

Servicios Cubiertos por Molina Healthcare

Como miembro de Molina Healthcare, recibirá todos los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicaid sin costo. “Médicamente necesario” significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica.

En la siguiente lista se indica qué servicios necesitan autorización previa (Prior Approval, PA) y cuáles no. No todos los servicios que necesitan autorización previa están incluidos en la lista. La autorización previa se explica en la sección Información para Miembros Nuevos de su Manual del Miembro. Su Manual del Miembro y otros materiales relacionados se encuentran disponibles en línea en MolinaHealthcare.com/OHMedicaidHandbook.

Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 642-4168 (TTY 711). Puede llamar de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Podemos explicársela en inglés o en su idioma principal. Puede solicitar obtener esta información sin cargo en otros idiomas o formatos, como letra de molde grande, sistema Braille o audio.

Servicios Cubiertos a Simple Vista

A continuación, se presenta una lista de los servicios y suministros cubiertos por Molina Healthcare.

Los servicios y suministros se enumeran alfabéticamente (de la A a la Z). Para obtener información más detallada sobre los servicios cubiertos, consulte la Lista de Servicios Cubiertos en las siguientes páginas.

Símbolos

Puede utilizar estos símbolos para saber si un servicio puede necesitar autorización previa o si puede haber limitaciones para el servicio.

* - Puede que se requiera autorización previa (Prior Authorization, PA).

¥ - el servicio puede estar limitado a una determinada cantidad de consultas o a ciertos miembros.

- Acupuntura: para tratar ciertas afecciones.* ¥
- Servicios de alergias.*
- Servicios de ambulancia y furgoneta para silla de ruedas.*
- Servicios para los Trastorno del Espectro Autista.*
- Servicios de salud conductual (incluido el tratamiento para los trastornos de salud mental o por abuso de sustancias).*
- Servicios de enfermeras parteras certificadas.
- Servicios de personal de enfermería especializado certificado.
- Servicios de quimioterapia.*
- Servicios quiroprácticos (espalda).* ¥
- Servicios dentales.*
- Servicios de terapia para el desarrollo de niños de hasta seis años.* ¥

MolinaHealthcare.com

- Servicios de diagnóstico (radiografías y análisis de laboratorio).*
- Servicios de doulas.
- Equipo médico de uso prolongado (Durable Medical Equipment, DME).*
- Servicios de emergencia.
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Centros de Salud Calificados a Nivel Federal y Clínicas de Salud Rurales.
- Servicios de un centro de maternidad independiente en un centro de maternidad independiente.
- Servicios ginecológicos (OB/GYN).*
- Servicios médicos domiciliarios.*
- Cuidado paliativo (cuidado de personas enfermas en fase terminal, p. ej., pacientes con cáncer).*
- Servicios de hospitalización.*
- Servicios de terapia de nutrición médica (Medical Nutrition Therapy, MNT).*
- Servicios de centros de enfermería.*
- Atención de maternidad: prenatal y posparto, incluidos los servicios de embarazo de riesgo.
- Servicios del programa OhioRISE.¥
- Servicios hospitalarios ambulatorios.*
- Servicios farmacéuticos/medicamentos administrados por el proveedor (todos los demás servicios de farmacia están cubiertos por el Administrador de Beneficios de Farmacia Única (SPBM) contratado por el ODM).
- Terapia física y ocupacional.¥
- Examen físico necesario para el empleo o para la participación en programas de capacitación laboral, si el examen no se proporciona de forma gratuita por otra fuente.
- Servicios de médico.*
- Servicios de podología (pies).*
- Mamografías (mamas) preventivas y examen preventivo del cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicoláu).
- Servicios de un proveedor de atención primaria.
- Servicios de diálisis renal (nefropatía).
- Servicios de enfermería privada.*
- Servicios de relevo.* ¥
- Examen preventivo y asesoramiento para la obesidad.¥
- Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V).* ¥
- Vacunas (inmunizaciones).
- Servicios de especialistas.*
- Servicios del habla y la audición, incluidos audífonos.* ¥
- Servicios de telesalud.¥
- Servicios para dejar de fumar, incluido el asesoramiento para dejar de fumar y los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para dejar de fumar.
- Transporte.
- Servicios para la vista (ópticos), incluidos anteojos.
- Exámenes preventivos para niños (HealthChek) menores de 21 años.
- Exámenes preventivos para adultos cada año.

Lista de Servicios Cubiertos

A continuación, se presenta una lista completa de los servicios y suministros cubiertos por Molina Healthcare.

Servicios Cubiertos	
Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Acupuntura: para tratar ciertas afecciones	La cobertura para la acupuntura se limita al tratamiento de las siguientes afecciones: • Dolor lumbar. • Migrañas o dolores de cabeza. • Dolor cervical (cuello). • Osteoartritis de cadera. • Osteoartritis de rodilla. • Náuseas o vómitos relacionados con el embarazo o la quimioterapia. • Dolor agudo después de una cirugía. No se requiere una PA para las primeras 30 consultas en un año calendario. Se requiere una PA para 31 o más consultas en un año calendario.
Servicios de alergias	Es posible que se requiera una PA para algunos servicios de alergias.
Transporte en ambulancia y furgoneta para silla de ruedas	No se requiere PA para el transporte de emergencia. Es posible que se requiera PA para algunos transportes que no sean de emergencia.
Servicios del Trastorno del Espectro Autista	Es posible que se requiera una PA para los servicios solicitados que superen los límites establecidos por el plan estatal de Medicaid. Los servicios se encuentran cubiertos según lo establecido por el Título 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.), sección 1396d(a), y el Código Revisado de Ohio (Ohio Revised Code, ORC), sección 1751.84, para miembros con diagnóstico primario de Trastorno del Espectro Autista.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios de salud conductual (incluido el tratamiento para los trastornos por abuso de sustancias o de salud mental) • Evaluación • Intervención de crisis. • Asesoramiento y psicoterapia. • Administración de medicamentos psiquiátricos. • Tratamiento con asistencia de medicamentos para la adicción. • Administración de metadona. • Servicios de salud conductual en el Departamento de Emergencias. • Evaluación de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS). • Servicios de respuesta móvil y estabilización (Mobile Response Stabilization Services, MRSS). OhioRISE es un programa especializado de atención médica administrada para jóvenes que tienen necesidades complejas de salud conductual. Consulte más información en la sección “Servicios del programa OhioRISE” en esta tabla.	No se requiere PA para empezar a recibir servicios con un proveedor de la red. Se requiere PA para servicios intensivos como hospitalización parcial o tratamiento residencial para los trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con su proveedor o con Molina Healthcare para obtener más información. Puede llamar a la Línea de Crisis de Salud Conductual las 24 horas si necesita ayuda de inmediato o si no sabe lo que debe hacer ante un problema de salud mental. Llame al (888) 275-8750 (TTY 711) en cualquier momento.
Servicios de enfermeras parteras certificadas	No se requiere PA.
Servicios de personal de enfermería especializado certificado	No se requiere PA.
Servicios de quimioterapia	Se requiere PA.
Servicios quiroprácticos (espalda) • Radiografías de diagnóstico. • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. • Consultas médicas.	Para miembros de 20 años o menos, no se requiere una PA para las primeras 30 consultas en un año calendario. Después de 30 consultas, se requiere PA. Para miembros a partir de los 21 años, no se requiere una PA para las primeras 15 consultas en un año calendario. Después de 15 consultas, se requiere PA. Se cubren las consultas médicas cuando las realiza un quiropráctico. Molina cubre cuatro consultas médicas por año calendario. Tenga en cuenta que el límite de cuatro consultas médicas se cuenta por separado de los límites enumerados anteriormente para los ajustes de la columna vertebral.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios dentales • Limpieza y examen rutinarios una vez cada 6 meses para todas las edades. • Servicios dentales adicionales, incluidos empastes, coronas, cirugía bucal, radiografías y endodoncia. • Extracción de las muelas del juicio retenidas y reimplantación dental de emergencia para adultos. • Dentaduras postizas, placas parciales y aparatos de ortodoncia.	No se requiere PA para los servicios de rutina. Se requiere PA para los servicios dentales que no sean atención médica rutinaria. Para los miembros con enfermedad periodontal que ya han recibido servicios de raspado y alisado radicular: Es posible que sea elegible para recibir servicios periodontales adicionales. Puede recibir hasta 2 servicios de mantenimiento periodontal por 12 meses. Puede recibir estos servicios hasta 24 meses después de haber recibido los servicios iniciales de limpieza periodontal y alisado radicular. Las miembros embarazadas son elegibles para una limpieza adicional hasta 3 meses después de su fecha de parto. Esto significa que son elegibles para realizarse un total de 3 limpiezas en un plazo de 365 días desde el comienzo de su embarazo.
Servicios de terapia para el desarrollo de niños de hasta seis años	En un entorno ambulatorio, obtiene 30 consultas en cada periodo de 12 meses sin necesidad de una PA. Se requiere una PA después de 30 consultas en un periodo de 12 meses.
Servicios de diagnóstico (radiografías y análisis de laboratorio)	Se requiere PA para los servicios de diagnóstico seleccionados (incluidas tomografía computarizada [Computed Tomography, CT], resonancia magnética [Magnetic Resonance Imaging, MRI], angiografía por resonancia magnética [Magnetic Resonance Angiogram, MRA], tomografía por emisión de positrones [Positron Emission Tomography, PET] y tomografía computarizada por emisión de fotón único [Single-Photon Emission Computed Tomography, SPECT]). No se requiere PA para las ecografías.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios de doulas	No se requiere autorización previa (PA). Durante las visitas de embarazo y posparto, máximo de 12 horas. Durante el trabajo de parto y el parto, máximo de 1 hora. Es posible que se necesite autorización previa (PA) por más tiempo.
Equipo médico de uso prolongado (DME) El equipo que necesita para ciertas afecciones médicas está cubierto e incluye artículos como los siguientes: • Extractor de leche. • Bolsas de almacenamiento para leche materna. • Equipo para medir la presión arterial. • Sillas de ruedas. • Equipo de suministro de oxígeno. • Bastones, muletas y andadores.	Se requiere PA para algunos elementos de DME. El plan cubre 1 extractor de leche manual cada 2 años. El plan cubre 1 extractor de leche eléctrico cada 2 años. No se requiere una PA para las bolsas de almacenamiento para leche.
Servicios de emergencia Una emergencia es un problema médico que usted considera que es tan grave que debe ser tratado de inmediato por un doctor. Los servicios de emergencia siempre están cubiertos.	No se requiere PA.
Servicios y suministros de planificación familiar • Examen y tratamiento médico. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico. • Métodos de planificación familiar (DIU, inyecciones, implantes). • Suministros (preservativos, esponjas, láminas, diafragma y capuchón). • Tratamiento para infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, STI).	No se requiere PA.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Centros de Salud Calificados a Nivel Federal y Clínicas de Salud Rurales • Consultas médicas de atención médica primaria y servicios de especialistas. • Servicios de fisioterapia. • Servicios de patologías del habla y audiolología. • Servicios dentales. • Servicios de podología. • Servicios para la vista. • Servicios quiroprácticos. • Servicios de transporte. • Servicios de salud mental.	No se requiere PA.
Servicios de un centro de maternidad independiente en un centro de maternidad independiente Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si hay algún centro aprobado en su área.	No se requiere PA.
Servicios ginecológicos (obstetra ginecólogo) • Exploración pélvica y prueba de Papanicoláu.	No se requiere una PA para los servicios médicos preventivos. Es posible que se requiera una PA para otros servicios.
Servicios médicos domiciliarios • Auxiliar de atención médica domiciliaria y/o servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Enfermería de servicio privado. • Terapia de infusiones en el hogar. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	Se requiere PA después de la consulta inicial más las primeras seis consultas.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Cuidado paliativo (cuidado de personas enfermas en fase terminal, p. ej., pacientes con cáncer) Mientras recibe cuidados paliativos, Molina Healthcare también cubrirá lo siguiente: • Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas. • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo. • Atención a domicilio. • Cuidado en un centro de enfermería.	Es posible que se requiera PA para algunos servicios de cuidado paliativo.
Servicios hospitalarios para pacientes internados • Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Atención de enfermería general y especializada. • Costos de las unidades de cuidado especializado, como la unidad de cuidados intensivos. • Fármacos y medicamentos recetados de acuerdo con nuestra Lista de Medicamentos Preferidos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios, incluida la anestesia. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios de quirófano y sala de recuperación. • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias.	Se requiere PA para los servicios hospitalarios para pacientes internados (excepto ingresos de emergencia) y los ingresos optativos, incluidos los servicios de parto y todas las cirugías para pacientes internados. Se exige notificar a Molina Healthcare dentro de las 24 horas posteriores al ingreso o al siguiente día hábil en los casos de ingresos de emergencia.
Servicios de terapia de nutrición médica (MNT)	Se requiere PA para algunos suministros médicos. Se requiere una PA en un entorno de atención médica domiciliaria.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios en centros de enfermería • Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que recibe como parte de su plan de la atención • Suministros médicos y quirúrgicos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías. • Equipos, como sillas de ruedas. Las estadías en centros de enfermería están cubiertas, a menos que el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) determine que usted regresará al plan de pago por cada servicio. Si necesita servicios de enfermería, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros a fin de obtener información sobre los proveedores disponibles.	Se requiere PA para los servicios de centros de enfermería.
Atención de maternidad: servicios prenatales y de posparto, incluidos los servicios de embarazo de riesgo • Cuidado prenatal. • Atención de posparto. • Manejo de cuidados del embarazo de riesgo.	No se requiere PA.
Servicios del programa OhioRISE. • Coordinación de Cuidados. • Servicios de respuesta móvil y estabilización (MRSS). • Tratamiento Intensivo Basado en el Hogar (Intensive Home-Based Treatment, IHBT). • Relevo para servicios de salud conductual. • Centro residencial para tratamiento psiquiátrico (Psychiatric Residential Treatment Facilities, PRTF) (disponible en enero del 2023).	Un miembro puede ser elegible para los servicios de OhioRISE si cumple con los siguientes requisitos: • Ser menor de 21 años. • Cumplir con un umbral de necesidades funcionales para la atención de la salud conductual, según lo identificado por la herramienta de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (CANS).

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. • Servicios en un Departamento de Emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios. • Cirugía ambulatoria. • Quimioterapia. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico. • Atención médica de la salud mental. • Radiografías. • Suministros médicos, como férulas y yesos.	Se requiere PA para algunos servicios ambulatorios.
Servicios farmacéuticos/medicamentos administrados por el proveedor (todos los demás servicios de farmacia están cubiertos por el Administrador de Beneficios de Farmacia Única (SPBM) contratado por el ODM)	No se requiere PA.
Fisioterapia y terapia ocupacional	En un entorno ambulatorio, obtiene 60 consultas en cada periodo de 12 meses para cualquier servicio de fisioterapia y terapia ocupacional sin una PA.
Examen físico necesario para el empleo o para la participación en programas de capacitación laboral, si el examen no se proporciona gratuitamente por otra medio.	No se requiere PA.
Servicios del médico	Las consultas de atención médica preventiva y de rutina no requieren una PA si se atenderá con un médico de atención primaria de la red. Es posible que se requiera una PA para algunos servicios.
Servicios de podología (pies) • Diagnóstico de lesiones y enfermedades del pie. • Tratamiento quirúrgico. • Cuidado de rutina de los pies.	Se requiere PA para algunos servicios de podología.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Mamografías (mamas) preventivas y examen preventivo del cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicoláu)	No se requiere PA.
Servicios del proveedor de cuidados primarios Su PCP le proporcionará todos los servicios de atención médica rutinaria, como los siguientes: • Exámenes de bienestar cada año. • HealthChek. • Exámenes preventivos. • Inmunizaciones. • Catarro/gripe. • Dolor de garganta. • Dolor de oídos. • Erupciones cutáneas. • Dolor articular. • Pruebas de embarazo.	No se requiere PA.
Servicios de enfermería privada	Se requiere autorización previa (PA).
Servicios de diálisis renal (enfermedad renal) • Tratamiento de diálisis para pacientes hospitalizados y ambulatorios. • Suministros para diálisis en el hogar.	No se requiere PA.
Los servicios de relevo están cubiertos para los miembros de 20 años o menos que cumplan con los siguientes requisitos: • Tienen necesidades importantes de cuidados prolongados. • Tienen necesidades importantes de salud conductual.	Se requiere PA para los servicios de relevo. El plan cubre hasta 100 horas de servicios de relevo por año, por miembro.
Detección y asesoramiento para la obesidad	No se requiere PA. Se requiere la remisión de un proveedor para el examen de detección y el asesoramiento para la obesidad.
Servicios para niños con discapacidades médicas (Título V)	Se requiere PA para algunos servicios.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Vacunas (inmunizaciones) • Vacunas para niños de 20 años y menos. • Vacunas contra la gripe. • Vacuna contra la hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19.	No se requiere PA.
Servicios de especialistas Consultas, diagnósticos y tratamientos con un proveedor especialista	No se requiere PA para las visitas al consultorio a fin de ver a un especialista. Se requiere PA para algunos servicios de especialistas.
Servicios del habla y la audición, incluidos los aparatos auditivos • Pruebas de audición y del equilibrio. • Audífonos, baterías y accesorios. • Terapia del habla.	En un entorno ambulatorio y domiciliario, obtiene 30 consultas en cada período de 12 meses para cualquier combinación de servicios de terapia del habla y audiológica sin necesidad de una PA. Se requiere una PA después de 30 consultas en un periodo de 12 meses. Es posible que se requiera PA para algunos aparatos auditivos.
Servicios de telemedicina Consultas virtuales con proveedores de salud a través de su teléfono inteligente, tableta o computadora.	Consulte con su proveedor de atención médica para averiguar si ofrece servicios de telemedicina. Los miembros adultos de Molina Healthcare pueden obtener atención virtual de Teladoc. No se necesita programar una cita para obtener una consulta virtual con un doctor a través de Teladoc.
Servicios para dejar de fumar, incluido el asesoramiento para dejar de fumar y los medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar. Llame a la Ohio Tobacco Quit Line (Línea para Dejar de Fumar de Ohio) al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) y hable con un especialista en ingresos para ayudarlo(a) a dejar de fumar.	No se requiere PA.

Servicios cubiertos por nuestro plan	Limitaciones y excepciones
Transporte Viajes de ida y vuelta para ir a los lugares en los que se prestan los servicios cubiertos sin costo. El servicio incluye lo siguiente: • Si usted debe viajar más de 30 millas para consultar un proveedor de la red. • Beneficio adicional de 30 viajes de ida cada año natural para las citas con el doctor, el dentista, el programa WIC y las consultas de renovación de Medicaid. Llame al (866) 642-9279, al menos, 2 días laborables antes de su cita para programar un viaje.	No se requiere PA.
Servicios para la vista (ópticos), incluidos los anteojos. • Un examen de la vista cada 12 meses. • Reemplazo de monturas y lentes cada 12 meses debido al desgaste normal o cuando sea médicamente necesario. • Amplia selección de monturas para elegir, disponibles sin costo.	No se requiere PA. Los lentes de contacto están cubiertos, según sea necesario, si son médicamente necesarios. IMPORTANTE: Si elige recibir servicios de cuidado para la vista o materiales de cuidado para la vista que no son beneficios cubiertos por este plan, el proveedor participante de cuidados de la vista puede cobrar su tarifa normal por tales servicios o materiales. Antes de suministrarle los servicios de cuidado para la vista o los materiales de cuidado de la vista que no son beneficios cubiertos, el proveedor de cuidados de la vista le proporcionará el costo estimado por cada servicio o material, si lo solicita.
Exámenes preventivos para niños (HealthChek) para menores de 21 años Chequeos, vacunas y otros servicios de salud.	No se requiere PA.
Exámenes preventivos para adultos cada año	No se requiere PA.

Medicamentos Recetados

Los miembros de Molina Healthcare utilizarán Gainwell para procesar los reclamos por recetas médicas, y deberán consultar el Manual del Miembro de Gainwell para obtener ayuda. El Manual del Miembro de Gainwell se encuentra en el Apéndice A de su Manual del Miembro de Molina. También puede ver el Manual del Miembro en línea en MolinaHealthcare.com/OHMedicaidHandbook.

Para comunicarse con Gainwell y obtener más información sobre sus beneficios de farmacia, llame al (833) 491-0344. El número de teléfono de Beneficio de Farmacia también se encuentra en su tarjeta de identificación del miembro de Molina.

Para encontrar una farmacia cerca de usted, visite spbm.medicaid.ohio.gov.

Sus Beneficios Adicionales

Molina Healthcare también ofrece servicios y/o beneficios adicionales a sus miembros. En el folleto Sus Beneficios Adicionales, se explican estos servicios adicionales. Puede consultar el folleto Sus Beneficios Adicionales en línea en MolinaHealthcare.com/OHMedicaidHandbook.

Molina Healthcare ofrece programas de recompensas como Molina Rewards 4 Health, en el cual se recompensa a los miembros por realizar ciertas consultas de salud a tiempo o por cumplir sus metas de salud.

Visite MolinaHealthcare.com/OHMedicaidMember para obtener más información.