancia de [Molina Healthcare](#) del lugar donde vive, visite www.MolinaHealthcare.com. O bien, llame al [1-888-665-4621](tel: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](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). Pueden ayudarlo a encontrar atención de un proveedor que esté más cerca de su zona. Si [Molina Healthcare](#) no puede encontrar atención para usted de un proveedor más cercano, puede solicitar a [Molina Healthcare](#) que coordine el transporte para ir hasta su proveedor, incluso si se encuentra lejos de donde usted vive.

Si necesita ayuda con proveedores de farmacia, llame a Medi-Cal Rx al [1-800-977-2273](tel:1-800-977-2273) (TTY [1-800-977-2273](tel:1-800-977-2273)) y presione 5 o 711.

Se considera lejos si no puede llegar a ese proveedor dentro de los estándares de distancia o tiempos de traslado de [Molina Healthcare](#) para su condado, independientemente de cualquier estándar de acceso alternativo que [Molina Healthcare](#) podría usar en su código postal.

Citas

Siga estas indicaciones cuando necesite 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 BIC y su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#) a su cita.
- Solicite transporte a Molina Healthcare para su cita, de ser necesario.
- Solicite la asistencia en otros idiomas o los servicios de interpretación necesarios antes de la cita para recibir los servicios al momento de la visita.
- Acuda a su cita a tiempo; llegue unos minutos antes para registrarse, llenar los formularios y responder cualquier pregunta que su PCP pueda tener.
- Llame de inmediato si no puede asistir a su cita o si llegará tarde.
- Tenga a mano sus preguntas y la información sobre los medicamentos.

Si tiene una emergencia, llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Si necesita ayuda para decidir con qué urgencia necesita 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 cuenta con un medio de transporte para ir y volver de las citas para recibir servicios cubiertos, [Molina Healthcare](#) puede ayudarlo a coordinar el transporte. Según su situación, puede reunir los requisitos para el transporte médico o el transporte no médico. Estos servicios de transporte no son para casos de emergencia y pueden estar disponibles sin costo para usted.

Si tiene una emergencia, llame al **911**. El transporte está disponible para servicios y citas no relacionados con la atención de emergencia. Es posible que estén disponibles sin costo para usted.

Para obtener más información, lea a continuación la sección “Beneficios de transporte para situaciones que no son emergencias”.

Cancelar y reprogramar

Si no puede llegar a su cita, llame al consultorio de su proveedor de inmediato. La mayoría de los médicos exigen que llame 24 horas (1 día hábil) antes de su cita si tiene que cancelarla. Si falta reiteradamente a las citas, es posible que el médico deje de brindarle atención y que usted tenga que buscar otro médico.

Pago

Usted no tiene que 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 “Para miembros con atención a largo plazo y costo compartido” en el Capítulo 2. En la mayoría de los casos, no recibirá facturas de un proveedor. Debe mostrar su tarjeta de identificación de [Molina Healthcare](#) y su BIC de Medi-Cal cuando reciba servicios de atención médica o recetas para que su proveedor sepa a quién facturar. Puede obtener una Explicación de Beneficios (EOB) o una declaración de un proveedor. Las EOB y las declaraciones 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](tel:1-800-977-2273) (TTY 1-800-977-2273) y presione 5 o 711. O visite el sitio web de Medi-Cal Rx: <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Informe a [Molina Healthcare](#) el monto que se le cobra, la fecha de servicio y el motivo de la factura. Usted no debe pagar a los proveedores ningún monto adeudado por [Molina Healthcare](#) por servicios cubiertos. Debe obtener la preaprobación (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 cuyo caso llame al 911 o diríjase al hospital más cercano.
- Necesita servicios de planificación familiar o servicios relacionados con pruebas de infecciones de transmisión sexual, en cuyo caso puede acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal sin preaprobación (autorización previa).
- Necesita servicios de salud mental, en cuyo caso puede acudir a un proveedor dentro de la red o a un proveedor de un plan de salud mental del condado sin una preaprobación (autorización previa).

Si recibe atención de un proveedor fuera de la red y no obtuvo la preaprobación (autorización previa) de [Molina Healthcare](#), es posible que deba pagar por la atención que recibió. Si necesita recibir atención médicamente necesaria de un proveedor fuera de la red debido a que no está disponible en la red de [Molina Healthcare](#), no deberá pagar mientras la atención sea un servicio cubierto por Medi-Cal y haya recibido una preaprobación (autorización previa) de [Molina Healthcare](#) para este. Para obtener más información sobre servicios de atención de emergencia, atención de urgencia y de atención de asuntos delicados, consulte los apartados con esos títulos en este capítulo.

Si recibe una factura o se le pide que pague 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 reclamación ante [Molina Healthcare](#). Deberá informar a [Molina Healthcare](#) por escrito por qué tuvo que pagar el artículo o el servicio. [Molina Healthcare](#) leerá su reclamación y decidirá si puede recibir la devolución del dinero.

Si tiene preguntas o si desea solicitar un formulario de reclamación, 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 no cubiertos o no autorizados fuera de California, es posible que sea responsable del pago.

Molina Healthcare no le devolverá el dinero en los siguientes casos:

- Medi-Cal no cubre los servicios, como es el caso de servicios estéticos.
- Usted tiene un costo compartido de Medi-Cal no satisfecho.
- Fue a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario en el que se indicaba que usted quería que lo atendieran de todas formas y que pagaría los servicios por su cuenta.
- Usted solicitó que le devuelvan el dinero de copagos de recetas médicas cubiertas por su plan de la Parte D de Medicare.

Remisiones

Si necesita un especialista para recibir atención, su PCP u otro especialista le remitirá a uno. Un especialista es un proveedor que se centra en un tipo de servicio de atención médica. El médico que lo remite trabajará con usted para elegir un especialista. Para asegurarse de que pueda acudir a un especialista de manera oportuna, el DHCS establece plazos para que los miembros puedan obtener las citas. Estos plazos figuran en la sección “Acceso oportuno a la atención” de este manual. En el consultorio del PCP pueden 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 darle un formulario para que lo lleve al especialista. El especialista llenará el formulario y lo devolverá a su PCP. El especialista lo tratará durante el tiempo que considere que necesita tratamiento. Los servicios de especialistas deben ser brindados por médicos que formen parte de la red de Molina o del grupo médico/IPA. Si no se encuentra disponible un especialista dentro de la red, lo ayudaremos a encontrar un proveedor que satisfaga sus necesidades.

Si tiene un problema de salud que requiere atención médica especial por mucho tiempo, 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.

Si tiene problemas para obtener una remisión permanente o quiere 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 de agresión sexual.
- Servicios de planificación familiar (para obtener más información, llame a la Oficina de Información de Planificación Familiar y Servicio de Remisiones al 1-800-942-1054).
- Análisis y asesoramiento sobre el VIH (mayores de 12 años).
- Servicios de infección de transmisión sexual (mayores de 12 años).
- Servicios quiroprácticos (es posible que necesite una remisión cuando los proporcionen los FQHC, RHC y IHCP fuera de la red, y por más de dos visitas al mes).
- Evaluación inicial de salud mental.
- Visitas al consultorio de proveedores especializados participantes dentro de la red.

Los menores también pueden recibir determinados servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios de atención de asuntos delicados y servicios de trastornos por consumo de sustancias sin el consentimiento de los padres. Para obtener más información, lea “Servicios para los que un menor de edad puede dar su consentimiento” en este capítulo y “Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias” en el Capítulo 4 de este manual.

Remisiones en virtud de la Ley de Equidad sobre Atención del Cáncer de California

La eficacia del tratamiento de los tipos de cáncer complejos depende de muchos factores. Estos incluyen obtener el diagnóstico correcto y recibir el tratamiento oportuno de parte de los expertos en cáncer. Si se le diagnostica un cáncer complejo, la nueva Ley de Equidad sobre Atención del Cáncer de California le permite solicitar una remisión de su médico para recibir tratamiento contra el cáncer de un centro oncológico designado por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) dentro de la red, de un sitio afiliado del Programa Comunitario de Investigación Oncológica del NCI (NCORP) o de un centro académico calificado para cáncer.

Si [Molina Healthcare](#) no tiene un centro oncológico designado por el NCI dentro de la red, [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 del cáncer.

Si se le diagnosticó cáncer, comuníquese con [Molina Healthcare](#) para saber si califica para recibir 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 los servicios en español, llame al 1-800-600-8191.

Para obtener más información, consulte el sitio web www.kickitca.org.

Preaprobación (autorización previa)

Para algunos tipos de atención, su PCP o especialista deberán pedirle permiso a [Molina Healthcare](#) antes de que usted reciba la atención. Esto se denomina solicitar una preaprobación o una autorización previa. Esto significa que [Molina Healthcare](#) debe asegurarse de que la atención sea médicamente necesaria (de necesidad médica).

Los servicios médicamente necesarios son razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme gravemente o que quede incapacitado, o reducir el dolor intenso a causa de enfermedades, patologías o lesiones diagnosticadas. Para los miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen atención que es médicamente necesaria para sanar o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental.

Los siguientes servicios siempre necesitan preaprobación (autorización previa), incluso si los obtiene de un proveedor de la red de [Molina Healthcare](#):

- Hospitalización, si no es una emergencia.
- Servicios fuera del área de servicio de [Molina Healthcare](#), si no se trata de atención de emergencia ni de urgencia.
- Cirugía ambulatoria.
- Servicios de atención a largo plazo o de enfermería especializada en un centro de enfermería.
- Tratamientos especializados, diagnóstico por imágenes, pruebas y procedimientos.
- Servicios de transporte médico cuando no es una emergencia.
- Servicios de apoyo comunitarios.

Los servicios de ambulancia de emergencia no requieren preaprobación (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 que [Molina Healthcare](#) obtiene la información razonablemente necesaria para decidir (aprobar o denegar) las solicitudes de preaprobación (autorización previa). Por las solicitudes que realizó un proveedor o cuando [Molina Healthcare](#) considera que seguir el plazo estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar una función en su totalidad, [Molina Healthcare](#) tomará una decisión acelerada (rápida) de preaprobación (autorización previa).

[Molina Healthcare](#) le dará un aviso tan pronto como su afección médica lo requiera y en un plazo de 72 horas como máximo desde que reciba la solicitud de servicios.

El personal clínico o médico, como médicos, enfermeros y farmacéuticos, revisa las solicitudes de preaprobación (autorización previa).

[Molina Healthcare](#) no influye de ninguna manera en la decisión de los revisores de denegar o aprobar la cobertura o los servicios. Si [Molina Healthcare](#) no aprueba la solicitud, le enviará una carta de Aviso de Acción (NOA). En el NOA, se le informará 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.

Nunca necesita preaprobación (autorización previa) para obtener atención de emergencia, incluso si está fuera de la red o de su área de servicio. Esto incluye el trabajo de parto y el parto en caso de embarazo. No necesita preaprobación (autorización previa) para determinados servicios de atención de asuntos delicados. Para obtener más información sobre servicios de atención de asuntos delicados, lea la sección “Atención de asuntos delicados” más adelante en este capítulo.

Si tiene preguntas sobre la preaprobación (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 dice que necesita o sobre su diagnóstico o plan de tratamiento. Por ejemplo, tal vez desee

una segunda opinión si quiere asegurarse de que su diagnóstico es correcto, si no está seguro de que necesita un tratamiento o cirugía que se le haya indicado, o si probó seguir un plan de tratamiento y no funcionó.

Si desea obtener una segunda opinión, lo remitiremos a un proveedor calificado dentro de la red, quien podrá brindarle una segunda opinión. 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 el proveedor dentro de la red la solicitan, y usted obtiene la segunda opinión de un proveedor dentro de la red. No necesita la preaprobación (autorización previa) de [Molina Healthcare](#) para obtener una segunda opinión de un proveedor dentro de la red. El proveedor dentro de la red puede ayudarlo a obtener una remisión para una segunda opinión si la necesita.

Si no hay proveedores en la red de [Molina Healthcare](#) que puedan 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 elija para obtener una segunda opinión. Si padece una enfermedad crónica, grave o de consideración, o si tiene una amenaza inmediata y grave para su salud, lo que incluye, entre otras, pérdida de la vida, de una extremidad o de una parte importante del cuerpo o sus funciones físicas, [Molina Healthcare](#) le avisará 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 “Reclamos” en el Capítulo 6 de este manual.

Atención de asuntos delicados

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 sus padres o de su tutor. Estos servicios se denominan servicios para los que un menor de edad puede dar su consentimiento.

Puede recibir estos servicios sin el permiso de su padre, madre o tutor:

- Servicios para casos de agresión sexual, incluida la atención de salud mental para pacientes ambulatorios

- Embarazo
- Planificación familiar y control de natalidad
- Servicios de aborto

Si tiene 12 años o más, también puede recibir los siguientes servicios sin el permiso de sus padres o de su tutor:

- Atención de salud mental para pacientes ambulatorios en los siguientes casos:
 - Agresión sexual
 - Incesto
 - Agresión física
 - Maltrato infantil
 - Cuando piensa en herirse a sí mismo o a los demás
- Prevención, pruebas y tratamiento del VIH/sida
- Prevención, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Tratamiento de trastorno por consumo de sustancias
 - Para obtener más información, lea “Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias” en el Capítulo 4 de este manual.

Para pruebas de embarazo, servicios de planificación familiar, servicios de control de natalidad o servicios para infecciones de transmisión sexual, no es necesario que el médico o la clínica pertenezcan a la red de [Molina Healthcare](#). Puede elegir cualquier proveedor de Medi-Cal y acudir a ellos para recibir estos servicios sin una remisión o preaprobación (autorización previa).

Para servicios para los que un menor de edad puede dar su consentimiento que no son servicios de salud mental especializados, puede dirigirse a un proveedor dentro de la red sin una remisión y sin preaprobación (autorización previa). No es necesario que su PCP lo remita ni que usted obtenga la preaprobación (autorización previa) de [Molina Healthcare](#) para recibir servicios para los que un menor de edad puede dar su consentimiento.

Estos servicios, que son servicios de salud mental especializados, no están cubiertos. Los servicios de salud mental especializados están cubiertos por el plan de salud mental del condado en el que usted vive.

Los menores pueden hablar con un representante en privado sobre sus preocupaciones relacionadas con la salud llamando a la Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, al 1-888-275-8750 (inglés) o al 1-866-648-3537 (español).

Molina Healthcare no enviará información sobre la prestación de servicios de atención de asuntos delicados a padres ni tutores. Para obtener más información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios de atención de asuntos delicados, lea la sección “Aviso sobre las prácticas de privacidad” en el Capítulo 7 de este manual.

Servicios de atención de asuntos delicados para adultos

Como adulto de 18 años o más, es posible que no quiera acudir a su PCP para cierta atención de asuntos delicados o privados. Puede elegir cualquier médico o clínica para este tipo de atención:

- Planificación familiar y control de natalidad, incluida la esterilización para adultos mayores de 21 años
- Prueba de embarazo y asesoramiento.
- Prevención y pruebas del VIH/sida
- Prevención, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Atención por agresión sexual
- Servicios de aborto ambulatorios

Para la atención de asuntos delicados, no es necesario que el médico o la clínica pertenezcan a la red de **Molina Healthcare**. Puede elegir acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal para obtener estos servicios sin una remisión ni preaprobación (autorización previa) de **Molina Healthcare**. Si un proveedor fuera de la red le proporcionó atención que no figura aquí como atención de asuntos delicados, es posible que deba pagar por esta.

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 bien, llame a la Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, al 1-888-275-8750 (inglés) o al 1-866-648-3537 (español).

Molina Healthcare no revelará información médica relacionada con servicios de atención de asuntos delicados a ningún otro miembro sin la autorización por escrito de su parte, el miembro que recibe la atención. Para obtener más información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios de atención de asuntos delicados, lea la sección “Aviso sobre las 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 estos. Si su proveedor tiene una objeción moral, lo ayudará a encontrar 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 los siguientes servicios, incluso si están cubiertos por Medi-Cal:

- Planificación familiar
- Servicios de control de la natalidad, incluida la anticoncepción de emergencia
- Esterilización, incluida la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y alumbramiento
- Tratamientos por 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 usted 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 brindarle los servicios que necesita y si lo hará.

Estos servicios están a su disposición. [Molina Healthcare](#) se asegurará de que usted y sus familiares puedan usar proveedores (médicos, hospitales, clínicas) que le brindarán la atención que necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a [Molina Healthcare](#) al [1-888-665-4621](tel: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 servicios que necesita para evitar daños graves de salud por una enfermedad, lesión o complicación repentina de una afección que ya tiene. La mayoría de las citas para atención de urgencia no requieren preaprobación (autorización previa). Si solicita una cita para atención de urgencia, la obtendrá en un plazo de 48 horas. Si los servicios de atención de urgencia que necesita requieren una preaprobación (autorización previa), obtendrá una cita en el plazo de 96 horas a partir de la fecha en que se solicite.

Para la atención de urgencia llame a su PCP. Si no puede comunicarse con su PCP, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). O bien, puede llamar a la Línea de asesoramiento de enfermería al 1-888-275-8750 (inglés) o al 1-866-648-3537 (español) para conocer el nivel de atención más adecuado para usted.

Los miembros pueden llamar a la Línea de asesoramiento de enfermería al [1-888-275-8750](tel:1-888-275-8750) (TTY: 711) en cualquier momento que tengan síntomas o necesiten información de atención médica. Los enfermeros registrados están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para evaluar los síntomas y ayudar a tomar buenas decisiones sobre la atención médica.

Los enfermeros registrados no diagnostican; ellos evalúan los síntomas y guían al paciente al nivel más adecuado de atención siguiendo algoritmos (instrucciones de tratamiento) especialmente diseñados únicamente para la Línea de asesoramiento de enfermería. La Línea de asesoramiento de enfermería puede remitirlo al PCP, a un especialista, al 911 o a la sala de emergencias. Al educar a los pacientes y guiarlo hacia los próximos pasos en la atención, se pueden reducir los costos y el uso incorrecto del sistema de atención médica.

Si necesita atención de urgencia fuera del área, vaya al centro de atención de urgencia más cercano.

Las necesidades de atención de urgencia podrían incluir lo siguiente:

- Resfriado
- Dolor de garganta
- Fiebre
- Dolor de oído
- Esguince muscular
- Servicios de maternidad

Debe recibir servicios de atención de urgencia de un proveedor dentro de la red cuando se encuentra dentro del área de servicio de [Molina Healthcare](#). No necesita preaprobación (autorización previa) para atención de urgencia de proveedores dentro de la red en el 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 una preaprobación (autorización previa) para recibir atención de urgencia.

Vaya al centro de atención de urgencia más cercano. Medi-Cal no cubre servicios de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Si usted viaja fuera de los Estados Unidos y necesita atención de urgencia, no cubriremos su atención.

Si necesita atención de urgencia de 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 este sitio web: <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 esta visita cubierta. Si el proveedor de atención de urgencia le da una receta para llevar a una farmacia, Medi-Cal Rx decidirá si está cubierta. 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 diríjase a la sala de emergencias (ER) más cercana. Para la atención de emergencia, **no** necesita preaprobación (autorización previa) de [Molina Healthcare](#).

Dentro de los Estados Unidos, incluidos los territorios de los Estados Unidos, usted tiene derecho a usar cualquier hospital u otro centro para recibir atención de emergencia.

Si usted se encuentra fuera de los Estados Unidos, solo se cubre la atención de emergencia que requiere hospitalización en Canadá y México. La atención de emergencia y otros tipos de atención en otros países no están cubiertos.

La atención de emergencia es para afecciones médicas que ponen en peligro la vida. Esta atención es para una enfermedad o lesión que una persona prudente (razonable) que maneja información básica (no un profesional de atención médica) y que tiene conocimientos promedios de salud y medicina puede presumir que, si usted no recibe atención de inmediato, su salud (o la salud de su bebé por nacer) está en grave peligro. Esto incluye el riesgo de daño grave en sus funciones físicas, órganos o partes del cuerpo. Algunos ejemplos pueden incluir, entre otros, lo siguiente:

- Trabajo de parto activo
- Fracturas

- Dolor intenso
- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar
- Quemaduras graves
- Sobredosis de drogas
- Desmayos
- Sangrado intenso
- Afecciones psiquiátricas de emergencia, como depresión grave o pensamientos suicidas (posiblemente cubiertas por los planes de salud mental de su condado)

No acuda a la sala de emergencias para recibir atención de rutina o atención que no se necesite de inmediato. Debe recibir 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](#) disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, al 1-888-275-8750 (inglés) o al 1-866-648-3537 (español).

Si necesita atención de emergencia lejos de su hogar, diríjase a la sala de emergencias más cercana, incluso si no se encuentra en la red de [Molina Healthcare](#). Si va a una sala de emergencias, pida que llamen a [Molina Healthcare](#). Usted o el hospital que lo admitió deben llamar a [Molina Healthcare](#) en un plazo de 24 horas después de recibir la atención de emergencia. Si viaja fuera de los Estados Unidos, que no sea a 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 preguntar 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** si no es una emergencia. Busque atención de emergencia solo para un caso de emergencia, no para atención de rutina ni una enfermedad leve, como un resfriado o un dolor de garganta. Si se trata de una emergencia, llame al **911** o diríjase 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) (inglés) o al [1-866-648-3537](tel:1-866-648-3537) (español) (TTY/TDD o 711) para lo siguiente:

- Hablar con un enfermero que responderá preguntas médicas, le brindará consejos de atención y lo ayudará a decidir si debe acudir a un proveedor de inmediato.
- Obtener ayuda con afecciones médicas, como la diabetes o el asma, incluso consejos sobre el tipo de proveedor que puede ser adecuado para su afección.

La Línea de asesoramiento de enfermería **no puede** ayudar con las citas clínicas ni resurtidos de medicamentos. Llame al consultorio de su proveedor si necesita ayuda con estos asuntos.

Los miembros pueden llamar al [1-888-275-8750](tel:1-888-275-8750) (TTY: 711) en cualquier momento que tengan síntomas o necesiten información de atención médica. Los enfermeros registrados están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para evaluar los síntomas y ayudar a tomar buenas decisiones sobre la atención médica.

Los enfermeros registrados no diagnostican; ellos evalúan los síntomas y guían al paciente al nivel más adecuado de atención siguiendo algoritmos (instrucciones de tratamiento) especialmente diseñados únicamente para 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 guiarlo hacia los próximos pasos en la atención, se pueden reducir los costos y el uso incorrecto 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 registrar la atención que **no** desea. Puede nombrar a alguien, como su cónyuge, para que tome decisiones sobre su atención médica si usted no puede hacerlo.

Puede obtener un formulario de directivas anticipadas en farmacias, hospitales, oficinas legales y consultorios de médicos. Es posible que deba pagar el formulario. También

puede descargar un formulario gratis en línea. Puede pedirles a su familia, al PCP o a alguien de su confianza que lo ayude a llenar el formulario.

Usted tiene derecho a pedir que se incluya su directiva anticipada en la historia clínica. Tiene derecho a cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.

Tiene derecho a saber sobre los cambios en las leyes de directivas anticipadas.

[Molina Healthcare](#) le informará sobre los cambios en la ley estatal en el transcurso de los 90 días posteriores al cambio.

Para obtener más información, puede llamar a [Molina Healthcare](#) al 1-888-665-4621.

Donación de órganos y tejidos

Puede ayudar a salvar vidas al convertirse en un donante de órganos o tejidos. Si tiene entre 15 y 18 años, puede ser donante con consentimiento escrito de sus padres o de su tutor. Puede cambiar de opinión sobre la donación de órganos en cualquier momento. Si desea obtener más información sobre la donación de órganos o tejidos, hable con su PCP. También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: 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](#). Los servicios cubiertos son gratuitos siempre que sean médicamente necesarios y brindados por un proveedor dentro de la red. Debe solicitarnos preaprobación (autorización previa) si la atención es fuera de la red, excepto para ciertos servicios de atención de asuntos delicados y atención de emergencia. Su plan de salud podría cubrir los servicios médicamente necesarios de un proveedor fuera de la red, pero usted debe solicitar a [Molina Healthcare](#) una preaprobación (autorización previa) para esto.

Los servicios médicamente necesarios son razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme gravemente o que quede incapacitado, o reducir el dolor intenso a causa de enfermedades, patologías o lesiones diagnosticadas. Para los miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen atención que es médicamente necesaria para sanar o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Los miembros menores de 21 años reciben beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, lea el Capítulo 5, “Cuidado para niños y jóvenes sanos”.

Algunos de los beneficios básicos de salud que ofrece [Molina Healthcare](#) se enumeran a continuación. Los beneficios con un asterisco (*) necesitan preaprobación (autorización previa).

4 | Beneficios y servicios

- Acupuntura*
- Terapias y servicios de atención médica domiciliaria para afecciones agudas (tratamiento a corto plazo)
- Vacunación de adultos (inyecciones)
- Pruebas de alergia e inyecciones
- Servicios de ambulancia para una emergencia
- Servicios de un anesthesiólogo
- Prevención del asma
- Audiología*
- Tratamientos de salud del comportamiento*
- Prueba de biomarcador
- Rehabilitación cardíaca
- Servicios quiroprácticos*
- Quimioterapia y radioterapia
- Evaluaciones de salud cognitiva
- Servicios de trabajadores de salud comunitarios
- Servicios dentales: limitados (prestados por un profesional médico/ médico de atención primaria [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 de planificación familiar (puede visitar a un proveedor no participante)
- Servicios y dispositivos de habilitación*
- Audífonos
- Atención médica domiciliaria*
- Cuidados de hospicio*
- Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados*
- Laboratorio y radiología*
- Terapias y servicios de atención médica domiciliaria a largo plazo*
- Maternidad y cuidado del recién nacido
- Trasplante de órgano principal*
- Terapia ocupacional*
- Órtesis/prótesis*
- Suministros urológicos y de ostomía
- Servicios hospitalarios ambulatorios
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Cirugía ambulatoria*
- Cuidado paliativo*
- Visitas a su PCP.
- Servicios pediátricos
- Fisioterapia*
- Servicios de podología*
- Rehabilitación pulmonar
- Secuenciación rápida del genoma completo
- Servicios de rehabilitación y dispositivos*
- Servicios de enfermería especializada
- Visitas a especialistas
- Terapia del habla*
- Servicios quirúrgicos
- Telemedicina o telesalud
- Servicios transgénero*
- Atención de urgencia
- Servicios de la vista*
- Servicios de salud de la mujer

En el capítulo 8, “Números y palabras importantes que debe conocer”, encontrará definiciones y descripciones de los servicios cubiertos.

Los servicios médicamente necesarios son razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme gravemente o que quede incapacitado, o reducir el dolor intenso a causa de enfermedades, patologías o lesiones diagnosticadas.

Los servicios médicamente necesarios incluyen los que se requieren para el crecimiento y el desarrollo adecuados a la edad o para alcanzar, mantener o recuperar capacidad funcional.

Para miembros menores de 21 años, un servicio es médicamente necesario si se requiere para corregir o mejorar defectos y enfermedades o afecciones físicas y mentales según el beneficio federal de Examen de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (EPSDT). Esto incluye la atención que es necesaria para sanar o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental o a estabilizar la afección del miembro para evitar que empeore.

Los servicios médicamente necesarios no incluyen lo siguiente:

- **Tratamientos que no se probaron o que aún se están evaluando.**
- **Servicios o artículos que generalmente no se aceptan como eficaces.**
- **Servicios fuera del curso y de la duración normales de tratamientos o servicios que no tienen pautas clínicas.**
- **Servicios para la conveniencia del cuidador o proveedor.**

Molina Healthcare coordina con otros programas para asegurarse de que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluso si esos servicios están cubiertos por otro programa y no por **Molina Healthcare**.

Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios cubiertos que son razonables y necesarios para lo siguiente:

- Proteger la vida
- Prevenir una enfermedad o una discapacidad significativas
- Aliviar el dolor intenso
- Lograr el crecimiento y el desarrollo adecuados para la edad
- Lograr, mantener y recuperar la capacidad funcional

Para los miembros menores de 21 años, los servicios médicamente necesarios incluyen todos los servicios cubiertos antes mencionados, además de cualquier otro tipo de atención médica necesaria, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas para corregir o mejorar defectos y enfermedades y afecciones físicas y mentales, según lo exige el beneficio federal del EPSDT.

El EPSDT ofrece servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para bebés, niños y adolescentes de bajos ingresos menores de 21 años. El EPSDT cubre más servicios que el beneficio para adultos. Está diseñado para garantizar que los niños reciban atención y detección a tiempo para prevenir o diagnosticar y tratar los problemas de salud. La meta del EPSDT es garantizar que cada niño reciba la atención médica que necesita cuando la requiere: la atención adecuada para el niño pertinente en el momento y el entorno precisos.

[Molina Healthcare](#) coordinará con otros programas para asegurarse de que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluso si otro programa cubre esos servicios y [Molina Healthcare](#) no lo hace. Lea la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en este capítulo.

Beneficios de Medi-Cal cubiertos por [Molina Healthcare](#)

Servicios ambulatorios

Vacunación de adultos

Puede obtener servicios de vacunación (inyecciones) para adultos de un proveedor dentro de la red sin preaprobación (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 usted necesita cuando va a viajar.

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 pruebas y tratamiento de alergias, como desensibilización de alergia, hiposensibilización o inmunoterapia.

Servicios de un anesthesiólogo

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios de anestesia que son médicamente necesarios cuando recibe atención para pacientes ambulatorios. Esto puede incluir anestesia para procedimientos dentales cuando la brinda un anesthesiólogo, quien puede requerir una preaprobación (autorización previa).

Servicios quiroprácticos

[Molina Healthcare](#) cubre servicios quiroprácticos, limitados al tratamiento de la columna vertebral por manipulación manual. Los servicios quiroprácticos se limitan a un máximo de 2 servicios por mes, o a una combinación de 2 servicios por mes de los siguientes servicios: acupuntura, audiología, terapia ocupacional y terapia del habla. No se aplican límites a los menores de 21 años. [Molina Healthcare](#) puede preaprobar otros servicios como médicamente necesarios.

Estos miembros reúnen los requisitos para recibir servicios quiroprácticos:

- Menores de 21 años.
- Las embarazadas hasta el final del mes que abarque 60 días después de la finalización de un embarazo.
- Los miembros que reciben servicios de atención médica/quirúrgica por una enfermedad o afección repentina, antes de los 21 años, y estos servicios se prolongan más allá de los 21 años. Residentes en un centro de enfermería especializada, un centro de cuidados intermedios o un centro de cuidados subagudos.
- Todos los miembros cuando se brindan servicios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales del condado, clínicas para pacientes ambulatorios, Centros de salud con calificación federal (FQHC) o clínicas de salud rurales (RHC) que formen parte de la red de [Molina Healthcare](#).

No todos los FQHC, RHC u hospitales del condado ofrecen servicios quiroprácticos para pacientes ambulatorios.

Evaluaciones de salud cognitiva

[Molina Healthcare](#) cubre una evaluación anual de salud cognitiva para miembros de 65 años o más que no reúnen los requisitos para una evaluación similar como parte de una visita anual de bienestar en virtud del programa de Medicare. Una evaluación de salud cognitiva sirve para identificar signos de enfermedad de Alzheimer o demencia.

Servicios de trabajadores de salud comunitarios

[Molina Healthcare](#) cubre servicios de un trabajador de salud comunitario (CHW) individuales cuando son recomendados por un médico u otro profesional autorizado para prevenir enfermedades, discapacidades y otras afecciones de salud o su evolución; prolongar la vida; y promover la salud física y mental y la eficiencia. Entre los servicios, se incluye lo siguiente:

- Educación y formación para la salud, lo que incluye control y prevención de enfermedades crónicas o infecciosas; afecciones de salud del comportamiento, perinatal y oral; y prevención de lesiones.
- Promoción y asesoría de 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 tratamientos de diálisis. [Molina Healthcare](#) también cubre 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 artículos por confort, conveniencia o lujo.
- Artículos no médicos, como generadores o accesorios, para hacer que el equipo de diálisis en el hogar sea portátil para sus viajes.

Servicios de doula

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios de doula para miembros que estén embarazadas o lo hayan estado en el último año cuando se los recomienda un médico o profesional autorizado. Medi-Cal no cubre todos los servicios de doula. Las doulas son trabajadoras capacitadas en nacimientos que brindan educación sobre la salud,

defensoría y apoyo físico, emocional y no médico a las mujeres embarazadas y en posparto, antes, durante y después del nacimiento, lo que incluye apoyo durante el aborto espontáneo, la muerte fetal y el aborto.

Servicios diádicos

Molina Healthcare cubre los servicios de atención diádica de salud del comportamiento (DBH) médicamente necesarios para los miembros y sus cuidadores. Una díada se refiere a un niño y sus padres o cuidadores. La atención diádica se presta conjuntamente a los padres o cuidadores y al niño. Se centra en el bienestar familiar para apoyar el desarrollo saludable del niño y su salud mental.

Los servicios de atención diádica incluyen visitas de bienestar infantil de DBH, servicios integrales de apoyo comunitario diádicos, servicios psicoeducativos diádicos, servicios diádicos para padres o cuidadores, capacitación familiar diádica, asesoramiento para el desarrollo infantil y servicios de salud mental materna.

Cirugía ambulatoria.

Molina Healthcare cubre procedimientos quirúrgicos ambulatorios. Para algunos procedimientos, deberá obtener la preaprobación (autorización previa) antes de recibir estos servicios. Los procedimientos de diagnóstico y ciertos procedimientos médicos o dentales ambulatorios se consideran opcionales. Debe obtener la preaprobación (autorización previa) para los procedimientos opcionales para pacientes ambulatorios que especifique Molina Healthcare.

Servicios médicos

Molina Healthcare cubre servicios del médico que son médicamente necesarios.

Servicios de podología (pies)

Molina Healthcare cubre servicios de podología como médicamente necesarios para el diagnóstico y para el tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, manipulativo y eléctrico de los pies. Esto incluye tratamiento para el tobillo y para los tendones conectados al pie. También incluye tratamiento no quirúrgico de los músculos y tendones de la pierna que controlan las funciones del pie.

Terapias de tratamiento

Molina Healthcare cubre diferentes terapias de tratamiento, incluidas las siguientes:

- Quimioterapia
- Radioterapia

Maternidad y cuidado del recién nacido

Molina Healthcare cubre estos servicios de maternidad y cuidado del recién nacido:

- Servicios del centro de nacimientos
- Extractores de leche materna y suministros
- Educación y ayudas para la lactancia
- Enfermeras parteras certificadas (CNM)
- Parto y atención posparto
- Diagnóstico de trastornos genéticos fetales y asesoramiento
- Servicios de doula
- Parteras autorizadas (LM)
- Servicios de salud mental para maternidad
- Atención al recién nacido
- Cuidado prenatal

Servicios de telesalud

La telesalud es una manera de acceder a servicios sin estar en la misma ubicación física que su proveedor. Puede implicar mantener una conversación en vivo con su proveedor por teléfono, video u otros medios. O puede implicar compartir información con su proveedor sin una conversación en vivo. Puede recibir muchos servicios a través del servicio de telesalud.

Es posible que el servicio de telesalud no esté disponible para todos los servicios cubiertos. Puede comunicarse con su proveedor para saber qué servicios puede recibir a través del servicio de telesalud. Es importante que usted y su proveedor estén de acuerdo en que el uso de la telesalud para un servicio es lo adecuado para usted. Usted tiene derecho a recibir servicios en persona. No es obligatorio el uso de la telesalud, aunque su proveedor considere que es adecuado para usted.

Servicios de salud mental

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Molina Healthcare cubre evaluaciones iniciales de salud mental sin necesidad de una preaprobación (autorización previa). Puede obtener una evaluación de salud mental en cualquier momento de un proveedor de salud mental autorizado de la red de Molina Healthcare sin una remisión.

Su PCP o proveedor de salud mental podría remitirlo a un especialista de la red de [Molina Healthcare](#) para que le realice más exámenes de salud mental a fin de decidir el nivel de atención que necesita. Si los resultados de sus exámenes de detección de salud mental indican que usted tiene angustia leve o moderada o un deterioro del funcionamiento mental, emocional o del comportamiento, [Molina Healthcare](#) puede brindarle servicios de salud mental. [Molina Healthcare](#) cubre servicios de salud mental, como los siguientes:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y en grupo (psicoterapia).
- Pruebas psicológicas cuando estén clínicamente indicadas para evaluar una afección de salud mental.
- Desarrollo de habilidades cognitivas para mejorar la atención, la memoria y la resolución de problemas.
- Servicios para pacientes ambulatorios a fin de controlar la terapia con medicamentos.
- Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios que no están cubiertos según la Lista de medicamentos con contrato 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 miembros de la familia. Algunos ejemplos de terapia familiar incluyen, entre otros, lo siguiente:
 - Psicoterapia para hijos y padres (de 0 a 5 años)
 - Terapia interactiva entre padres e hijos (de 2 a 12 años)
 - Terapia de pareja cognitiva-del comportamiento (adultos)

Para obtener ayuda para encontrar más información sobre los servicios de salud mental brindados por [Molina Healthcare](#), llame al [1-888-665-4621](tel: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 proveedor de salud mental no puede brindar la atención que necesita en el tiempo indicado anteriormente (en la sección “Acceso oportuno a la atención”), [Molina Healthcare](#) cubrirá y lo ayudará a obtener servicios fuera de la red.

Si el examen de salud mental indica que usted puede tener un mayor nivel de deterioro y necesita servicios de salud mental especializados (SMHS), su PCP o su 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 “Otros programas y servicios de Medi-Cal”, en la página 92 en el apartado “Servicios de salud mental especializados”.

Atención de emergencia

Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios necesarios para tratar una emergencia médica

[Molina Healthcare](#) cubre todos los servicios necesarios para tratar una emergencia médica que ocurre en los EE. UU. (incluidos territorios como Puerto Rico, Islas Vírgenes de los EE. UU., etc.). [Molina Healthcare](#) también cubre atención de emergencia que requiere hospitalización en Canadá o México. Una emergencia médica es una afección médica con dolor agudo o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona prudente (razonable) que maneja información básica (no un profesional de atención médica) podría esperar que suceda lo siguiente:

- Riesgo grave para su salud.
- Daño grave a funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- Riesgo grave en los casos de una embarazada en trabajo de parto activo, lo que significa trabajo de parto en un momento en el que se produciría alguna de las siguientes situaciones:
 - No hay tiempo suficiente para el traslado seguro a otro hospital antes del parto.
 - El traslado podría representar un riesgo para su salud o seguridad o para la del bebé por nacer.

Si un proveedor de la sala de emergencias de un hospital le da un suministro hasta para 72 horas de un medicamento recetado para pacientes ambulatorios 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 de un hospital le da una receta médica que debe llevar a una farmacia independiente para surtirla, Medi-Cal Rx cubrirá esa receta.

Si un farmacéutico de una farmacia independiente le da un **suministro de emergencia** de un medicamento, este estará cubierto por Medi-Cal Rx y no por [Molina Healthcare](#). Si la farmacia necesita ayuda para brindarle un suministro de medicamentos de emergencia, pídale que se comunique 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 centro de atención más cercano en una emergencia. Esto significa que su condición es lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud. Ningún servicio está cubierto fuera de los EE. UU., excepto la atención de emergencia que requiere hospitalización en Canadá o México. Si recibe servicios de ambulancia de emergencia en Canadá o México y no lo hospitalizan durante ese episodio de atención, **Molina Healthcare** no cubrirá los servicios de ambulancia.

Cuidados de hospicio y paliativos

Molina Healthcare cubre cuidados de hospicio y paliativos para niños y adultos, lo que ayuda a reducir molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales. Es posible que los adultos mayores de 21 años no reciban servicios de cuidados de hospicio y cuidados paliativos al mismo tiempo.

Cuidados de hospicio

El cuidado de hospicio es un beneficio para miembros que tienen una enfermedad terminal. Los cuidados de hospicio requieren que el miembro tenga una esperanza de vida de 6 meses o menos. Es una intervención que se centra, principalmente, en el manejo de síntomas y dolores en vez de en una cura para prolongar la vida.

Los cuidados de hospicio incluyen lo siguiente:

- Servicios de enfermería.
- Servicios físicos, ocupacionales o del habla.
- Servicios médicos y sociales.
- Auxiliar de atención médica domiciliaria y servicios de trabajo doméstico.
- Suministros y aparatos médicos.
- Algunos medicamentos y servicios biológicos (algunos pueden estar disponibles a través de Medi-Cal Rx).
- Servicios de consejería.
- Servicios continuos de enfermería las 24 horas durante períodos de crisis y según sea necesario para mantener al miembro con enfermedad terminal en el hogar.
- Servicios de cuidado de relevo para pacientes internados durante un máximo de cinco días consecutivos a la vez en un hospital, un centro de enfermería especializada o un centro de hospicio.

- Atención durante hospitalización a corto plazo para el control del dolor o el manejo de los síntomas en un hospital, un centro de enfermería especializada o un centro de hospicio.

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos representan atención centrada en el paciente y la familia que mejora la calidad de vida: anticipa, evita y trata el sufrimiento. Los cuidados paliativos no requieren que el miembro tenga una expectativa de vida de hasta seis meses. Se pueden brindar cuidados paliativos al mismo tiempo que cuidados curativos.

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 curativos autorizados.
- El equipo del plan de atención incluye estas y otras personas:
 - Doctor en medicina u osteopatía
 - Médico asistente
 - Enfermero registrado
 - Enfermero vocacional autorizado o enfermero profesional
 - Trabajador social
 - Capellán
- Coordinación de atención.
- Manejo del dolor y de los síntomas.
- Servicios sociales médicos y de salud mental.

Los adultos mayores de 21 años no pueden recibir cuidados paliativos y de hospicio al mismo tiempo. Si recibe cuidados paliativos y califica para recibir cuidados de hospicio, puede solicitar cambiar a cuidados de hospicio en cualquier momento.

Hospitalización

Servicios de un anesthesiólogo

[Molina Healthcare](#) cubre servicios de anesthesiólogo médicamente necesarios durante hospitalizaciones cubiertas. Un anesthesiólogo es un proveedor especialista en administrar anestesia a los pacientes. La anestesia es un tipo de medicamento que se utiliza durante algunos procedimientos médicos o dentales.

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Molina Healthcare cubre la atención hospitalaria médicamente necesaria cuando lo internan en el hospital.

Secuenciación rápida del genoma completo

Secuenciación rápida del genoma completo (RWGS) es un beneficio cubierto para cualquier miembro de Medi-Cal menor de un año que recibe servicios hospitalarios para pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos. Incluye secuenciación individual, secuenciación de tríos para padres y su bebé, y secuenciación ultra rápida.

La RWGS es una nueva manera de diagnosticar las afecciones a tiempo para intervenir en la atención de niños menores de un año que están en la unidad de cuidados intensivos (ICU). Si su hijo califica para los Servicios para Niños de California (CCS), estos pueden cubrir la hospitalización y la RWGS.

Servicios quirúrgicos

Molina Healthcare cubre cirugías médicamente necesarias realizadas en un hospital.

Programa de Extensión de Atención Posparto (PPCE)

Molina Healthcare cubre la atención posparto hasta 12 meses después de la finalización del embarazo, independientemente de los ingresos, de la ciudadanía o del estado migratorio. No se necesitan medidas adicionales.

Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (terapia)

Este beneficio incluye servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a adquirir o recuperar habilidades mentales y físicas.

Molina Healthcare cubre los servicios de rehabilitación y habilitación descritos en esta sección si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los servicios son médicamente necesarios.
- Los servicios son para tratar una afección médica.
- Los servicios son para ayudarlo a mantener, aprender o mejorar las habilidades o el funcionamiento para la vida diaria.
- Usted recibe los servicios en un centro dentro de la red, a menos que un médico de la red considere médicamente necesario que usted reciba los

4 | Beneficios y servicios

servicios en otro lugar o que un centro dentro de la red no esté disponible para tratar su afección médica.

Molina Healthcare cubre los siguientes servicios de rehabilitación/habilitación:

Acupuntura

Molina Healthcare cubre servicios de acupuntura para prevenir, modificar o aliviar la percepción de dolor crónico intenso y persistente ocasionado por una afección médica generalmente reconocida.

Los servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios, con o sin estimulación eléctrica de agujas, se limitan a 2 servicios por mes, en combinación con servicios de audiología, quiroprácticos y de terapias ocupacional y del habla cuando son brindados por un médico, un dentista, un podólogo o un acupunturista. No se aplican límites a los menores de 21 años. **Molina Healthcare** puede preaprobar (autorización previa) más servicios que sean médicamente necesarios.

Si usted es un miembro asignado a un grupo médico/IPA, deberá comunicarse con su grupo médico/IPA para preguntar sobre la aprobación de beneficios como la acupuntura.

Audiología (audición)

Molina Healthcare cubre servicios de audiología. La audiología para pacientes ambulatorios se limita a 2 servicios por mes, en combinación con servicios de acupuntura, quiroprácticos, y de terapia ocupacional y del habla (no se aplican límites a los menores de 21 años). **Molina Healthcare** puede preaprobar (autorización previa) más servicios que sean médicamente necesarios.

Tratamientos de salud del comportamiento

Molina Healthcare cubre los servicios de tratamiento de salud del comportamiento (BHT) para miembros menores de 21 años a través del beneficio de EPSDT. El BHT incluye servicios y programas de tratamiento, como el análisis de comportamiento aplicado y programas de intervención del comportamiento basados en evidencias que desarrollan o restauran, en la máxima medida posible, el funcionamiento de una persona menor de 21 años.

Los servicios de BHT enseñan habilidades mediante la observación y refuerzo del comportamiento o a través de indicaciones para enseñar cada paso de un comportamiento determinado. Los servicios de BHT se basan en evidencia confiable. No son experimentales. Ejemplos de servicios de BHT incluyen intervenciones del comportamiento, paquetes de intervención del comportamiento cognitivo, tratamiento integral del comportamiento y análisis de comportamiento aplicado.

Los servicios de BHT deben ser médicamente necesarios, recetados por un médico o psicólogo autorizado, aprobados por el plan y suministrados de manera tal que sigan el plan de tratamiento aprobado.

Rehabilitación cardíaca

Molina Healthcare cubre 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, médico asistente, enfermeros practicantes o enfermeros clínicos especialistas. Los artículos de DME recetados tienen cobertura según sea médicamente necesario para preservar funciones corporales esenciales para actividades de la vida diaria o para evitar una discapacidad física importante.

Por lo general, **Molina Healthcare** no cubre lo siguiente:

- Equipos, suministros y artículos por confort, conveniencia o lujo, excepto extractores de leche materna domésticos, tal como se describe en “Extractores de leche materna y suministros” en la sección “Maternidad y cuidado del recién nacido” en este capítulo.
- Artículos no destinados a realizar actividades regulares de la vida cotidiana, como equipos de ejercicio (incluidos dispositivos destinados a proporcionar más apoyo para actividades recreativas o deportivas).
- Equipo de higiene, excepto cuando sea médicamente necesario para un miembro menor de 21 años.
- Artículos no médicos, como baños de sauna o elevadores.
- Modificaciones en su hogar o el auto.
- Dispositivos para el análisis de sangre u otras sustancias corporales (Medi-Cal Rx cubre monitores de glucosa en sangre, monitores continuos de glucosa, tiras reactivas y lancetas).
- Monitores electrónicos del corazón o de los pulmones, excepto monitores de apnea infantil.
- Reparación o reemplazo de equipo debido a pérdida, robo o mal uso, excepto cuando sea médicamente necesario para un miembro menor de 21 años.
- Otros artículos que generalmente no se usan para atención médica como propósito principal.

En algunos casos, estos artículos pueden aprobarse cuando su médico presenta una solicitud de preaprobación (autorización previa).

Nutrición enteral y parenteral

Estos métodos de nutrición corporal se usan cuando una afección médica le impide alimentarse con normalidad. Medi-Cal Rx puede cubrir fórmulas de nutrición enteral y productos de nutrición parenteral cuando sea médicamente necesario.

[Molina Healthcare](#) también cubre bombas y sondas parenterales y enterales cuando sea médicamente necesario.

Audífonos

[Molina Healthcare](#) cubre audífonos si le han hecho una prueba de disminución de audición, si los audífonos son médicamente necesarios y si tiene una receta de su médico. La cobertura se limita a la ayuda con el menor costo para satisfacer sus necesidades médicas. [Molina Healthcare](#) cubrirá un audífono, a menos que se necesite un audífono para cada oído para obtener resultados mucho mejores que los que se pueden obtener con uno solo.

Audífonos para miembros menores de 21 años:

En el [condado de Los Angeles](#), la ley estatal exige que los niños que necesitan audífonos deben ser remitidos al programa de Servicios para Niños de California (CCS) para decidir si califican para los CCS. Si un niño califica para los CCS, estos cubrirán los costos de los audífonos médicamente necesarios. Si un niño no califica para los CCS, cubriremos los audífonos médicamente necesarios como parte de la cobertura de Medi-Cal.

Audífonos para miembros de 21 años o más.

Según Medi-Cal, cubrimos lo siguiente para cada audífono cubierto:

- Moldes de oídos 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 un reemplazo de audífonos en los siguientes casos:

- Su pérdida de audición es tal que su audífono actual no puede corregirla.

- Su audífono se perdió, se lo robaron o está roto y no se puede reparar, y no fue su responsabilidad que esto sucediera. Debe darnos una nota que nos indique cómo pasó esto.

Para adultos mayores de 21 años, Medi-Cal **no** incluye lo siguiente:

- Reemplazo de baterías para los audífonos

Servicios de atención médica domiciliaria

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios de atención médica que se prestan en el hogar cuando se consideran médicamente necesarios y los receta un médico o médico asistente, un enfermero profesional o un especialista en enfermería clínica.

Los servicios de atención médica domiciliaria se limitan a los servicios que Medi-Cal cubre, incluidos los siguientes:

- Atención de enfermería especializada a tiempo parcial
- Asistente de atención médica domiciliaria a tiempo parcial
- Fisioterapia y terapias ocupacional y del habla especializadas
- Servicios médicos y sociales.
- Suministros médicos

Suministros, equipos y dispositivos médicos

[Molina Healthcare](#) cubre suministros médicos recetados por médicos, médicos asistentes, enfermeros profesionales y especialistas en enfermería clínica. Algunos suministros médicos están cubiertos a través de Medi-Cal Rx de tarifa por cada servicio (FFS), y no por [Molina Healthcare](#). Cuando FFS cubre suministros, el proveedor facturará a Medi-Cal Rx.

Medi-Cal Rx **no** cubre lo siguiente:

- Artículos comunes para el hogar, incluidos, entre otros:
 - Cinta adhesiva (todos los tipos)
 - Alcohol rectificado
 - Cosméticos
 - Almohadillas de algodón e hisopos
 - Talcos de limpieza
 - Toallitas de papel
 - Hamamelis
- Remedios caseros comunes, incluidos, entre otros:
 - Vaselina

- Aceites y lociones para la piel seca
- Talco y productos que contienen talco
- Agentes oxidantes, como el peróxido de hidrógeno
- Perborato de sodio y peróxido de carbamida
- Champús comunes sin receta.
- Preparaciones tópicas que contienen ungüento de ácido benzoico y salicílico; crema, ungüento o líquido con ácido salicílico; y pasta de óxido de zinc.
- Otros artículos que generalmente no se usan para atención médica como propósito principal y que son utilizados regular y principalmente por personas que no tienen una necesidad médica específica para ellos.

Terapia ocupacional

Molina Healthcare cubre servicios de terapia ocupacional, que incluyen evaluación de terapia ocupacional, planificación del tratamiento, tratamiento, instrucción y servicios de consulta. Los servicios de terapia ocupacional se limitan a 2 servicios por mes en combinación con servicios de acupuntura, de audiología, quiroprácticos y de terapia del habla (no se aplican límites a menores de 21 años). **Molina Healthcare** puede preaprobar (autorización previa) más servicios que sean médicamente necesarios.

Órtesis/prótesis

Molina Healthcare cubre dispositivos y servicios ortopédicos y protésicos que son médicamente necesarios y recetados por su médico, podólogo, dentista o proveedor de salud no médico. Estos incluyen dispositivos auditivos implantados, prótesis mamarias/sujetadores de mastectomía, prendas de compresión para quemaduras y prótesis para restaurar la función o reemplazar una parte del cuerpo, o para dar soporte a una parte del cuerpo debilitada o deformada.

Suministros urológicos y de ostomía

Molina Healthcare cubre bolsas de ostomía, catéteres urinarios, bolsas de drenaje, suministros de irrigación y adhesivos. Esto no incluye equipos, suministros ni artículos por confort, conveniencia o lujo.

Fisioterapia

Molina Healthcare cubre servicios de fisioterapia médicamente necesarios, que incluyen evaluación de fisioterapia, planificación del tratamiento, tratamiento, instrucción, servicios de consulta, y aplicación de medicamentos tópicos.

Rehabilitación pulmonar

Molina Healthcare cubre rehabilitación pulmonar médicamente necesaria recetada por un médico.

Servicios prestados en un centro de enfermería especializada

Molina Healthcare cubre servicios prestados en un centro de enfermería especializada como médicamente necesarios si usted tiene una discapacidad y necesita un nivel alto de atención. Estos servicios incluyen alojamiento y comidas en un centro autorizado con atención de enfermería especializada las 24 horas del día.

Terapia del habla

Molina Healthcare cubre terapia del habla que sea médicamente necesaria. Los servicios de terapia del habla se limitan a 2 servicios por mes en combinación con servicios de acupuntura, de audiología, quiroprácticos y de terapia ocupacional. No se aplican límites a los menores de 21 años. **Molina Healthcare** puede preaprobar (autorización previa) más servicios que sean médicamente necesarios.

Servicios transgénero

Molina Healthcare cubre servicios transgénero (servicios de afirmación de género) cuando son médicamente necesarios o cuando los servicios cumplen con las reglas para cirugía reconstructiva.

Ensayos clínicos

Molina Healthcare cubre los costos de atención de rutina para los pacientes aceptados en ensayos clínicos, incluidos los ensayos clínicos para el cáncer, que figuran en <https://clinicaltrials.gov> para los Estados Unidos.

Medi-Cal Rx, un programa de Medi-Cal de FFS, cubre la mayoría de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, lea la sección “Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios” en este capítulo.

Servicios de laboratorio y radiología

Molina Healthcare cubre servicios de laboratorio y radiografía para pacientes ambulatorios y hospitalizados cuando es médicamente necesario. Los procedimientos avanzados de diagnóstico por imágenes, como tomografías computarizadas (TC), imágenes por resonancia magnética (IRM) y exploraciones de tomografía por emisión de positrones (PET), están cubiertos según las necesidades médicas.

Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas

El plan cubre lo siguiente:

- Vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación
- Servicios de planificación familiar
- Recomendaciones Bright Futures de la Academia Estadounidense 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 médicos preventivos para mujeres recomendados por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos
- Ayuda para dejar de fumar, también llamada servicios para dejar de fumar
- Servicios médicos preventivos de grados A y B recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Médicos Preventivos de los Estados Unidos

Los servicios de planificación familiar se suministran a miembros en edad fértil para permitirles elegir la cantidad de hijos que quieren tener y el tiempo de espera entre uno y otro. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). El PCP y los especialistas en ginecología/obstetricia de [Molina Healthcare](#) están disponibles para los servicios de planificación familiar.

Para los servicios de planificación familiar, también puede elegir un médico o clínica de Medi-Cal que no tenga relación con [Molina Healthcare](#) sin tener que obtener la preaprobación (autorización previa) de [Molina Healthcare](#). Es posible que los servicios de proveedores fuera de la red no 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).

Molina Healthcare también cubre los programas de control de enfermedades crónicas que se centran en las siguientes afecciones:

- Diabetes
- Enfermedades cardiovasculares
- Asma
- Depresión

Para obtener información sobre atención preventiva para jóvenes menores de 20 años, lea el capítulo 5: “Cuidado para niños y jóvenes sanos”.

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 cambios en el estilo de vida. Está diseñado para prevenir o retrasar la aparición de la diabetes tipo 2 en 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 cosas, lo siguiente:

- Proporcionar un consejero de pares
- Enseñar autosupervisión y resolución de problemas
- Brindar ánimo y comentarios
- Proporcionar material informativo para apoyar las metas
- Realizar un seguimiento de los pesajes rutinarios para ayudar a alcanzar las metas

Los miembros deben cumplir ciertas reglas para formar parte del DPP. Llame a [Molina Healthcare](#) para saber si reúne los requisitos para el programa.

Servicios reconstructivos

[Molina Healthcare](#) cubre la cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo para mejorar o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son aquellas causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores, enfermedades o tratamiento de enfermedades que provocaron la pérdida de una estructura corporal, como una mastectomía. Es posible que se apliquen algunos límites y excepciones.

Servicios de detección de trastorno por consumo de sustancias

[Molina Healthcare](#) cubre [servicios de detección de trastorno por abuso de sustancias \(SUD\)](#), incluido lo siguiente:

- Exámenes de Detección de Trastorno por Consumo de Sustancias, Evaluaciones, Intervenciones Breves y Remisión a Tratamiento (SABIRT) para miembros mayores de 11 años que están en entornos de atención primaria (incluye embarazadas); abarca tabaco, alcohol y prueba de detección de drogas ilícitas.

Además, Molina Healthcare brinda los siguientes servicios:

- Medicamentos para el tratamiento de la adicción (MAT, también conocido como tratamiento asistido por medicamentos) brindados en entornos de atención primaria, hospitalización, departamentos de emergencia y de otro tipo médico con contrato.
- Servicios de emergencia necesarios para estabilizar al miembro.
- Molina Healthcare brindará o coordinará la prestación de servicios de salud mental especializados (SMHS) médicamente necesarios en los condados de los miembros que cumplan con los criterios de acceso para los SMHS.

Para obtener la cobertura del tratamiento a través del condado, lea la sección “Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias” que figura 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. Se cubren exámenes de la vista más frecuentes si son médicamente necesarios, como es el caso de miembros que tienen diabetes.
- Anteojos (marcos y lentes) una vez cada 24 meses con una receta válida.
- Reemplazo de anteojos durante 24 meses si la receta se modifica o si sus anteojos se perdieron, se los robaron, o están rotos y no se pueden reparar, y no fue su responsabilidad que esto sucediera. Debe darnos una nota que nos indique cómo sus anteojos se perdieron, se los robaron o se rompieron.
- Dispositivos de visión parcial para los que tienen deterioro visual que no se puede corregir con anteojos estándar, lentes de contacto, medicamentos ni cirugía que interfiere con su capacidad de realizar actividades diarias (como degeneración macular relacionada con la edad).
- Lentes de contacto médicamente necesarios. Las pruebas de lentes de contacto y los lentes de contacto pueden estar cubiertos si no es posible utilizar anteojos debido a una enfermedad o afección ocular o de otro tipo (por ejemplo, si le falta una oreja). Las afecciones médicas que califican para lentes de contacto especiales incluyen, entre otras, aniridia, afaquia y queratocono.

- Los exámenes de la vista y anteojos para niños y jóvenes menores de 21 años no se limitan a una vez cada 24 meses; según el EPSDT, se brindan cuando el proveedor indica que el servicio es médicamente necesario.
- Los niños y jóvenes menores de 21 años con afecciones como queratocono y afaquia se deben remitir a los CCS para recibir mayor atención.

Beneficios de transporte para situaciones que no son emergencias

Usted puede obtener transporte médico si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, un autobús ni un taxi para asistir a sus citas. Puede obtener transporte médico para servicios cubiertos y citas de farmacia cubiertas por Medi-Cal. Puede solicitar transporte médico si se lo pide a su médico, dentista, podólogo o un proveedor de trastornos de salud mental o de abuso de sustancias. Su proveedor decidirá el tipo de transporte correcto para satisfacer sus necesidades.

Si comprueba que usted necesita transporte médico, se lo indicará completando un formulario y enviándolo a [Molina Healthcare](#). Una vez aprobado, y según sea la necesidad médica, tiene una validez de hasta 12 meses. Además, en cuanto se apruebe, podrá obtener la cantidad de traslados que necesite. Su médico deberá reevaluar su necesidad de transporte médico y volver a aprobarlo cada 12 meses.

El transporte médico es una ambulancia, una camioneta con camillas, una camioneta para sillas de ruedas o transporte aéreo. [Molina Healthcare](#) permite el transporte médico que sea de menor costo para satisfacer sus necesidades médicas cuando requiere un traslado a su cita. Esto significa, por ejemplo, que si, física o médicamente, puede trasladarse en una camioneta para silla de ruedas, [Molina Healthcare](#) no pagará por una ambulancia. Solamente tiene derecho a transporte aéreo si su afección médica imposibilita cualquier forma de transporte terrestre.

Recibirá transporte médico en los siguientes casos:

- Es física o médicamente necesario, con una autorización por escrito de un médico o de otro proveedor, ya que usted, física o médicamente, no puede usar un autobús, un taxi, un automóvil ni una camioneta para ir a su cita.
- Si necesita ayuda del conductor de ida y vuelta a su casa, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar un transporte médico que su médico le haya indicado para las citas que no sean urgentes (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. Para citas urgentes, 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 para satisfacer sus necesidades médicas con el proveedor que esté más cerca de su hogar y que tenga una cita disponible. No puede obtener transporte médico si Medi-Cal no cubre el servicio que recibirá o si no se trata de una cita de farmacia cubierta por Medi-Cal. En este Manual para miembros, encontrará una lista de servicios cubiertos.

Si Medi-Cal cubre el tipo de cita, pero no lo hace a través del plan de salud, [Molina Healthcare](#) no cubrirá el transporte médico, pero puede ayudarlo a programar el transporte con Medi-Cal. El transporte no está cubierto fuera de la red ni 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 el miembro

[Molina Healthcare](#) programa el transporte sin costo alguno.

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 transporte de ningún tipo. Puede obtener un traslado sin costo para usted cuando ha probado todas las otras maneras de obtener transporte y necesita lo siguiente:

- Trasladarse ida y vuelta a una cita para un servicio de Medi-Cal autorizado por su proveedor
- Recoger medicamentos recetados y suministros médicos

[Molina Healthcare](#) permite que use un automóvil, un taxi, un autobús u otra manera pública o privada de asistir a su cita médica para recibir servicios cubiertos por Medi-Cal. [Molina Healthcare](#) cubrirá el tipo de transporte no médico de menor costo para satisfacer sus necesidades. En ocasiones, [Molina Healthcare](#) puede realizarle un reembolso (devolverle el dinero) de los traslados que usted programe en un vehículo privado. [Molina Healthcare](#) debe aprobar esto antes de que usted obtenga el transporte.

Debe informarnos por qué no puede viajar de otra manera, por ejemplo, en autobús. Puede llamar, enviar un correo electrónico o informarnos en persona. Si tiene acceso a un transporte o puede conducir hasta la cita, [Molina Healthcare](#) no le reembolsará el dinero. Este beneficio es solo para miembros que no tienen acceso al transporte.

Para obtener un reembolso de millas, debe presentar copias de los siguientes documentos del conductor:

- Licencia de conducir
- Registro del vehículo
- Comprobante de seguro del automóvil

Para solicitar un traslado para servicios que se han autorizado, 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 llame tan pronto como pueda cuando tenga una cita urgente. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame.

Nota: Los indios americanos también pueden comunicarse con la clínica de salud para indígenas local para solicitar transporte no médico.

Límites del transporte no médico

[Molina Healthcare](#) ofrece el transporte no médico de menor costo para satisfacer sus necesidades con el proveedor que esté más cerca de su hogar y que tenga una cita disponible. Los miembros no pueden ser los conductores del vehículo ni recibir reembolsos directamente por 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 corresponde en los siguientes casos:

- Una ambulancia, una camioneta con camillas, una camioneta para silla de ruedas u otro tipo de transporte médico que sea médicamente necesario para poder llegar a un servicio cubierto por Medi-Cal.
- Si necesita ayuda del conductor de ida y vuelta a su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una afección médica física o mental.
- Usted está en una silla de ruedas y no puede entrar ni salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- Medi-Cal no cubre el servicio.

Costo para el miembro

Molina Healthcare programa el transporte no médico sin costo alguno.

Gastos de viaje

En algunos casos, si tiene que viajar para asistir a citas médicas que no están disponibles cerca de su casa, Molina Healthcare puede cubrir los gastos de viaje, como comidas, estadías en un hotel y otros gastos relacionados, como estacionamiento, peajes, etc. Es posible que también estén cubiertos para alguien que viaje con usted para ayudarlo en su cita o para la persona que le done un órgano en el caso de un trasplante de órgano. Debe solicitar la preaprobación (autorización previa) para estos servicios comunicándose con Molina Healthcare al 1-888-665-4621.

Servicios dentales

Medi-Cal utiliza planes de atención administrada para brindar los servicios dentales. Puede permanecer en el plan dental de tarifa por cada servicio o puede elegir el plan dental de atención administrada. Para elegir o cambiar el plan dental, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263. Es posible que no pueda estar inscrito en un plan PACE o SCAN y en un plan dental de atención administrada al mismo tiempo.

Medi-Cal cubre servicios dentales, incluidos los siguientes:

- Servicios dentales preventivos y de diagnóstico, como exámenes, radiografías y limpiezas dentales
- Servicios de emergencia para el control del dolor
- Extracciones de dientes
- Empastes
- Tratamientos de conductos (anterior/posterior)
- Coronas (prefabricadas o de laboratorio)
- Raspado y pulido radicular
- Dentaduras postizas completas y parciales
- Ortodoncia para niños que califican
- Aplicación de flúor

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame al Programa Dental de Medi-Cal al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711). También puede visitar el sitio web del Programa Dental de Medi-Cal en <https://smilecalifornia.org/>.

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 asignado.

Otros programas y beneficios cubiertos de Molina Healthcare

Servicios y apoyos de atención a largo plazo

Molina Healthcare cubre, para miembros que califican, servicios y apoyos de atención a largo plazo en los siguientes tipos de centros u hogares de atención a largo plazo:

- Servicios prestados en un centro de enfermería especializada, según lo aprobado por Molina Healthcare.
- Servicios prestados en un centro de cuidados subagudos (incluidos adultos y niños), según lo aprobado por Molina Healthcare.
- Servicios prestados en un centro de cuidados intermedios que Molina Healthcare aprueba, incluido lo siguiente:
 - Centro de cuidados intermedios/discapacidades del desarrollo (ICF/DD)
 - Centro de cuidados intermedios/discapacidades del desarrollo con habilitación (ICF/DD-H)
 - Centro de cuidados intermedios/discapacidades del desarrollo con enfermería (ICF/DD-N)

Si califica para servicios de atención a largo plazo, Molina Healthcare se asegurará de que esté internado en un centro de atención médica u hogar que 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 para adultos basados en la comunidad (CBAS)

Los servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS) proporcionan servicios para pacientes ambulatorios en el centro para atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidado personal, apoyo y capacitación para la familia y los cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para miembros que califiquen. El programa de CBAS está disponible para miembros que cumplen con los criterios, que incluyen, entre otros, los siguientes:

Tener 18 años o más; tener al menos una afección médica crónica o aguda, cognitiva o del comportamiento; y requerir asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL).

Administración de la atención básica

Obtener atención de muchos proveedores diferentes o en distintos sistemas de salud es un reto. [Molina Healthcare](#) quiere asegurarse de que los miembros reciban todos los servicios médicamente necesarios, los medicamentos recetados y los servicios de salud del comportamiento. [Molina Healthcare](#) puede ayudarlo a coordinar y administrar sus necesidades de salud sin costo para usted. Esta ayuda está disponible incluso cuando otro programa cubre los servicios.

Puede ser difícil determinar cómo satisfacer sus necesidades de atención médica después de que sale del hospital o si recibe cuidados en distintos sistemas. 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 u obtener medicamentos luego de que le den el alta del hospital, [Molina Healthcare](#) puede ayudarlo.
- Si necesita ayuda para asistir a una cita en persona, [Molina Healthcare](#) puede ayudarlo a obtener transporte gratuito.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre su salud o 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 reúnan los requisitos para recibir servicios adicionales que se centran en la coordinación de la atención. [Molina Healthcare](#) ofrece servicios de administración de la atención compleja (CCM) a miembros que han tenido un evento o diagnóstico médico grave que necesita más apoyo y un mayor uso de los recursos de salud y sociales.

Los miembros que están inscritos en la CCM y en la administración de la atención mejorada (lea a continuación) tienen un administrador de atención asignado en [Molina Healthcare](#) que puede ayudar no solo en la administración de la atención básica descrita anteriormente, sino también en un conjunto ampliado de apoyos de atención de transición que están disponibles si se le da el alta de un hospital, un centro de enfermería especializada, un hospital psiquiátrico o un tratamiento residencial.

Administración de la atención mejorada (ECM)

[Molina Healthcare](#) cubre los servicios de administración de la atención mejorada (ECM) para miembros con necesidades altamente complejas. La ECM cuenta con servicios adicionales para ayudarlo a obtener la atención que necesita para mantenerse saludable. Coordina la atención de diferentes médicos y otros proveedores de atención médica. La ECM ayuda a coordinar servicios de atención primaria y preventiva, cuidados agudos, salud del comportamiento, desarrollo, salud bucal, servicios y apoyos comunitarios a largo plazo (LTSS) y remisiones a recursos comunitarios.

Si califica, es posible que se comuniquen con usted acerca de los servicios de ECM. También puede llamar a [Molina Healthcare](#) para averiguar si puede recibir ECM y cuándo. O bien, hable con su proveedor de atención médica. Este puede averiguar si reúne los requisitos para ECM o remitirlo para recibir servicios de administración de la atención.

Servicios de ECM cubiertos

Si califica para la ECM, tendrá su propio equipo de atención, con un administrador de atención como líder del equipo. Esta persona hablará con usted y sus médicos, especialistas, farmacéuticos, administradores de casos, proveedores de servicios sociales y otros. Se asegurará de que todos trabajen juntos para brindarle la atención que necesita. Un administrador de atención líder del equipo también puede ayudarlo a encontrar y solicitar otros servicios en su comunidad. La ECM abarca lo siguiente:

- Divulgación y compromiso
- Evaluación integral y administración de la atención
- Coordinación de atención ampliada
- Promoción de la salud
- Atención de transición integral
- Servicios de apoyo al miembro y a la familia
- Coordinación y remisión a apoyos sociales y comunitarios

Para averiguar si la ECM podría ser adecuada para usted, hable con su representante de [Molina Healthcare](#) o con su proveedor de atención médica.

Costo para el miembro

Los servicios de ECM no tienen ningún costo para el miembro.

[Si se inscribe en la ECM, el administrador de atención líder asignado se comunicará con usted \(según su método de contacto preferido\) para comenzar a proporcionar](#)

los servicios de ECM. Una vez inscrito, debería recibir servicios de ECM todos los meses. Su administrador de atención líder de ECM trabajará con usted hasta que esté en condiciones de finalizar el programa. Si desea cancelar la inscripción en el programa en cualquier momento, informe a su administrador de atención líder de ECM asignado. Es posible que se cancele su inscripción en el programa de manera involuntaria si ya no reúne los requisitos para recibir los beneficios de Medi-Cal a través de Molina Healthcare, o si hay preocupaciones acerca del comportamiento o entorno inseguro para el proveedor de ECM.

Apoyos comunitarios

Es posible que reciba apoyos conforme a su plan de atención individualizado. Los apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente apropiados y rentables para las personas cubiertas por el Plan Estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si califica, es posible que estos servicios lo ayuden a vivir de manera más independiente. No reemplazan los beneficios que usted ya obtiene de Medi-Cal.

Solo los miembros de Molina Medi-Cal y los miembros de Medicare Duals que tienen Molina para Medi-Cal son elegibles para apoyos comunitario (CS).

Servicios de exploración para vivienda de transición: ayudan a los miembros que se quedaron sin hogar a obtener vivienda y brindan apoyo con aspectos como solicitudes de vivienda, defensoría de beneficios, procurar recursos disponibles y proporcionar ayuda con los propietarios en el momento de la mudanza.

Elegibilidad:

- Miembros con prioridad para obtener una unidad de vivienda de apoyo permanente o un recurso de subsidio de 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 que están recibiendo administración de la atención ampliada (ECM) o miembros que tienen una o más afecciones crónicas graves o enfermedad mental grave, que están en riesgo de que los internen en una institución de interés público o que 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 que figura en la Sección 91.5 del Título 24 del Código de Reglamentos Federales.

- Miembros que están en riesgo de quedarse sin hogar y que tienen una o más afecciones crónicas graves; tienen una enfermedad mental grave; están en riesgo de que los internen en una institución de interés público o de experimentar sobredosis, requieren servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias o tienen una perturbación emocional grave (niños y adolescentes); reciben ECM; son jóvenes en edad de transición con obstáculos significativos para mantener una vivienda estable, como una o más condenas, antecedentes de cuidados de crianza temporal, estar involucrados en la justicia juvenil o en el sistema de justicia penal o que tienen una enfermedad mental grave; o son niños o adolescentes con trastornos emocionales graves o que han sido víctimas de trata o de violencia doméstica.

Depósitos de vivienda: ayudan a los miembros que se quedaron sin hogar a identificar, coordinar, procurar o financiar servicios y modificaciones puntuales que sean necesarios para que una persona pueda establecer un hogar básico que no representa alojamiento y comidas. Estos servicios deben identificarse como razonables y necesarios en el plan de apoyo de vivienda individualizado de la persona y están disponibles solamente cuando el miembro no puede pagar tal gasto. Los miembros deben estar recibiendo CS de servicios de exploración para vivienda de transición o deben ser remitidos a estos.

Elegibilidad:

- Miembros que recibieron CS de servicios de exploración para vivienda de transición.
- Miembros con prioridad para obtener una unidad de vivienda de apoyo permanente o un recurso de subsidio de 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 que están recibiendo ECM o miembros que tienen una o más afecciones crónicas graves o enfermedad mental grave, que están en riesgo de que los internen en una institución de interés público o que requieren servicios residenciales como consecuencia de un trastorno por consumo de sustancias.
- Restricción o limitación: disponible una vez en la vida de un miembro. Los depósitos de vivienda solo se pueden aprobar una vez más. El profesional que remite debe proporcionar documentación sobre qué condiciones han cambiado para demostrar por qué ofrecer depósitos de vivienda sería más exitoso en el segundo intento.

Servicios de alquiler y mantenimiento de la vivienda: proporciona servicios de alquiler y mantenimiento para permanecer en una residencia segura y estable una vez que se ha conseguido una vivienda para los miembros que habían estado sin hogar y que ahora están recién alojados.

Elegibilidad:

- Miembros que recibieron CS de servicios de exploración para vivienda de transición.
- Miembros con prioridad para obtener una unidad de vivienda de apoyo permanente o un recurso de subsidio de 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 que están recibiendo ECM o miembros que tienen una o más afecciones crónicas graves o enfermedad mental grave, que están en riesgo de que los internen en una institución de interés público o que 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 que figura en la Sección 91.5 del Título 24 del Código de Reglamentos Federales.
- Miembros que están en riesgo de quedarse sin hogar y que tienen una o más afecciones crónicas graves; tienen una enfermedad mental grave; están en riesgo de que los internen en una institución de interés público o de experimentar sobredosis, requieren servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias o tienen una perturbación emocional grave (niños y adolescentes); reciben ECM; son jóvenes en edad de transición con obstáculos significativos para mantener una vivienda estable, como una o más condenas, antecedentes de cuidados de crianza temporal, estar involucrados en la justicia juvenil o en el sistema de justicia penal o que tienen una enfermedad mental grave; o son niños o adolescentes con trastornos emocionales graves o que han sido víctimas de trata o de violencia doméstica.
- Restricción o limitación: los servicios de alquiler y mantenimiento de la vivienda solo están disponibles para una sola duración en la vida de la persona y se pueden aprobar una vez más. El profesional que remite debe proporcionar documentación sobre qué condiciones han cambiado para demostrar por qué ofrecer servicios de alquiler y mantenimiento de la vivienda sería más exitoso en el segundo intento.

Vivienda a corto plazo para después de la hospitalización: es para miembros que no tienen una residencia y que tienen grandes necesidades médicas o de salud del comportamiento con la oportunidad de continuar su recuperación médica, psiquiátrica o de trastorno por consumo de sustancias inmediatamente después de salir de una internación en un hospital, de un tratamiento residencial o de un centro de recuperación para el trastorno por consumo de sustancias, de un centro de tratamiento residencial de salud mental, de un centro correccional, de un centro de enfermería o de atención recuperativa, y así evitar seguir utilizando servicios del plan estatal.

Elegibilidad:

- Miembros que tengan necesidades médicas o del comportamiento que no tengan hogar luego de que le den de alta del hospital, de un centro de tratamiento de salud mental por consumo de sustancias, de un centro correccional, de un centro de enfermería o de atención recuperativa que tienen la posibilidad de que los hospitalicen, los vuelvan a hospitalizar o los vuelvan a internar en una institución de interés público.
- Miembros que salen de atención recuperativa.
- Miembros que salen de una hospitalización (hospital para afecciones agudas, psiquiátricas o de dependencias químicas y recuperación), un centro residencial de tratamiento o recuperación de trastornos por consumo de sustancias, un centro de tratamiento residencial de salud mental, un centro correccional o un centro de enfermería Y que cumplen uno de los tres (3) criterios siguientes:
 - Miembros que cumplen con la definición de personas sin hogar del HUD y que están recibiendo ECM o miembros que tienen una o más afecciones crónicas graves o enfermedad mental grave, que están en riesgo de que los internen en una institución de interés público o que 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 que figura en la Sección 91.5 del Título 24 del Código de Reglamentos Federales.
 - Miembros que están en riesgo de quedarse sin hogar y que tienen una o más afecciones crónicas graves; tienen una enfermedad mental grave; están en riesgo de que los internen en una institución de interés público o de experimentar sobredosis, requieren servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias o tienen una perturbación emocional grave (niños y adolescentes); reciben ECM; son jóvenes en edad de transición con obstáculos significativos para mantener una vivienda estable, como una o más condenas, antecedentes

de cuidados de crianza temporal, estar involucrados en la justicia juvenil o en el sistema de justicia penal o que tienen una enfermedad mental grave; o son niños o adolescentes con trastornos emocionales graves o que han sido víctimas de trata o de violencia doméstica.

- Restricción o limitación: la vivienda a corto plazo para 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).

Cuidado recuperativo (relevo médico): miembros que necesitan atención residencial a corto plazo que ya no requieren hospitalización, pero aún necesitan sanar de una lesión o enfermedad (incluye afecciones de salud del comportamiento) y cuya afección se agravaría con un entorno de vida inestable. Se debe suministrar información clínica.

Elegibilidad:

- Miembros que están en riesgo de que los hospitalicen o luego de la hospitalización, y que viven solos sin apoyo formal, enfrentan inseguridad de 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 Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) y que están recibiendo ECM o miembros que tienen una o más afecciones crónicas graves o enfermedad mental grave, que están en riesgo de que los internen o que 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.
- Miembros que están en riesgo de quedarse sin hogar y que tienen una o más afecciones crónicas graves; tienen una enfermedad mental grave; están en riesgo de que los internen en una institución de interés público o de experimentar sobredosis, requieren servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias o tienen una perturbación emocional grave (niños y adolescentes); reciben ECM; son jóvenes en edad de transición con obstáculos significativos para mantener una vivienda estable, como una o más condenas, antecedentes de cuidados de crianza temporal, estar involucrados en la justicia juvenil o en el sistema de justicia penal o que tienen una enfermedad mental grave; o son niños o adolescentes con trastornos emocionales graves o que han sido víctimas de trata o de violencia doméstica.

- Restricción o limitación: el cuidado recuperativo es por no más de noventa (90) días de duración continua. El período de cuidado recuperativo de noventa (90) días puede comenzar de nuevo si al miembro lo vuelven a hospitalizar con un diagnóstico diferente durante o después de la autorización inicial de noventa (90) días, siempre que se cumplan los criterios de cuidado recuperativo.

Servicios de relevo: se les brinda a los cuidadores cuando es útil y necesario mantener a un miembro en su hogar para prevenir el agotamiento del cuidador, y así evitar servicios institucionales. Los servicios se brindan a corto plazo cuando el cuidador se debe ausentar o necesita relevo para descansar; y no son de naturaleza médica. Este servicio es solamente para el descanso del cuidador y para evitar colocaciones de cuidado a largo plazo.

Elegibilidad:

- Miembros que viven en la comunidad y que sus actividades de la vida diaria (ADL) se ven comprometidas, ya que dependen de un cuidador calificado, y el cuidador calificado, que brinda la mayor parte del apoyo del miembro, necesita relevo para evitar la colocación institucional del miembro.

- El miembro es un niño que anteriormente recibió servicios de relevo del Programa de Exención de Cuidados Paliativos Pediátricos.

- Restricción o limitación: estos servicios, en combinación con cualquier servicio de atención directa que se esté recibiendo, no podrá exceder las 24 horas por día de atención. Los servicios de relevo se prestan por un máximo de 336 horas por año calendario.

Programa diurno para recuperación de las habilidades: se brinda en el hogar del miembro o en un entorno fuera del hogar que no sea un centro para ayudar a los miembros a adquirir, conservar y mejorar habilidades de autosuficiencia, socialización y adaptación necesarias para residir satisfactoriamente en su entorno natural.

Elegibilidad:

- Miembros que se quedaron sin hogar.
- Miembros que abandonaron el hogar e ingresaron a una vivienda en los últimos 24 meses.

- Miembros en riesgo de quedarse sin hogar o de internación cuya estabilidad residencial podría mejorar mediante la participación en un programa diurno de recuperación de las habilidades.

Transición/derivación del centro de enfermería a centros de vida asistida, como centros de atención residencial para adultos mayores y adultos: ayuda a los miembros a vivir en la comunidad o evitar la internación cuando sea posible. Facilita la transición del centro de enfermería a un entorno comunitario similar al hogar o evita el ingreso en un centro de enfermería especializada de miembros con necesidad inminente de un nivel de atención (LOC) de enfermería. Los miembros pueden elegir residir en un entorno de vida asistida como alternativa a la colocación a largo plazo en un centro de enfermería cuando cumplen con los requisitos de elegibilidad. Se debe explorar la Transición Comunitaria de California (CCT) y utilizar antes de los apoyos comunitarios.

Elegibilidad:

Transición del centro de enfermería:

Han residido más de 60 días en un centro de enfermería y están dispuestos a vivir en un entorno de vida asistida como alternativa a un centro de enfermería. Pueden residir de manera segura en un centro de vida asistida con apoyos adecuados y rentables.

Derivación del centro de enfermería:

Están interesados en permanecer en la comunidad; y dispuestos y en condiciones de residir de manera segura en un centro de vida asistida con apoyos y servicios adecuados y rentables; y deben estar recibiendo actualmente los niveles de atención médicamente necesarios o cumplir con los criterios mínimos para recibir el nivel de atención de un centro de enfermería y, en lugar de ingresar a un centro, deben decidir permanecer en la comunidad y continuar recibiendo los servicios de nivel de atención médicamente necesarios en un centro de vida asistida.

Restricciones o limitaciones: los miembros son directamente responsables de pagar sus propios gastos de manutención.

Servicios de transición comunitaria o de transición de un centro de enfermería al hogar: ayuda a los miembros que han estado viviendo en un centro de enfermería para vivir en la comunidad y así evitar seguir utilizando servicios institucionales, los apoya para que se alojen en una residencia privada y cubre gastos de instalación no recurrentes.

Elegibilidad:

- Miembros que actualmente reciben servicios médicamente necesarios con un nivel de atención (LOC) de centro de enfermería y en vez de permanecer en el centro de enfermería o en el entorno de relevo médico eligen hacer una transición al hogar y continuar recibiendo servicios médicamente necesarios con un LOC de centro de enfermería; y además cumplen con estas condiciones:

- Han vivido más de 60 días en un hogar de ancianos o un entorno de relevo médico.

- Están interesados en volver a la comunidad.

- Pueden residir de manera segura en la comunidad con apoyo y servicios adecuados y rentables.

- Restricción o limitación: los servicios de transición comunitaria o de transición de un centro de enfermería 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 enfermería al hogar solo se pueden aprobar una vez más. El profesional que remite debe proporcionar documentación que indique que el miembro fue obligado a cambiar de una situación de vivienda operada por un proveedor a otra en una residencia privada debido a circunstancias fuera de su control.

Los servicios de transición comunitaria no incluyen el alquiler mensual ni los gastos de la hipoteca, los alimentos, los cargos por servicios públicos regulares ni los electrodomésticos o los artículos destinados a fines puramente recreativos o de diversión.

Servicios de cuidado personal y trabajo doméstico: brinda atención a miembros que necesitan asistencia con actividades de la vida diaria (ADL) y actividades instrumentales de la vida diaria (IADL).

Elegibilidad:

- Miembros en riesgo de hospitalización o internación en un centro de enfermería de interés público o miembros con déficits funcionales y sin ningún otro sistema de apoyo adecuado que además estén en alguna de estas situaciones:

- Necesidades que exceden las horas aprobadas de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) cuando se necesitan horas adicionales (revaluación pendiente).

- Inicialmente se le remitió a IHSS y está en el período de espera para recibir aprobación y contratar a un cuidador (el miembro ya debe estar remitido 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 estadía a corto plazo en un centro de enfermería especializada que no exceda los 60 días.

Adaptaciones de accesibilidad en el entorno (modificaciones en el hogar):

adaptaciones físicas en un hogar que son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o que le permiten desenvolverse con mayor independencia en el hogar; sin estas, requeriría una internación.

Elegibilidad:

- Miembros en riesgo de internación en un centro de enfermería.

Restricciones o limitaciones: Se pagan adaptaciones de accesibilidad en el entorno (EAA) hasta 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 ha cambiado de manera tan significativa que esas modificaciones adicionales son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o para permitirle desenvolverse con mayor independencia en el hogar y evitar la internación u hospitalización.

Alimentos o comidas apropiados según las necesidades médicas o comidas preparadas según los requerimientos médicos: se proporcionan comidas para los miembros que recientemente fueron dados de alta de un hospital o centro de enfermería especializada, o para satisfacer las necesidades dietéticas únicas de los miembros con afecciones crónicas.

Elegibilidad:

- Miembros que son dados de alta del hospital o de un centro de enfermería especializada, o con alto riesgo de hospitalización o ingreso en un centro de enfermería, que son remitidos y cumplen con los criterios recibirán hasta dos (2) comidas por día o alimentos apropiados según las necesidades médicas durante un máximo de cuatro (4) semanas por hospitalización, con un máximo de doce (12) semanas en un año calendario.

- Personas con afecciones crónicas, como diabetes, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, accidente cerebrovascular, trastornos pulmonares

crónicos, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), cáncer, diabetes gestacional u otras afecciones perinatales de alto riesgo, y trastornos de salud mental/del comportamiento crónicos o incapacitantes.

Centros para recuperar la sobriedad: proporciona destinos alternativos para miembros que se encuentran en estado de intoxicación pública (debido a alcohol u otras drogas) y que, de lo contrario, los llevarían al departamento de emergencias o a la cárcel. El servicio cubierto tiene una duración de menos de 24 horas.

Elegibilidad:

- Miembros mayores de 18 años que están intoxicados pero conscientes, cooperan, son capaces de caminar, no son violentos y no tienen ninguna angustia médica (incluye síntomas de abstinencia potencialmente mortales o síntomas aparentes subyacentes) y 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 derivados a un centro para recuperar la sobriedad.

Atención del asma: ayuda a los miembros a identificar, coordinar, procurar o financiar servicios y modificaciones necesarias en un entorno doméstico para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad de la persona o para permitir que esta funcione en el hogar sin episodios agudos de asma, lo que podría ocasionar la necesidad de servicios de emergencia y hospitalización. Un profesional de atención médica autorizado 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 médico de atención primaria [PCP] o de atención de urgencia durante los 12 meses pasados o un resultado de 19 o menos en la prueba de control del asma) para quienes un proveedor de atención médica con licencia ha documentado que los servicios probablemente ayudarán a evitar hospitalizaciones relacionadas con el asma, visitas a un departamento de emergencias u otros servicios de alto costo.

- Restricción o limitación: se deben explorar los fondos del Proyecto de Reducción de Asma y utilizarse antes de los CS. La atención del asma está disponible una vez en la vida de una persona con un máximo de por vida de \$7,500. La atención del asma solo se puede aprobar una vez más. El profesional que remite debe proporcionar documentación que describa cuáles serían los cambios significativos en la afección al hacer las modificaciones adicionales para garantizar la salud, el bienestar

y la seguridad del miembro o si son necesarias para permitir que el miembro funcione con más independencia en el hogar y así evitar que lo internen en una institución de interés público o que lo hospitalicen. Todos los apoyos comunitarios, excepto los centros para recuperar la sobriedad, requieren la aprobación previa de Molina.

Si necesita ayuda o quiere averiguar qué apoyos comunitarios podrían estar disponibles para usted, llame al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711). O bien, llame a su proveedor de atención médica.

Trasplante de órgano principal

Trasplantes para menores de 21 años

En el [condado de Los Angeles](#), la ley estatal exige que los menores que necesitan trasplantes deben ser remitidos al programa de Servicios para Niños de California (CCS) para decidir si califican para los CCS. Si un menor reúne los requisitos para los CCS, estos cubrirán los costos del trasplante y los servicios relacionados.

Si un menor no reúne los requisitos para los CCS, [Molina Healthcare](#) lo remitirá a un centro de trasplante calificado para su 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 cubiertos por [Molina Healthcare](#) incluyen, entre otros, lo siguiente:

- Médula ósea
- Corazón
- Corazón y pulmón
- Riñón
- Riñón y páncreas
- Hígado
- Hígado e intestino delgado
- Pulmón
- Páncreas
- Intestino delgado

Programas de medicina callejera

Es posible que los miembros que quedaron sin hogar reciban servicios cubiertos de proveedores de medicina callejera dentro de la red de proveedores de [Molina Healthcare](#). Un proveedor de medicina callejera es un médico de atención primaria autorizado o un profesional no médico de atención primaria dentro de la red. Los miembros que quedaron sin hogar pueden elegir un proveedor de medicina callejera de [Molina Healthcare](#) como su médico de atención primaria (PCP), si este proveedor cumple con los criterios de elegibilidad de PCP y acepta ser el PCP del miembro. Para obtener más información sobre el programa de medicina callejera 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 recibir a través de Medi-Cal de tarifa por cada servicio (FFS) u otros programas de Medi-Cal

[Molina Healthcare](#) no cubre algunos servicios, pero aún puede obtenerlos a través de FFS Medi-Cal u otros programas de Medi-Cal. [Molina Healthcare](#) coordinará con otros programas para asegurarse de que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluidos los que estén cubiertos por otro programa y no por [Molina Healthcare](#). Esta sección presenta 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 administra una farmacia están cubiertos por Medi-Cal Rx, que es un programa de FFS de Medi-Cal. [Molina Healthcare](#) podría cubrir algunos medicamentos que un proveedor entrega en un consultorio o una clínica. Si su proveedor receta medicamentos que se administran en el consultorio, en el centro de infusión o mediante un proveedor de infusión en el hogar, estos se consideran medicamentos administrados por un médico.

Si un profesional de atención médica no farmacéutico administra un medicamento, este está cubierto conforme al beneficio médico. Su proveedor puede recetarle medicamentos de 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 necesitan 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 independiente puede darle un suministro de emergencia de 14 días si cree que lo necesita. Medi-Cal Rx pagará el medicamento de emergencia que ofrece una farmacia independiente.
- Medi-Cal Rx puede denegar una solicitud que no es de emergencia. Si lo hace, le enviarán una carta para informarle el motivo. Le dirán 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 puede dirigirse al sitio web de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Farmacias

Si surte o reabastece una receta, debe obtener los medicamentos recetados de una farmacia que trabaje con Medi-Cal Rx. Puede encontrar una lista de 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 cerca de usted o una que le envíe sus medicamentos recetados por correo si llama a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) y presiona 5 o 711.

Cuando elija una farmacia, lleve su receta a esa farmacia. Su proveedor también puede enviar la receta a la farmacia directamente. Entregue a la farmacia su receta y su tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC). Asegúrese de decirle a la farmacia todos los medicamentos que toma y las alergias que tiene. Si tiene alguna pregunta sobre la receta, pregúntele al farmacéutico.

Los miembros también pueden recibir servicios de transporte de [Molina Healthcare](#) para llegar a las farmacias. Para obtener más información sobre servicios de transporte, lea “Beneficios de transporte para situaciones que no son emergencias” en el Capítulo 4 de este manual.

Servicios de salud mental especializados

Algunos servicios de salud mental los brindan los planes de salud mental de su condado en vez de [Molina Healthcare](#). Estos incluyen servicios de salud mental especializados (SMHS) para miembros de Medi-Cal que cumplen las reglas para recibirlos. Los SMHS pueden incluir los siguientes servicios para pacientes ambulatorios, residenciales y hospitalizados:

Servicios ambulatorios:

- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo de medicamentos
- Servicios de tratamiento intensivo por día
- Servicios de rehabilitación por día
- Servicios de intervención de crisis
- Servicios de estabilización de crisis
- Gestión de casos específicos
- Servicios terapéuticos del comportamiento cubiertos para miembros menores de 21 años
- Coordinación de cuidados intensivos (ICC) cubierta para miembros
- Servicios intensivos en el hogar (IHBS) cubiertos para miembros menores de 21 años
- Cuidados de acogida temporal terapéuticos (TFC) cubiertos para miembros menores de 21 años
- Servicios de apoyo entre pares (PSS) (opcional)

Servicios residenciales:

- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial de crisis

Servicios de hospitalización:

- Servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos internados
- Servicios en centros de salud psiquiátricos

Para obtener más información sobre los servicios de salud mental especializados que brinda el plan de salud mental de su condado, puede llamar al plan de salud mental de su condado.

Para encontrar en línea los números de teléfono gratuitos de todos los condados, visite este sitio web: dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx. Si **Molina Healthcare** comprueba que necesitará servicios del plan de salud mental del condado, lo ayudará a conectarse con estos.

Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias

Molina Healthcare alienta a los miembros que deseen recibir ayuda con el consumo de alcohol u otras sustancias a buscar atención. Los servicios por consumo de sustancias están disponibles por parte de proveedores de atención general, como atención primaria, hospitales para pacientes internados y departamentos de emergencia, y de proveedores especialistas en servicios por consumo de sustancias. Los planes de salud del comportamiento del condado suelen ofrecer servicios especializados.

Para obtener más información sobre las opciones de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias, llame al número de Servicios para Miembros de Molina Healthcare: 1-888-665-4621.

Los miembros de **Molina Healthcare** pueden realizar una evaluación para encontrar los servicios que mejor se adapten a sus necesidades y preferencias de atención médica. En casos médicamente necesarios, los servicios disponibles incluyen tratamiento para pacientes ambulatorios, tratamiento residencial y medicamentos para trastornos por abuso de sustancias (también llamado tratamiento asistido por medicamentos [MAT]), como buprenorfina, metadona y naltrexona.

El condado presta servicios para trastornos por consumo de sustancias a los miembros de Medi-Cal que reúnen los requisitos para estos servicios. Los miembros que se identifican para servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias se remiten al departamento del condado para su tratamiento. Para ver una lista de los números de teléfono de todos los condados, vaya a https://dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD_County_Access_Lines.aspx.

Molina Healthcare brindará o coordinará la administración del MAT en entornos de atención primaria, hospital para pacientes internados, departamento de emergencias y otros entornos médicos.

Servicios para Niños de California (CCS)

CCS es un programa de Medi-Cal que trata a menores de 21 años con ciertas afecciones de salud, enfermedades o problemas de salud crónicos y que cumplen con las reglas del programa de CCS. Si **Molina Healthcare** o su PCP consideran que su hijo

tiene una afección elegible para los CCS, lo remitirán al programa de CCS del condado para verificar si califica.

El personal del programa de CCS del condado decidirá si su hijo califica para los servicios de CCS. [Molina Healthcare](#) no decide la elegibilidad para los CCS. Si su hijo califica para recibir este tipo de atención, los proveedores de los CCS lo tratarán para la afección elegible para los CCS. [Molina Healthcare](#) seguirá cubriendo los tipos de servicio que no están relacionados con la afección que se tratará con los CCS, como exámenes físicos, vacunas y seguimientos del niño sano.

[Molina Healthcare](#) no cubre los servicios que cubre el programa de CCS. Para que los CCS cubran estos servicios, los CCS deben aprobar el proveedor, los servicios y el equipo.

Los CCS no cubren todas las afecciones médicas. Los CCS cubren la mayoría de las afecciones médicas que producen una discapacidad física o que se deben tratar con medicamentos, cirugía o rehabilitación. Algunos ejemplos de afecciones elegibles para los CCS incluyen, entre otros, lo siguiente:

- Enfermedad cardíaca congénita
- Cáncer
- Tumores
- Hemofilia
- Anemia drepanocítica
- Problemas de la tiroides
- Diabetes
- Problemas renales crónicos graves
- Enfermedad hepática
- Enfermedad intestinal
- Labio leporino y paladar hendido
- Espina bífida
- Disminución de audición
- Cataratas
- Parálisis cerebral
- Convulsiones en determinadas circunstancias
- Artritis reumatoide
- Distrofia muscular
- Sida
- Lesiones graves en la cabeza, el cerebro o la médula espinal
- Quemaduras graves
- Dientes muy torcidos

Medi-Cal paga los servicios de los CCS. Si su hijo no reúne los requisitos para recibir servicios del programa CCS, seguirá recibiendo atención médicamente necesaria de parte de [Molina Healthcare](#).

Para obtener más información sobre los CCS, visite <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs>. O bien, llame al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711).

Servicios de exención en el hogar y la comunidad (HCBS) 1915(c)

Las seis exenciones 1915(c) de Medi-Cal de California permiten al estado brindar servicios a las personas que, de lo contrario, necesitarían atención en un centro de enfermería o un hospital en el entorno 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 entorno comunitario similar al hogar. Los servicios ofrecidos en virtud de dicha exención no deben costar más que el nivel de atención institucional alternativo. Los beneficiarios de exención de HCBS deben reunir los requisitos para Medi-Cal de alcance completo. Las seis exenciones 1915(c) de Medi-Cal son las siguientes:

- Exención de vida asistida (ALW) de California
- Exención del Programa de autodeterminación de California (SDP) para personas con discapacidades del desarrollo
- Exención de HCBS para californianos con discapacidades del desarrollo (HCBS-DD)
- Exención de alternativas en el hogar y la comunidad (HCBA)
- Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP), antes conocido como exención de virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida)
- Programa Multipropósito de Servicios para Adultos Mayores (MSSP)

Para obtener más información sobre las exenciones de Medi-Cal, visite el sitio web <https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/HCBSWaiver.aspx>. O bien, llame al 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711).

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

El programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) brinda asistencia de atención personal en el hogar a personas de edad calificada, ciegas y discapacitadas como una alternativa a la atención fuera del hogar. Permite a los beneficiarios permanecer seguros en sus propias casas.

Para obtener más información sobre IHSS disponibles en su condado, visite <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss>. O bien, llame a la agencia local de servicios sociales del condado.

Servicios que no puede recibir a través de Molina Healthcare ni 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 (FIV), 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 no cubierto si es médicamente necesario. Su proveedor debe enviar una solicitud de preaprobación (autorización previa) a Molina Healthcare o a su grupo médico/IPA con los motivos por los que el beneficio no cubierto es médicamente necesario.

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 de brindarlos. Revisamos nuevos estudios médicos para determinar si está comprobado que los nuevos servicios son seguros para brindar 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
- Equipo

5. Cuidado para niños y jóvenes sanos

Los miembros niños y jóvenes menores de 21 años pueden recibir servicios de salud especiales tan pronto como estén inscritos. Esto garantiza que reciban los cuidados preventivos, dentales y de salud mental adecuados, incluidos los servicios del desarrollo y especializados. En este capítulo se explican estos servicios.

Servicios pediátricos (menores de 21 años)

Los miembros menores de 21 años tienen cobertura para recibir la atención necesaria. La siguiente lista incluye los servicios médicamente necesarios para tratar o atender cualquier defecto y diagnóstico físico o mental. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Visitas de niño sano y seguimientos de adolescentes (visitas importantes que los niños necesitan).
- Vacunación (inyecciones).
- Evaluación y tratamiento de salud del comportamiento.
- Evaluación y tratamiento de salud mental, lo que incluye psicoterapia individual, grupal y familiar (el condado cubre los servicios de salud mental especializados).
- Prueba de detección de experiencias infantiles adversas (ACE)
- Análisis de laboratorio, incluido el examen de detección de intoxicación por plomo presente en la sangre.
- Salud y educación preventiva.
- Servicios de la vista.
- Servicios dentales (cubiertos por el Programa Dental de Medi-Cal).
- Servicios de audición (cubiertos por los Servicios para Niños de California (CCS) para menores que califican. [Molina Healthcare](#) cubrirá los servicios para menores que no califican para los CCS).

Estos servicios se denominan servicios de Examen de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (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 costo para usted. Para ver estas pautas, visite https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf.

Seguimientos de salud del niño sano y atención preventiva

La atención preventiva incluye seguimientos regulares de salud y exámenes de detección para ayudar a su médico a detectar problemas a tiempo y servicios de asesoramiento para identificar enfermedades, patologías o afecciones médicas antes de que causen problemas. Los seguimientos regulares lo ayudan a usted o al médico de su hijo a identificar cualquier problema. Los problemas pueden incluir trastornos médicos, dentales, de la vista, de la audición, de la salud mental y de consumo de sustancias (alcohol o droga). **Molina Healthcare** cubre seguimientos para detectar problemas (incluida la evaluación del nivel de plomo en sangre) en cualquier momento cuando sea necesario, incluso si no lo es durante el seguimiento regular de su hijo.

La atención preventiva también incluye inyecciones que usted o su hijo necesitan. **Molina Healthcare** debe asegurarse de que todos los menores inscritos estén al día con todas las vacunas que necesitan cuando tienen sus visitas con el médico. Los servicios de atención médica y exámenes de detección preventivos están disponibles sin costo y sin preaprobación (autorización previa).

Su hijo debe recibir seguimientos a las siguientes edades:

- 2-4 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 a partir de los 3 años a los 20 años

Los seguimientos de salud del niño sano incluyen lo siguiente:

- Antecedentes completos y examen físico de cabeza a pies.
- Inyecciones apropiadas a su edad (California sigue el programa Bright Futures de la Academia Estadounidense de Pediatría: https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf).
- Análisis de laboratorio, incluido el examen de detección de intoxicación por plomo presente en la sangre.
- Educación sobre salud.
- Examen de detección de problemas de audición y visión.
- Examen de salud bucal.
- Evaluación de salud del comportamiento.

Si el médico detecta un problema en su salud física o mental o en la de su hijo durante un chequeo o revisión, es posible que usted o su hijo necesiten recibir atención médica. **Molina Healthcare** cubrirá esa atención sin costo, lo que incluye lo siguiente:

- Médico, enfermero profesional y atención hospitalaria.
- Inyecciones para mantenerlo sano.
- Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.
- Servicios de atención médica domiciliaria, que incluyen equipos, suministros y dispositivos médicos.
- Tratamiento para problemas de visión, incluidos anteojos.
- Tratamiento para problemas de audición, incluidos los audífonos cuando no están cubiertos por los 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 estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades para mejorar las funciones o crear una apariencia normal.

Examen de detección de intoxicación por plomo presente en la sangre

Todos los niños inscritos en **Molina Healthcare** deberían hacerse un examen de detección de intoxicación por plomo presente en la sangre a los 12 y a los 24 meses

de edad o entre los 36 y los 72 meses si no se les realizó un análisis anteriormente. Los niños también deben someterse a exámenes de detección siempre que el médico considere que un cambio en su vida los ha puesto en situación de riesgo.

Ayuda para recibir servicios de cuidado para niños y jóvenes sanos

[Molina Healthcare](#) ayudará a los miembros menores de 21 años y a sus familias a recibir los servicios que necesitan. Un coordinador de atención de [Molina Healthcare](#) puede hacer lo siguiente:

- Informar 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 llegar a sus citas.
- Ayudar para coordinar la atención de los servicios disponibles a través de Medi-Cal de tarifa por cada servicio (FFS), como los siguientes:
 - Servicios de rehabilitación y tratamiento de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.
 - Tratamiento para problemas dentales, incluida la ortodoncia.

Otros servicios que puede recibir a través de Medi-Cal de tarifa por cada servicio (FFS) u otros programas

Seguimientos dentales

Mantenga las encías del bebé limpias frotándolas suavemente con un paño todos los días. Cuando el bebé tenga alrededor de cuatro a seis meses comenzará la dentición y empezarán a aparecer los dientes. Debe programar una cita para la primera visita dental de su hijo tan pronto como llegue su primer diente o antes del primer cumpleaños, lo que ocurra primero.

5 | Cuidado para niños y jóvenes sanos

Estos servicios dentales de Medi-Cal son servicios gratuitos o de bajo costo según los siguientes grupos:

Niños entre 1 y 4 años

- Primera visita dental
- Primer examen dental
- 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 medicamento necesario)

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 medicamento necesario)

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 (brackets) para aquellos que califiquen
- Empastes
- Coronas
- Tratamientos de conducto
- Extracciones (extracción de dientes)
- Servicios dentales de emergencia Sedación (si es medicamento necesario)

* Los proveedores deben considerar la sedación y la anestesia general cuando determinan y documentan un motivo por el cual la anestesia local no es medicamento

adecuada, y el tratamiento dental está aprobado previamente o no necesita preaprobación (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:

- Afección física, del comportamiento, del desarrollo o emocional que impide que el paciente responda a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento.
- Procedimientos de restauración o quirúrgicos mayores.
- Un niño poco colaborador.
- Infección aguda en el lugar de 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 Dental de Medi-Cal al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711).

O visite <https://smilecalifornia.org/>.

Servicios de remisión de educación preventiva adicionales

Si le preocupa que su hijo no esté participando ni aprendiendo bien en la escuela, hable con el médico, los maestros o los administradores de la escuela. Además de sus beneficios médicos cubiertos por [Molina Healthcare](#), hay servicios que la escuela debe brindar para ayudar a su hijo a aprender y no quedar rezagado en el grupo. Los servicios que se pueden brindar para ayudar a su hijo con el aprendizaje 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 escolar
- Transporte escolar de ida y vuelta

El Departamento de Educación de California brinda y paga estos servicios. Junto con los médicos y maestros de su hijo, puede hacer un plan personalizado que ayude de la mejor manera a su hijo.

6. Presentación de informes y resolución de problemas

Existen dos maneras de informar y resolver problemas:

- Use un **reclamo (queja)** cuando tenga un problema o no esté conforme con [Molina Healthcare](#) o con un proveedor, o con la atención médica o el tratamiento que recibió de un proveedor.
- Use una **apelación** cuando usted no está 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 de su problema. Esto no elimina ninguno de sus derechos y recursos legales. No discriminamos ni tomaremos represalias contra usted por presentar un reclamo ante nosotros o informar problemas. Informarnos de su problema nos ayudará a mejorar la atención para todos los miembros.

Puede comunicarse con [Molina Healthcare](#) primero para hablarnos sobre su problema. Llámenos de [lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.](#), al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711). Cuéntenos sobre su problema.

Si su queja o apelación aún no se resuelve después de 30 días, o no está conforme con el resultado, puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California. Solicite que revisen su reclamo o lleven a cabo una revisión médica independiente (IMR). Si su asunto es urgente, como los que tienen que ver con una grave amenaza para su salud, puede llamar al DMHC de inmediato sin antes presentar una queja o apelación ante [Molina Healthcare](#). Puede llamar gratis al DMHC al [1-888-466-2219](tel:1-888-466-2219) (TTY [1-877-688-9891](tel:1-877-688-9891) o 711). O visite <https://www.dmhc.ca.gov>.

6 | Presentación de informes y resolución de problemas

El mediador de atención administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California también puede ayudarlo. Puede ayudarlo si tiene problemas para inscribirse, hacer cambios o retirarse de un plan de salud. También puede brindarle ayuda si se mudó y tiene problemas para transferir Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar a defensoría 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 por cuestiones relacionadas con la elegibilidad de Medi-Cal. Si no está seguro de ante quién puede presentar su queja, llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

Para informar sobre datos incorrectos en su seguro de salud, 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) es cuando tiene un problema o no está conforme con los servicios que está recibiendo 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 permiso.

- **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.](#) Indique su número de identificación del plan de salud, su nombre y el motivo de su reclamo.
- **Por correo postal:** 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, llénelo. Incluya su nombre, número de identificación del plan de salud y el motivo de su reclamo. Díganos qué sucede 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 de su médico tendrá formularios de reclamos.

- **En línea:** visite el sitio web de [Molina Healthcare](#) en www.MolinaHealthcare.com.

6 | Presentación de informes y resolución de problemas

Si necesita ayuda para presentar su reclamo, nosotros se la podemos dar. Podemos brindarle servicios de idioma sin costo. Llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

En el transcurso de 5 días calendario después recibir 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](#) sobre una queja que no se relaciona con la cobertura de atención médica, con una necesidad médica o con un tratamiento experimental o de investigación, y su queja se resuelve al finalizar el siguiente día hábil, es posible que no reciba una carta.

Si tiene un asunto urgente relacionado con un problema de salud grave, iniciaremos una revisión acelerada (rápida). Le comunicaremos nuestra decisión en un 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 recibir su reclamo, decidiremos cómo manejaremos su reclamo y si lo aceleraremos. Si determinamos que no aceleraremos su reclamo, le informaremos que resolveremos su reclamo en un plazo de 30 días. Puede comunicarse directamente con el DMHC por cualquier motivo, incluso si considera que su preocupación califica para una revisión acelerada o si [Molina Healthcare](#) no le responde durante el período de 72 horas.

Los reclamos relacionados con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx no están sujetos al proceso de queja de [Molina Healthcare](#) ni son elegibles para una revisión médica independiente. Los miembros pueden presentar reclamos sobre 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 visite <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Es posible que los reclamos relacionados con beneficios de farmacia no sujetos a Medi-Cal Rx sean elegibles para una revisión médica independiente. El número gratuito del DMHC es 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891). Puede encontrar el formulario de reclamo o 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 sobre sus servicios. Si le enviamos una carta de Aviso de Acción (NOA) en la que le informamos que

6 | Presentación de informes y resolución de problemas

denegamos, retrasamos, modificamos o finalizamos un servicio y 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 su permiso por escrito.

Debe solicitar una apelación en un plazo de 60 días a partir de la fecha del NOA que recibió de nosotros. Si decidimos reducir, suspender o detener un servicio que está recibiendo actualmente, puede continuar recibéndolo mientras espera una decisión sobre su apelación. Esto se denomina ayuda pagada pendiente. Para recibir la ayuda pendiente pagada, debe solicitarnos una apelación en un plazo de 10 días a partir de la fecha del NOA o antes de la fecha en que hayamos dicho 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.](#) Indique su nombre, su número de identificación del plan de salud y el servicio sobre el que presenta la apelación.
- **Por correo postal:** 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, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, número de identificación del plan de salud y el servicio sobre el que presenta la apelación.

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 tendrá formularios de apelación disponibles.

- **En línea:** visite el sitio web de [Molina Healthcare](https://www.molinahealthcare.com). Vaya a www.MolinaHealthcare.com.

Si necesita ayuda para solicitar una apelación o una ayuda pendiente pagada, podemos ayudarlo. Podemos brindarle servicios de idioma sin costo. Llame al [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621) (TTY/TDD o 711).

En el transcurso de 5 días después de recibir su apelación, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos. En un plazo de 30 días, le comunicaremos nuestra decisión sobre la apelación y le enviaremos una carta de Aviso de Resolución de Apelación (NAR). Si no le comunicamos nuestra decisión sobre la apelación en el plazo de 30 días, puede solicitar una audiencia estatal del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) y una revisión médica independiente (IMR) ante el DMHC. Pero, si solicita primero una audiencia estatal, 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 quieren que tomemos una decisión rápida porque el tiempo que lleva decidir sobre su apelación pondría en peligro su vida, su salud o su capacidad funcional, 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 una decisión en el plazo de 72 horas desde la recepción de su apelación.

Qué hacer si no está de acuerdo con una decisión sobre la apelación

Si solicitó una apelación y recibió una carta de NAR en la que se le informaba que no cambiamos nuestra decisión, o si no recibió una carta de NAR y ya pasaron 30 días, puede hacer lo siguiente:

- Solicitar una **audiencia estatal** ante el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) para que un juez revise su caso. El número gratuito del CDSS es 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349). También puede solicitar la audiencia estatal en línea en <https://www.cdss.ca.gov>.
- Presentar un formulario de reclamo/revisión médica independiente ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) para que se revise la decisión de [Molina Healthcare](#). O bien, solicitar una **revisión médica independiente (IMR)** del DMHC. Si su reclamo califica para el proceso de IMR del DMHC, un médico externo que no forma parte de [Molina Healthcare](#) revisará su caso y tomará una decisión que [Molina Healthcare](#) debe seguir. El número gratuito del DMHC es 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891). Puede encontrar el formulario de reclamo o 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 la IMR.

Tiene derecho a una audiencia estatal y a una IMR. Pero, 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 hay más información sobre cómo solicitar una audiencia estatal y una IMR.

[Molina Healthcare](#) no maneja reclamos y apelaciones relacionados con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx. Puede presentar reclamos y apelaciones sobre 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 las apelaciones relacionados con beneficios de farmacia no sujetos a Medi-Cal Rx sean elegibles para una revisión médica independiente (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 sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx.

Reclamos y revisiones médicas independientes (IMR) ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)

Una IMR es 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 de la decisión de la apelación, pero solo tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal, así que si desea una IMR y una audiencia estatal presente su reclamo tan pronto como pueda. Recuerde que, si primero solicita una audiencia estatal, pero 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 antes presentar una apelación ante [Molina Healthcare](#). Esto ocurre en casos en los que su preocupación de salud es urgente, como lo que tiene que ver con una amenaza grave para su salud.

6 | Presentación de informes y resolución de problemas

Si su reclamo ante el DMHC no califica para una IMR, el DMHC continuará revisando 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 contra su plan de salud, primero debe llamarlos por teléfono 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 tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o 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 deficiencias auditivas o del habla. En el sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov/, hay formularios de reclamo, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Audiencias estatales

Una audiencia estatal es una reunión con [Molina Healthcare](#) y un juez del CDSS. El juez ayudará a resolver su problema o le dirá que tomamos la decisión correcta.

Tiene derecho a solicitar una audiencia estatal si ya solicitó una apelación ante nosotros y aún no está conforme con nuestra decisión, o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días.

Debe solicitar una audiencia estatal en un plazo de 120 días a partir de la fecha que figura en nuestra carta de NAR. Si le brindamos ayuda pendiente pagada durante su apelación, y desea que continúe hasta que haya una decisión en su audiencia estatal, debe solicitar una audiencia estatal en un plazo de 10 días después de nuestra carta de NAR o antes de la fecha que le dijimos para la suspensión de sus servicios, lo que sea posterior.

6 | Presentación de informes y resolución de problemas

Si necesita ayuda para asegurarse de que la ayuda pendiente pagada continuará hasta que haya 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.](#), al [1-888-665-4621](#). Si no puede oír o hablar bien, llame a TTY/TDD o al 711. Su representante autorizado o proveedor puede solicitar una audiencia estatal en su nombre, con su permiso por escrito.

En ocasiones, puede solicitar una audiencia estatal sin completar nuestro proceso de apelación.

Por ejemplo, si no le notificamos de manera correcta o a tiempo acerca de sus servicios, puede solicitar una audiencia estatal sin tener que completar nuestro proceso de apelación. Esto se denomina agotamiento de la causa. Estos son algunos ejemplos de agotamiento de la causa:

- No contamos con una carta de NOA o NAR a su disposición en su idioma preferido.
- Cometemos un error que afecta cualquiera de sus derechos.
- No le enviamos ninguna carta de NOA.
- No le enviamos ninguna carta de NAR.
- Cometemos un error en nuestra carta de NAR.
- No decidimos 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 estas formas:

- **En línea:** solicite una audiencia en línea en www.CDSS.CA.GOV.
- **Por fax:** complete el formulario adjunto al 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 postal:** complete el formulario suministrado 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

6 | Presentación de informes y resolución de problemas

Si necesita ayuda para presentar una solicitud de audiencia estatal, podemos ayudarlo. Podemos brindarle servicios de idioma sin costo. 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 tardar hasta 90 días en emitir una decisión sobre su caso. [Molina Healthcare](#) debe acatar lo que decida el juez.

Si desea que el CDSS tome una decisión rápida porque el tiempo que se tarda en tener una audiencia estatal puede poner en peligro su vida, salud o capacidad de funcionamiento, 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 el transcurso de 3 días hábiles desde que reciba el expediente completo del caso de parte de [Molina Healthcare](#).

Fraude, despilfarro y abuso

Si usted sospecha que un proveedor o una persona que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, despilfarro o abuso, es su responsabilidad informarlo: llame al número gratuito confidencial 1-800-822-6222 o presente un reclamo en línea: <https://www.dhcs.ca.gov/>.

Fraude, despilfarro y abuso del proveedor incluyen lo siguiente:

- Falsificación de historia clínica.
- Receta de más medicamentos de los médicamente necesarios.
- Suministro de servicios de atención médica que excedan los médicamente necesarios.
- Facturación de servicios no suministrados.
- Facturación de servicios profesionales cuando el profesional no brindó el servicio.
- Ofrecimiento de artículos y servicios gratuitos o con descuento a los miembros para influir en la selección de proveedor.
- Cambio del proveedor de atención primaria del miembro sin que este lo sepa.

Fraude, despilfarro y abuso de una persona que obtiene beneficios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Prestar, vender o entregar la tarjeta de identificación del plan de salud o la tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal a otra persona.

6 | Presentación de informes y resolución de problemas

- Recibir medicamentos o tratamientos similares o idénticos de parte de más de un proveedor.
- Acudir a una sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia.
- Usar el número del Seguro Social o el número de identificación del plan de salud de otra persona.
- Transporte médico y no médico para traslados a servicios no relacionados con la salud, servicios no cubiertos por Medi-Cal o cuando no tiene una cita médica ni medicamentos recetados que recoger.

Para denunciar fraude, despilfarro y abuso, anote el nombre, la dirección y el número de identificación de la persona que los cometió. 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 eventos y el 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. Llene 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 ciertos derechos y responsabilidades. En este capítulo se explican estos derechos y responsabilidades. Este capítulo también incluye avisos legales a los que tiene derecho como miembro de [Molina Healthcare](#).

Sus derechos

Estos son sus derechos como miembro de [Molina Healthcare](#):

- Ser tratado con respeto y dignidad, teniendo en cuenta debidamente su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Se le brindará información sobre el plan de salud y sus servicios, lo que incluye servicios cubiertos, profesionales y los derechos y las responsabilidades de los miembros.
- Recibir información del miembro completa por escrito en su idioma preferido, incluidos todos los avisos sobre quejas y apelaciones.
- Hacer recomendaciones sobre la política de responsabilidades y derechos de los miembros de [Molina Healthcare](#).
- Poder 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.
- Tener acceso oportuno a los proveedores de la red.
- Participar en la toma de decisiones con los proveedores respecto de su propia atención médica, incluido el derecho a rechazar algún tratamiento.
- Expresar quejas, ya sea de forma verbal o por escrito, sobre la organización, los proveedores o la atención que recibió, o cualquier otra expresión de disconformidad no relacionada con una determinación adversa de beneficios.
- Conocer el motivo médico de la decisión de [Molina Healthcare](#) de denegar, retrasar, finalizar o cambiar una solicitud de atención médica.

7 | Derechos y responsabilidades

- Recibir coordinación de cuidados.
- Solicitar una apelación de las decisiones de denegar, retrasar o limitar servicios o beneficios.
- Recibir servicios de interpretación y traducción sin costo para su idioma.
- Recibir ayuda legal gratuita en su oficina de asistencia legal local o de otros grupos.
- Formular directivas anticipadas.
- Solicitar una audiencia estatal si se deniega un servicio o beneficio, usted ya presentó 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.
- Cancelar la inscripción (darse de baja) en [Molina Healthcare](#) y cambiarse a otro plan de salud en el condado si lo solicita.
- Acceder a servicios para los que un menor de edad puede dar su consentimiento.
- Obtener información del miembro escrita en otros formatos (como braille, letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles) sin costo 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 e Instituciones (W&I).
- No sufrir ningún tipo de restricción o reclusión usada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Hablar con veracidad de la información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles presentadas de manera apropiada para su afección y capacidad de comprensión, independientemente del costo o de la cobertura.
- Tener acceso a su historia clínica y recibir una copia, así como solicitar su enmienda o corrección según lo especificado en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR), secciones 164.524 y 164.526.
- Libertad de ejercer estos derechos sin afectar la forma en que [Molina Healthcare](#), sus proveedores o el estado lo tratan.
- Tener acceso a servicios de planificación familiar, centros de nacimiento independientes, centros de salud con calificación federal, clínicas de salud para indígenas, servicios de partera, centros de salud rurales y servicios de infección de transmisión sexual de un proveedor de su elección, sin remisión o autorización previa, ya sea dentro o fuera de la red de Molina Healthcare.
- Tener acceso a servicios de emergencia fuera de la red de [Molina Healthcare](#) de conformidad con la ley federal.

- Solicitar una apelación de una determinación adversa de beneficios dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (NABD) y cómo 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:

- Proporcionar información (en la medida de lo posible) que la organización, sus profesionales y proveedores necesitan para poder brindar la atención.
- Seguir los planes de atención e instrucciones de atención aceptados con sus profesionales.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento acordados mutuamente, en la medida de lo posible.
- Informar a nuestro Plan si tiene un seguro de salud adicional.
- Actuar de manera que contribuya a la atención prestada a otros pacientes y al buen funcionamiento del consultorio de su médico, de hospitales y otras oficinas.
- Avisarnos si se muda. Si se muda dentro del área de servicio, debemos mantener actualizado su registro de membresía. Si se muda fuera del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan, pero podemos informarle si tenemos un plan en esa área.
- Informarnos si tiene alguna pregunta, preocupación, problema o sugerencia.

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. [Molina Healthcare](#) cumple con las leyes estatales y federales de derechos civiles. [Molina Healthcare](#) no discrimina a las personas, no las excluye ni las trata de forma ilegal por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, 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 personas con discapacidades para ayudarlos a comunicarse mejor, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idioma sin costo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - 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.](#), al [1-888-665-4621](#). O bien, si no puede oír o hablar bien, llame al 1-888-665-4621 o al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.

Cómo presentar una queja

Si considera que [Molina Healthcare](#) no brindó estos servicios o que discriminó ilegalmente de otra forma por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, 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, en persona 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 oír o hablar bien, llame al TTY/TDD o al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.
- **Por escrito:** llene 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](#)

- **En persona:** vaya al consultorio de su médico o a [Molina Healthcare](#) y diga 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.

Si necesita más ayuda con un problema pendiente, también puede comunicarse con Health Net al 1-800-522-0088.

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 manera electrónica:

- **Por teléfono:** llame al 1-916-440-7370. Si no puede hablar u oír bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- **Por escrito:** llene 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 mensaje de correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Si considera que se le discriminó por motivos de raza, color, origen nacional, 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 EE. UU. por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** llame al 1-800-368-1019. Si no puede hablar u oír bien, llame al TTY 1-800-537-7697 o al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.
- **Por escrito:** llene 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 reclamos 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>.

Maneras de involucrarse como miembro

Molina Healthcare quiere saber de usted. Cada trimestre, Molina Healthcare tiene reuniones para hablar sobre lo que está funcionando bien y cómo puede mejorar. Los miembros están invitados a asistir. ¡Venga a una reunión!

Comité Asesor de Miembros

Molina Healthcare tiene un grupo llamado Comité Asesor de Miembros (MAC). Este grupo está formado por miembros de Molina Healthcare que representan a varias líneas de negocios. Si lo desea, puede unirse a este grupo. El grupo habla sobre cómo mejorar las políticas de Molina Healthcare y es responsable de lo siguiente:

- Asistencia trimestral.
- Participación y revisión de programas y servicios existentes. Aporte de información sobre el desarrollo de programas innovadores que se centren 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. También puede visitar www.MolinaHealthcare.com o www.MyMolina.com.

Aviso sobre las prácticas de privacidad

Hay una declaración en la que se describen las políticas y los procedimientos de [Molina Healthcare](#) para preservar la confidencialidad de la historia clínica que se le proporcionarán cuando las solicite.

Si tiene edad y capacidad para dar su consentimiento para los servicios de atención de asuntos delicados, no es necesario que obtenga ninguna autorización de otro miembro para recibir estos servicios ni para enviar una reclamación por estos. Puede obtener más información sobre los servicios de atención de asuntos delicados en la sección “Atención de asuntos delicados” de este manual.

Puede solicitar a [Molina Healthcare](#) que envíe las comunicaciones sobre servicios de atención de asuntos delicados a otra dirección postal, otra dirección de correo electrónico u otro número de teléfono que usted elija. Esto se denomina “solicitud de comunicaciones confidenciales”. Si solicita comunicaciones confidenciales, [Molina Healthcare](#) no proporcionará información sobre sus servicios de atención de asuntos delicados a ninguna otra persona sin su permiso por escrito. Si no proporciona una dirección postal, una dirección de correo electrónico o un número de teléfono, [Molina Healthcare](#) enviará comunicaciones a su nombre a la dirección o al número de teléfono que figura en su expediente.

[Molina Healthcare](#) respetará las solicitudes de recibir comunicaciones confidenciales en la forma y el formato que haya solicitado. O bien, nos aseguraremos de que sus comunicaciones sean fáciles de realizar en la forma y el formato que usted solicitó. Se las enviaremos al lugar que elija. La solicitud de comunicaciones confidenciales es válida hasta que la cancele o presente 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: \[www.molinahealthcare.com/members\]\(http://www.molinahealthcare.com/members\). La declaración de Molina Healthcare sobre sus políticas y procedimientos para proteger su información médica \(llamada “Aviso sobre las prácticas de privacidad”\) se incluye a continuación:](#)

Aviso sobre las prácticas de privacidad: Molina Healthcare of California

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of California (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**nosotros**”, “**nos**” o “**nuestro**”) le brinda beneficios de atención médica a través del programa Medi-Cal. Molina usa y comparte 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” (protected health information). La PHI es información de salud que incluye su nombre, número del miembro u otros identificadores, y que Molina la 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 tratamiento, pago 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 el pago. 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 pagan correctamente.

Las operaciones de atención médica involucran muchas necesidades de actividades cotidianas. Incluyen, entre otros aspectos, lo siguiente:

- Mejorar la calidad.
- Acciones en los programas de salud para ayudar a los miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o coordinar revisiones médicas.
- Servicios legales, incluidos programas de detección y enjuiciamiento de fraude y abuso.
- 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 hagan 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 varios 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 servicios.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI se puede divulgar a un tribunal, investigador o 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 usar o compartir 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 ya nos dio.

¿Cuáles son sus derechos de información sobre la salud?

Tiene los siguientes derechos:

▪ Restricciones en los usos de la PHI o divulgaciones (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 siga privada. Cumpliremos con las solicitudes razonables de comunicaciones confidenciales para proporcionar la PHI en un formulario o formato particular, si es fácilmente posible hacerlo, o en ubicaciones alternativas. Deberá hacer su solicitud por escrito o por transmisión electrónica.

▪ 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 sobre cobertura, 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 clínica.*

▪ Modificación de su PHI

Usted puede solicitar que modifiquemos (cambiemos) su PHI. Esto abarca únicamente los registros que conservamos de 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.

▪ Recibir un estado de cuenta de las divulgaciones de PHI (compartir su PHI)

Puede solicitar que le demos una lista de ciertas partes con las que compartimos 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 tratamiento, pago 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.

Le cobraremos 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 hemos protegido 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, escribir o comunicarse con las siguientes agencias:

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 los deberes de Molina?

Molina debe cumplir con lo siguiente:

- Mantener su PHI privada.
- Darle información escrita como esta sobre nuestros deberes y prácticas de privacidad sobre su PHI.
- Enviarle un aviso en caso de que se vulnere su PHI no segura.
- No utilizar ni revelar 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 información sobre el cambio de material y cómo obtener el Aviso revisado, en nuestra próxima correspondencia anual a nuestros 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

Hay 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 leyes federales y estatales sobre el programa Medi-Cal. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

Aviso sobre Medi-Cal como pagador de último recurso, otra cobertura de salud y recuperación de agravios

El programa Medi-Cal sigue las leyes y reglamentos federales y estatales relacionados con la responsabilidad legal de terceros hacia los servicios de atención médica para miembros. [Molina Healthcare](#) tomará todas las medidas razonables para garantizar que el programa Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Es posible que los miembros de Medi-Cal tengan otra cobertura de salud (OHC), también referida como seguro de salud privado. Como una condición de la elegibilidad

de Medi-Cal, usted debe solicitar o conservar cualquier OHC disponible cuando no representan costos para usted.

Las leyes federales y estatales requieren que los miembros de Medi-Cal informen de OHC y cualquier cambio en OHC existente. Es posible que tenga que hacer un reembolso al DHCS por cualquier beneficio que haya pagado por error si no informa rápidamente a la OHC. Envíe su OHC en línea a <http://dhcs.ca.gov/OHC>.

Si no tiene acceso a Internet, puede informar sobre la OHC a [Molina Healthcare](#). O bien, llame 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 Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medi-Cal por los cuales Medi-Cal no es el pagador primario. Por ejemplo, si usted resulta herido en un accidente automovilístico o en el trabajo, el seguro de indemnización laboral o el del automóvil pueden tener que pagar primero o hacer un reembolso a Medi-Cal.

Si usted se lesiona y otra parte es responsable de su lesión, usted o su representante legal deben notificarlo al DHCS en un plazo de 30 días desde la presentación de una acción legal o una reclamación. Envíe su notificación en línea:

- Programa para lesiones personales: <https://dhcs.ca.gov/PI>
- Programa de recuperación de indemnización laboral: <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 Medi-Cal debe solicitar el reembolso del patrimonio testamentario de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos desde que cumplió 55 años en adelante. El reembolso incluye las tarifas por cada servicio (FFS), las primas de atención administrada o los pagos por capitación de los servicios prestados en un centro de enfermería, los servicios domiciliarios y comunitarios y los servicios hospitalarios y de medicamentos recetados recibidos cuando el miembro estuvo hospitalizado en un centro de enfermería o recibía servicios comunitarios y domiciliarios. El reembolso no puede exceder el valor del patrimonio testamentario del miembro.

Para obtener más información, consulte el sitio web de recuperación de patrimonio del DHCS: <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 que 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 que aparece antes en este documento para obtener información importante sobre la presentación de su apelación. Cuando **Molina Healthcare** le envíe un NOA, se le informarán todos los derechos que tiene si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado.

Contenido de los avisos

Si **Molina Healthcare** basa denegaciones, retrasos, finalizaciones o cambios, en su totalidad o en parte, en necesidades médicas, su NOA debe contener lo siguiente:

- Una declaración de la acción que **Molina Healthcare** tiene intención de tomar.
- Una explicación clara y concisa de los motivos de la decisión de **Molina Healthcare**.
- Cómo tomó la decisión **Molina Healthcare**, incluidas las reglas que utilizó.
- Los motivos médicos para tomar la decisión. **Molina Healthcare** debe indicar de forma clara cómo la afección del miembro no cumple con las reglas o las pautas.

Traducción

Molina Healthcare debe traducir y brindar información del miembro escrita en idiomas preferidos comunes, incluidos todos los avisos de quejas y apelaciones.

El aviso completamente traducido debe incluir el motivo médico para que **Molina Healthcare** tome la decisión de denegar, retrasar, cambiar, reducir, suspender o detener 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 y palabras importantes que debe conocer

Números de teléfono importantes

- Servicios para Miembros de [Molina Healthcare](#): 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711)
- Medi-Cal Rx: 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) y presionar 5 o 711
- [Información sobre elegibilidad](#): 1-800-357-0172
- [Línea de asesoramiento de enfermería 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)
- [Servicios para Miembros de Health Net](#): 1-800-522-0088
- [Sitio web de Health Net](#): www.healthnet.com

Palabras que debe conocer

Trabajo de parto activo: período durante el cual la mujer está en las tres etapas para dar a luz y no puede ser trasladada en forma segura a otro hospital antes del alumbramiento o si el traslado puede afectar la salud y seguridad de la madre o del bebé por nacer.

Agudo: afección médica breve y repentina que requiere atención médica rápida.

8 | Números y palabras importantes que debe conocer

Indio americano: persona que coincide con la definición de “indígena” según la ley federal, en el artículo 438.14 del Título 42 del CFR, que define a una persona como “indígena” si esta cumple con alguno de los siguientes criterios:

- Es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal.
- Vive en un centro urbano y cumple una o más de las siguientes condiciones:
 - Es miembro de una tribu, banda u otro grupo organizado de indígenas, lo que incluye tribus, bandas o grupos extinguidos desde 1940 y aquellos reconocidos ahora o en el futuro por el estado en el que residen, o es descendiente en primer o segundo grado de un miembro de este tipo.
 - Es esquimal o aleutiano u otro nativo de Alaska.
 - La Secretaría de Interior lo considera indígena para cualquier fin.
 - Se determina que es indígena en virtud de las regulaciones emitidas por la Secretaría de Interior.
- La Secretaría de Interior lo considera indígena para cualquier fin.
- La Secretaría de Salud y Servicios Humanos lo considera indígena con fines de elegibilidad para los servicios de atención médica para indígenas, incluidos los indígenas de California, esquimales, aleutianos u otros nativos de Alaska.

Apelación: solicitud del miembro para que [Molina Healthcare](#) revise y cambie una decisión tomada sobre la cobertura de un servicio solicitado.

Beneficios: medicamentos y servicios de atención médica cubiertos por este plan de salud.

Servicios para Niños de California (CCS): programa de Medi-Cal que brinda servicios a menores de hasta 21 años que padecen ciertas afecciones médicas, enfermedades o problemas de salud crónicos.

Administrador de casos: enfermeros registrados o trabajadores sociales que pueden ayudarlo a entender problemas de salud importantes y coordinar la atención con sus proveedores. [Esto incluye enfermeros vocaciones autorizados \(LVN\) y otros profesionales autorizados.](#)

Enfermera partera certificada (CNM): persona autorizada como enfermera registrada y certificada como enfermera partera por la Junta de Profesionales de Enfermería Registrados de California. Una enfermera partera certificada tiene permiso para atender nacimientos normales.

8 | Números y palabras importantes que debe conocer

Quiropráctico: proveedor que trata la columna vertebral mediante una manipulación manual.

Afección crónica: enfermedad u otro problema médico que no puede curarse completamente, o que empeora con el paso del tiempo, o que debe tratarse para evitar que empeore.

Clínica: instalación que los miembros pueden seleccionar como proveedor de atención primaria (PCP). Puede ser un centro de salud con calificación federal (FQHC), una clínica comunitaria, una clínica de salud rural (RHC), un proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) u otro centro de atención primaria.

Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS): servicios para pacientes ambulatorios en el centro para atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidado personal, apoyo y capacitación para la familia y los cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para miembros que califiquen.

Reclamo: expresión de descontento del miembro que se presenta de forma verbal o por escrito sobre 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.

Continuidad de la atención: capacidad de un miembro del plan de continuar recibiendo servicios de Medi-Cal de su proveedor fuera de la red por hasta 12 meses, si el proveedor y [Molina Healthcare](#) están de acuerdo.

Lista de medicamentos contratados (CDL): lista de medicamentos aprobados para Medi-Cal Rx, desde la cual su proveedor puede solicitar los medicamentos cubiertos que usted necesita.

Coordinación de beneficios (COB): proceso para determinar qué cobertura de seguro (Medi-Cal, Medicare, seguro comercial u otro) tiene responsabilidades primarias de tratamiento y pago para los miembros que tienen más de un tipo de cobertura de seguro médico.

Copago (copago): pago que usted realiza, en general, al momento del servicio, además del pago de la aseguradora.

Cobertura (servicios cubiertos): servicios de Medi-Cal de 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, a las disposiciones de esta Evidencia de Cobertura (EOC) y a cualquier modificación.

8 | Números y palabras importantes que debe conocer

DHCS: Departamento de Servicios de Atención Médica de California. Es la oficina del estado que supervisa el programa Medi-Cal.

Cancelar la inscripción: dejar de usar este plan de salud porque ya no califica o se cambia a otro plan de salud. Debe firmar un formulario que indique que ya no desea usar este plan de salud o llamar a Health Care Options (HCO) y cancelar la inscripción por teléfono.

DMHC: Departamento de Atención Médica Administrada de California. Es la oficina del estado que supervisa los planes de salud de atención administrada.

Equipo médico duradero (DME): equipo médicamente necesario que solicita su médico u otro proveedor. [Molina Healthcare](#) decide si alquilar o comprar DME. Los costos de alquiler no deben superar el costo de compra.

Examen de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (EPSDT): los servicios de EPSDT son un beneficio para miembros de Medi-Cal menores de 21 años para ayudarlos a mantenerse saludables.

Los miembros deben tener los seguimientos de salud adecuados para su edad y los exámenes de detección precisos para identificar problemas de salud y tratar enfermedades a tiempo, así como cualquier tratamiento que podría controlar las afecciones que se detecten en los seguimientos o ayudar a sanarlas.

Afección médica de emergencia: afección médica o mental con síntomas graves, como el trabajo de parto activo (consulte la definición que se presentó anteriormente en este documento) o dolor intenso, que cualquier persona prudente que maneja información básica y que tiene conocimientos promedios de salud y medicina pudiera considerar de manera razonable que la falta de atención médica inmediata podría generar alguna de las siguientes situaciones:

- Poner su salud o la de su bebé por nacer en grave peligro.
- Causar el deterioro de una función del cuerpo.
- Provocar que una parte u órgano del cuerpo no funcionen correctamente.

Atención de emergencia: examen de un médico o personal con las instrucciones de un médico, según lo permita la ley, para saber si existe una afección médica de emergencia. Servicios médicamente necesarios para que logre estabilizarse clínicamente dentro de las capacidades de la instalación.

Transporte médico de emergencia: transporte en una ambulancia o en un vehículo de emergencia a una sala de emergencias para obtener atención médica de emergencia.

8 | Números y palabras importantes que debe conocer

Afiliado: persona que es miembro de un plan de salud y recibe servicios a través del plan.

Paciente habitual: paciente que tiene una relación existente con un proveedor y que ha acudido a ese proveedor durante la cantidad de tiempo especificada y establecida por el plan de salud.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por el programa Medi-Cal de California.

Tratamiento experimental: medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se encuentran en fase de prueba con análisis de laboratorio o estudios en animales antes de realizarse pruebas en seres humanos. Los servicios experimentales no se someten a una investigación clínica.

Servicios de planificación familiar: servicios para evitar o postergar el embarazo.

Centro de salud con calificación federal (FQHC): centro médico en un área que no tenga muchos proveedores de atención médica. Puede recibir atención primaria y preventiva en un FQHC.

Medi-Cal de tarifa por cada servicio (FFS): en ocasiones, su plan de Medi-Cal no cubre los servicios, pero usted puede obtenerlos a través Medi-Cal de FFS, como muchos servicios de farmacia a través de Medi-Cal Rx.

Atención de seguimiento: atención regular del médico para supervisar la evolución del paciente después de una hospitalización o durante el curso de un tratamiento.

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.

Centros de nacimiento independientes (FBC): centros de salud donde se planifica un parto lejos de la residencia de la embarazada que cuentan con autorización del estado u otro tipo de aprobación para brindar atención de trabajo de parto prenatal y alumbramiento o posparto, así como otros servicios ambulatorios que se incluyen en el plan. Estos centros no son hospitales.

Queja: expresión de descontento del miembro que se presenta de forma verbal o por escrito sobre [Molina Healthcare](#), un proveedor, la calidad de la atención o los servicios brindados. Un reclamo presentado ante [Molina Healthcare](#) sobre un proveedor de la red es un ejemplo de una queja.

8 | Números y palabras importantes que debe conocer

Servicios y dispositivos de recuperación de las habilidades: servicios de atención médica que ayudan a que pueda mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias para la vida.

Health Care Options (HCO): programa que puede inscribirlo o cancelar su inscripción en el plan de salud.

Proveedores de atención médica: médicos y especialistas, como cirujanos, médicos que tratan el cáncer o médicos que tratan partes especiales del cuerpo, que trabajan con [Molina Healthcare](#) o que se encuentran en la red de [Molina Healthcare](#). Los proveedores de la red de [Molina Healthcare](#) deben tener una licencia para ejercer en California y brindarle un servicio cubierto por [Molina Healthcare](#).

Por lo general, necesita una remisión de su PCP para atenderse con un especialista. Su PCP debe obtener la preaprobación de [Molina Healthcare](#) antes de que reciba atención de un especialista.

No necesita una remisión de su PCP para algunos tipos de servicio, como planificación familiar, atención de emergencia, atención de obstetricia y ginecología, o servicios de atención de asuntos delicados.

Seguro de salud: cobertura de seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos mediante reembolsos de los gastos de enfermedades o lesiones al asegurado o el pago directo al proveedor de la atención.

Atención médica en el hogar: atención de enfermería especializada y otros servicios que se brindan en el hogar.

Proveedores de atención médica domiciliaria: proveedores que le brindan atención de enfermería especializada y otros servicios en el hogar.

Cuidados de hospicio: atención para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales de un miembro que tiene una enfermedad terminal. Los cuidados de hospicio están disponibles cuando el miembro tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

Hospital: lugar donde recibe atención para pacientes ambulatorios y hospitalizados por parte de médicos y enfermeros.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención médica o quirúrgica en un hospital sin admisión como paciente internado.

Hospitalización: admisión en un hospital para el tratamiento como paciente internado.

8 | Números y palabras importantes que debe conocer

Proveedores de atención médica para indígenas (IHCP): programa de atención médica operado por el Servicio de Salud Indígena (IHS), una tribu indígena, un 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 para Indígenas (Título 25 del USC, sección 1603).

Atención para pacientes hospitalizados: cuando tiene que pasar la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

Centro u hogar de cuidados intermedios: atención que se brinda en un centro de atención a largo plazo u hogar que brinda servicios residenciales las 24 horas. Los tipos de centros u hogares de cuidados intermedios incluyen el centro de cuidados intermedios/discapacidades del desarrollo (ICF/DD), el centro de cuidados intermedios/discapacidades del desarrollo con habilitación (ICF/DD-H) y el centro de cuidados intermedios/discapacidades del desarrollo con enfermería (ICF/DD-N).

Tratamiento de investigación: un medicamento de tratamiento, producto biológico o 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 uso general y sigue en investigación clínica aprobada por la FDA.

Atención a largo plazo: atención en un centro por más de un mes de admisión.

Plan de atención administrada: plan de Medi-Cal que usa solo ciertos médicos, especialistas, clínicas, farmacias y hospitales para beneficiarios de Medi-Cal inscritos en ese plan. [Molina Healthcare](#) es un plan de atención administrada.

Medi-Cal Rx: un servicio de beneficios de farmacia conocido como “Medi-Cal Rx” de FFS Medi-Cal que brinda beneficios y servicios de farmacia, que incluye los medicamentos recetados y algunos suministros médicos para todos los beneficiarios de Medi-Cal.

Hogar médico: modelo de atención que brinda mejor calidad de atención médica, mejora la autogestión de los miembros de su propio cuidado y reduce costos evitables con el tiempo.

Medicamento necesario (o necesidad médica): los servicios médicamente necesarios son servicios importantes que son razonables y protegen la vida. La atención es necesaria para evitar que los pacientes tengan una enfermedad o incapacidad graves. Esta atención reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de la enfermedad, la patología o la lesión. Para los miembros menores de 21 años, los servicios médicamente necesarios de Medi-Cal incluyen atención que es necesaria

8 | Números y palabras importantes que debe conocer

para sanar o ayudar a aliviar una enfermedad o 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.

Transporte médico: transporte cuando no puede ir a una cita médica cubierta o recoger medicamentos recetados en automóvil, autobús, tren o taxi, y su proveedor lo indica. [Molina Healthcare](#) paga el transporte de menor costo para satisfacer sus necesidades médicas cuando requiere un traslado a su cita.

Medicare: programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años, algunas personas más jóvenes con discapacidades y pacientes con enfermedad renal en fase terminal (ESRD, insuficiencia renal crónica que requiere tratamiento con diálisis o un trasplante).

Miembro: cualquier miembro elegible para Medi-Cal inscrito en [Molina Healthcare](#) que tenga derecho a recibir servicios cubiertos.

Proveedor de servicios de salud mental: personas autorizadas para brindar servicios de salud mental y del comportamiento a pacientes.

Servicios de partera: atención prenatal, durante el parto y posparto, incluida la atención de planificación familiar para la madre y atención inmediata para el recién nacido, brindada por enfermeras parteras certificadas (CNM) y parteras autorizadas (LM).

Red: grupo de médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores con contrato con [Molina Healthcare](#) para brindar atención.

Proveedor de la red (o proveedor dentro de la red): consulte “proveedor participante”.

Servicio no cubierto: servicio que [Molina Healthcare](#) no cubre.

Transporte no médico: transporte de ida y vuelta a una cita para un servicio cubierto por Medi-Cal autorizado por su proveedor y para recoger medicamentos recetados y suministros médicos.

Proveedor no participante: proveedor que no pertenece a la red de [Molina Healthcare](#).

Otra cobertura de salud (OHC): se refiere a los seguros de salud privados y a los pagadores de servicios que no sean Medi-Cal. Los servicios pueden incluir planes médicos, dentales, de visión, de farmacia o complementarios de Medicare (Partes C y D).

Dispositivo ortopédico: dispositivo utilizado como soporte o férula fijado fuera del cuerpo para sostener o corregir una parte del cuerpo gravemente lesionada o afectada que es médicamente necesario para la recuperación médica del miembro.

8 | Números y palabras importantes que debe conocer

Servicios fuera del área: servicios que se prestan mientras el miembro se encuentra fuera del área de servicio.

Proveedor fuera de la red: proveedor que no pertenece a la red de [Molina Healthcare](#).

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.

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 en grupo (psicoterapia).
- Pruebas psicológicas cuando estén clínicamente indicadas para evaluar una afección de salud mental.
- Servicios ambulatorios con el propósito de controlar la terapia con medicamentos.
- Consulta psiquiátrica.
- Análisis de laboratorio, suplementos y suministros para pacientes ambulatorios.

Cuidados paliativos: atención para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales de un miembro que tiene una enfermedad grave. Los cuidados paliativos no requieren que el miembro tenga una esperanza de vida de 6 meses o menos.

Hospital participante: hospital autorizado 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 pueden ofrecer a los miembros están limitados por las políticas de revisión de utilización y de control de calidad de [Molina Healthcare](#) o por el contrato de [Molina Healthcare](#) con el hospital.

Proveedor participante (o médico participante): un médico, un hospital u otro profesional de atención médica autorizado o centro de salud autorizado, incluidos 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.

Servicios médicos: servicios que brinda una persona autorizada por 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, ya que se cobran en la factura del hospital.

Plan: consulte “plan de atención administrada”.

8 | Números y palabras importantes que debe conocer

Servicios posteriores a la estabilización: servicios cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que se brindan después de que se estabilizó a un miembro para mantenerlo estabilizado. Estos servicios están cubiertos y se paga por ellos. Es posible que los hospitales fuera de la red necesiten preaprobación (autorización previa).

Preaprobación (autorización previa): proceso por el cual usted o su proveedor deben solicitar la aprobación de [Molina Healthcare](#) para determinados servicios a fin de asegurarse de que [Molina Healthcare](#) los cubra. Una remisión no es una aprobación. Una preaprobación es lo mismo que una autorización previa.

Cobertura de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos que receta un proveedor.

Medicamentos recetados: medicamentos que legalmente requieren una orden de un proveedor autorizado para su dispensación, a diferencia de los medicamentos de venta libre (“OTC”) que no requieren receta.

Atención primaria: consulte “atención de rutina”.

Médico de atención primaria (PCP): proveedor autorizado 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 lo siguiente:

- Médico general
- Internista
- Pediatra
- Médico de familia
- Ginecólogo obstetra
- Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP)
- Centro de salud con calificación federal (FQHC)
- Clínica de salud rural (RHC)
- Enfermero profesional
- Médico asistente
- Clínica

Autorización previa (preaprobación): 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 preaprobación.

8 | Números y palabras importantes que debe conocer

Dispositivo protésico: dispositivo artificial colocado en el cuerpo en reemplazo de una parte del cuerpo faltante.

Directorio de proveedores: lista de proveedores de la red de [Molina Healthcare](#).

Afección médica psiquiátrica de emergencia: trastorno mental donde los síntomas son lo suficientemente graves o intensos como para causar un peligro inmediato para sí mismo o para los demás, o si usted queda inmediatamente imposibilitado para procurarse alimentos (o consumirlos), refugio o ropa debido al trastorno mental.

Servicios de salud pública: servicios de salud dirigidos a toda la población. Estos incluyen, entre otros, análisis de la situación de salud, vigilancia sanitaria, promoción de la salud, servicios preventivos, control de enfermedades infecciosas, protección y saneamiento del medioambiente, preparación y respuesta ante desastres y salud ocupacional.

Proveedor calificado: médico calificado en el área de práctica adecuada para tratar su afección.

Cirugía reconstructiva: cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo para mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son causadas por un defecto congénito, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades.

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 preaprobación (autorización previa).

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 o recuperar habilidades mentales y físicas.

Atención de rutina: servicios médicamente necesarios y atención preventiva, visitas del niño sano o atención de seguimiento de rutina. La meta de la atención médica de rutina es prevenir problemas de salud.

Clínica de salud rural (RHC): centro médico en un área que no tenga muchos proveedores de atención médica. Puede recibir atención primaria y preventiva en una RHC.

Servicios de atención de asuntos delicados: servicios relacionados con salud mental o del comportamiento, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/sida, agresión sexual y aborto, trastorno por consumo de sustancias, atención de afirmación de género, y violencia íntima de la pareja.

8 | Números y palabras importantes que debe conocer

Enfermedad grave: enfermedad o afección que debe tratarse y que puede provocar la muerte.

Área de servicio: área geográfica donde opera [Molina Healthcare](#). Incluye el condado de Los Angeles.

Atención de enfermería especializada: servicios cubiertos brindados por enfermeros, técnicos o terapeutas autorizados durante una estadía en un centro de enfermería especializada o en el hogar de un miembro.

Centro de enfermería especializada: lugar que brinda atención de enfermería las 24 horas que solo pueden brindar profesionales de la salud capacitados.

Especialista (o médico especialista): médico que trata ciertos tipos de problemas de atención médica. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata fracturas de huesos, un alergólogo trata alergias y un cardiólogo trata problemas cardíacos. En la mayoría de los casos, necesitará una remisión del PCP antes de ir a un especialista.

Servicios de salud mental especializados: servicios para miembros que tienen necesidades de servicios de salud mental superiores a un nivel de deterioro de leve a moderado.

Centro de cuidados subagudos (para adultos o niños): centro de atención a largo plazo que brinda atención integral a personas médicamente frágiles que necesitan servicios especiales, como terapia de inhalación, cuidados de traqueotomía, alimentación por sonda intravenosa y cuidados para el tratamiento de heridas complejas.

Enfermedad terminal: afección médica irreversible y que probablemente cause la muerte dentro de un año como máximo, si la enfermedad sigue su curso natural.

Recuperación de 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.

Triage (o detección de necesidades): evaluación de su salud por parte de un médico o enfermero capacitados para realizar un examen de detección con el fin de determinar la urgencia de su necesidad de atención.

Atención de urgencia (o servicios urgentes): servicios que se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección que no es de emergencia que 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 no están disponibles temporalmente.

