

Beneficios

DESCRIPCIONES DE LOS BENEFICIOS

Beneficios cubiertos

Como Paciente, usted tiene el derecho de recibir los Beneficios cubiertos del programa sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones descritos en esta Guía de servicios a los pacientes.

Los Beneficios cubiertos del programa se describen en las secciones siguientes y deberán:

1. Ser Necesarios desde el punto de vista médico.
2. Estar descritos específicamente en este Manual del paciente.
3. Ser brindados por Proveedores del Plan.
4. Estar recetados por un Médico del Plan (a excepción de los Servicios de emergencia) y cuando sea necesario, Autorizados previamente por su PCP; o
5. Ser parte de un plan de tratamiento para servicios cubiertos o requeridos para tratar afecciones que sean complicaciones directas y previsibles o consecuencia de los Beneficios cubiertos.

Podrá encontrar un listado completo de las exclusiones y limitaciones del Programa en la sección llamada “Servicios no cubiertos”. Consulte dicha sección para conocer en su totalidad los Beneficios cubiertos de este plan.

Abuso de drogas y alcohol

Paciente internado: Los Beneficios cubiertos se limitan a la internación de Emergencia según sea Necesario desde el punto de vista médico para eliminar las sustancias tóxicas del cuerpo.

Paciente en consulta externa: Tienen cobertura las intervenciones por crisis y el tratamiento para el alcoholismo o abuso de drogas, según sea Necesario desde el punto de vista médico, por un máximo de hasta 20 visitas por Año de beneficios.

Sangre y hemoderivados

Los costos del procesamiento, almacenamiento y administración de la sangre y hemoderivados, incluso el trasplante de sangre propia, están cubiertos cuando son Necesarios desde el punto de vista médico. La sangre y los hemoderivados están cubiertos según lo ordenado por el Médico del Plan para el paciente internado o en consulta externa.

Anteojos y lentes para cataratas

Tienen cobertura los anteojos para cataratas, los lentes de contacto para cataratas o lentes intraoculares que reemplazan el lente natural del ojo después de una cirugía de cataratas. Además, se cubrirán un par de anteojos o lentes de contacto convencionales si fueran Necesarios desde el punto de vista médico después de la cirugía de cataratas con inserción de un lente intraocular.

Ensayos clínicos de tratamientos contra el cáncer

Están cubiertos los servicios de atención médica de rutina asociados con la participación de una Paciente en un ensayo clínico contra el cáncer para el cual cumpla con los requisitos.

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Los servicios de atención médica que se brindan generalmente en ausencia de un ensayo clínico.
- Los servicios de atención médica que se requieren únicamente para la administración y control clínico adecuado de la medicina, el artículo, dispositivo o servicio en investigación.
- Los servicios de atención médica provistos para la prevención de las complicaciones que surgen de la administración de la medicina, el artículo, dispositivo o servicio en investigación.
- La atención razonable y necesaria que surge de la administración de la medicina, el artículo, dispositivo o servicio en investigación.

Para cumplir con los requisitos para la cobertura, la Paciente deberá cumplir los requisitos siguientes:

- Tener un diagnóstico de cáncer.
- La Paciente deberá ser aceptada en un ensayo clínico contra el cáncer de Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV.
- El Médico del Plan de la Paciente deberá recomendar la participación en el ensayo clínico porque considera que dicha participación producirá un beneficio potencial significativo para la Paciente.

El ensayo clínico contra el cáncer deberá cumplir los siguientes requisitos:

- Los criterios de valoración del ensayo no deberán estar definidos

exclusivamente para probar la toxicidad.

- El ensayo deberá tener una finalidad terapéutica.
- El tratamiento proporcionado en el ensayo clínico deberá: 1) Estar aprobado por alguno de los Institutos nacionales de salud, la Administración federal de drogas y alimentos, el Departamento de defensa de los Estados Unidos o el Departamento de asuntos de los veteranos, o 2) deberá incluir un fármaco que esté exento de una solicitud de fármaco nuevo según las normas federales.

Tenga en cuenta que si el ensayo clínico es llevado a cabo por un médico que no participa en la red de proveedores del Plan, es posible que la Paciente deba pagar los servicios cuyos valores de facturación superen los aranceles contratados normalmente por el Plan.

Tratamiento para la diabetes

Están cubiertos los suministros, el equipo y los servicios para el tratamiento y/o el control de la diabetes (aún cuando se encuentren disponibles sin receta), por ejemplo:

1. Monitores para medir la glucosa de la sangre y tiras de prueba.
2. Monitores para medir la glucosa de la sangre diseñados para las personas con impedimentos de la vista.
3. Bombas de insulina y todos los artículos afines necesarios.
4. Tiras de prueba para medir el nivel de cetonas en la orina.

Beneficios

5. Lancetas y dispositivos de punción para las lancetas.
6. Sistemas tipo pluma para inyectar insulina.
7. Aparatos podiátricos para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes.
8. Jeringas para insulina.
9. Aparatos para la vista (excluidos los anteojos), para ayudar a las personas con impedimentos de la vista a administrar la dosis adecuada de insulina.
10. Capacitación, educación y terapia nutricional médica para el autocontrol de la diabetes.
11. Exámenes de laboratorio apropiados para el control de la diabetes.
12. Exámenes de la retina con la pupila dilatada (exámenes de ojos).
13. Insulina, glucagón y otras medicinas recetadas para el tratamiento de la diabetes.

Servicios de laboratorio y radiografías de diagnóstico

- Electrocardiografía.
- Electroencefalografía.
- Mamografías con fines de detección o diagnóstico.
- Exámenes de laboratorio adecuados para el control de la diabetes, que incluyen, como mínimo: colesterol, triglicéridos, microalbuminuria, colesterol HDL/LDL y hemoglobina A-1C (glicohemoglobina).

- Otros servicios (incluso la atención de seguimiento) necesarios para evaluar, diagnosticar y tratar apropiadamente la lesión o enfermedad de una Paciente.

Suministros médicos descartables

Los suministros médicos descartables son aquellos que, por su naturaleza, se consumen o gastan y no pueden usarse repetidamente o por más de una persona, por ejemplo las vendas, calzas y prendas de compresión, vendas elásticas y apósitos para la incontinencia. Los suministros médicos descartables están cubiertos solamente cuando son provistos en un hospital o en el consultorio de un médico o por un profesional de atención médica a domicilio.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)

El Equipo médico duradero se encuentra cubierto. Molina Healthcare se reserva el derecho de determinar si el DME será comprado o alquilado. El DME es un accesorio físico diseñado para cumplir un propósito médico de repetición y adecuado para el uso en el hogar de la Paciente. No se considerará como Necesario desde el punto de vista médico todo aquel DME cuya finalidad principal sea la conveniencia de la Paciente o su cuidador.

El DME está limitado al equipo y los dispositivos que:

1. están diseñados para un uso repetitivo durante un período prolongado;
2. no se consideran descartables, a excepción de las bolsas de ostomía;

3. son ordenados por un proveedor de atención médica con licencia que actúa dentro del alcance de su licencia;
4. tienen la finalidad de ser usados exclusivamente por la Paciente;
5. no duplican la función de otro equipo o dispositivo ya cubierto para la Paciente;
6. en general no son útiles para una persona que no tiene una enfermedad o lesión;
7. su objetivo principal es una finalidad médica; y
8. es apropiado para el uso en el hogar.

El reemplazo o la reparación de un DME Necesario desde el punto de vista médico tiene cobertura cuando fue recetado por un Médico del Plan u ordenado por un Proveedor de atención médica con licencia que actúa dentro del alcance de su licencia y cuando el DME no haya sido dañado por el mal uso o se haya perdido.

Servicios de emergencia

Están cubiertos los servicios de la sala de emergencias brindados dentro o fuera del Área de servicios, que son Necesarios desde el punto de vista médico para el tratamiento de una Afección médica de emergencia.

Planificación familiar

Los beneficios del programa incluyen:

1. Consejo.
2. Procedimientos quirúrgicos para esterilización según lo permitido por las leyes estatales y federales.
3. Diafragma y cobertura para otros dispositivos aprobados por la Administración de drogas y alimentos.

4. Anticonceptivos de emergencia cuando son dispensados por una Farmacia del plan o por un proveedor no perteneciente al Plan en el caso de una emergencia médica.
5. Servicios de interrupción del embarazo (aborto).

Interrupción del embarazo

El aborto es legal en California. Molina Healthcare cubre la totalidad de los gastos del aborto. Usted no necesita "Autorización" o aprobación previa. La mayoría de los abortos se realizan en unas pocas horas y usted no necesitará permanecer en el hospital. Si usted tiene que permanecer en el hospital necesitará una aprobación (autorización previa). Esta aprobación no es para el aborto. La aprobación es simplemente para la internación en el hospital. Los servicios de aborto incluyen el uso del fármaco mifepristona (Mifepres), comúnmente conocido como RU-486.

Para obtener información sobre los Servicios de planificación familiar disponibles en su área, y que no pertenecen a Molina Healthcare, llame al Departamento de servicios de atención médica del estado, Oficina de planificación familiar al 1 (800) 942-1054 para obtener ayuda.

Servicios de educación para la salud

Servicios de educación para la salud efectivos, que incluyen la información relacionada con el comportamiento relacionado con la salud personal y la atención médica y las recomendaciones para el uso óptimo de los servicios de atención médica brindados por el Plan u organizaciones de atención médica afiliadas al Plan. Los servicios de educación

Beneficios

para la salud incluyen aquellos servicios relacionados con el uso del tabaco y el abuso del alcohol y drogas.

Los servicios de educación sobre la salud relacionados con el tabaco se refieren los servicios de la educación que incluyen a los servicios para cesar el uso del tabaco según los protocolos establecidos por la junta en coordinación con la Sección de control del tabaco del Departamento de servicios de atención médica del estado.

Llame al Member Services Department (Departamento de servicios a los pacientes) de Molina Healthcare para más información sobre las descripciones de las clases, fechas, horarios y sedes.

Centros de salud

A. Servicios de internación

- Servicios hospitalarios generales.
- Habitaciones semi privadas con el mobiliario y equipo habitual.
- Habitaciones privadas (cuando son Autorizadas como Necesarias desde el punto de vista médico).
- Comidas (que incluyen las dietas especiales cuando son Autorizadas como Necesarias desde el punto de vista médico).
- Uso de los quirófanos e instalaciones afines.
- Atención general de enfermería.
- Servicios auxiliares.
- Unidad de cuidados intensivos y servicios afines.
- Fármacos, medicinas y productos biológicos.

- Anestesia y oxígeno.
- Servicios de diagnóstico de radiografías y laboratorio.
- Enfermeros particulares (cuando son Autorizados como Necesarios desde el punto de vista médico).
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
- Terapia respiratoria.
- Administración de sangre y hemoderivados.
- Otros servicios de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación según sean necesarios.
- Planificación coordinada del alta médica que incluye la planificación de la continuidad de la atención, según sea necesario.

B. Servicios hospitalarios para pacientes en consulta externa

- Servicios de diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
- Servicios y suministros afines relacionados con estos servicios.
- Quirófano y sala de tratamiento.
- Servicios auxiliares.
- Medicinas que el Hospital o Institución del Plan suministran durante la estadía de la Paciente en dicho Hospital o Institución.

Servicios de agencias de atención médica a domicilio

Los servicios de atención médica a domicilio se brindan en el hogar de la Paciente, por parte de un Proveedor del Plan u otro profesional de atención médica Autorizado que opere dentro del alcance de su licencia. Dichos servicios incluyen las visitas realizadas por enfermeros registrados, auxiliares de enfermería con licencia y auxiliares de atención médica a domicilio para fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y respiratoria cuando los solicita un Proveedor del Plan que actúa dentro del alcance de su licencia. Los siguientes servicios de agencias de atención médica a domicilio están cubiertos cuando son Necesarios desde el punto de vista médico y recetados u ordenados por un Médico del Plan. Visitas intermitentes a la Paciente de la duración usual y habitual para brindar los servicios específicos, incluso los servicios de diagnóstico y tratamiento, durante cada visita, para los servicios siguientes:

- Servicios de enfermería especializada por parte de un enfermero registrado, enfermero de salud pública, auxiliar de enfermería con licencia y/o un auxiliar de atención médica a domicilio con licencia;
- Servicio de rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla Necesarios desde el punto de vista médico;
- Los servicios del auxiliar de atención médica a domicilio, que constan principalmente del cuidado del Paciente y que son brindados por personal especialmente capacitado y que desempeñan su función como empleados de una agencia de atención médica en el hogar perteneciente al Plan o que tienen algún convenio con el

Plan. Dichos servicios de los auxiliares de atención médica a domicilio serán brindados solamente cuando el Paciente reciba los servicios especificados anteriormente y únicamente cuando dichos servicios sean ordenados por un médico y supervisados por un enfermero registrado como profesional coordinador empleado por una agencia de atención médica a domicilio perteneciente al Plan;

- Consultas médicas de servicio social brindadas por un trabajador social médico calificado;
- Suministros médicos, medicinas y servicios de laboratorio cuando son brindados por una agencia de atención médica a domicilio en el momento en el que se brindan los servicios;
- Los fármacos y medicinas recetados por un Médico del Plan y servicios farmacéuticos relacionados y los servicios de laboratorio hasta el punto en que tendrían cobertura bajo el Plan y la Paciente estuviera en un hospital;
- Los servicios de atención médica a domicilio se encuentran limitados a los servicios que prescribe u ordena el Médico del Plan u otra autoridad correspondiente designada por el Plan;
- La fisioterapia, terapia ocupacional y del habla están limitadas a los términos y condiciones descritos bajo el beneficio “Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla” descritos en esta sección.

Servicios de hospicio

Los servicios de hospicio están cubiertos para aquellas Pacientes que tengan un diagnóstico de enfermedad terminal y una expectativa de vida de 12 meses o menor y

Beneficios

que elijan la atención de hospicio para la enfermedad en lugar de los servicios reconstituyentes cubiertos por el Plan. Los Beneficios cubiertos están disponibles durante las 24 horas según sea necesario para satisfacer las necesidades de las personas con respecto a la atención médica, que deberá ser la atención razonable y necesaria para la paliación y el manejo de las enfermedades terminales y afecciones relacionadas.

Los beneficios cubiertos incluyen:

1. Atención de enfermería
2. Servicios médicos sociales
3. Servicios auxiliares de atención a domicilio, servicios de enfermería especializada y servicios de ama de casa bajo la supervisión de un enfermero registrado calificado.
4. Servicios de médicos
5. Medicinas
6. Productos farmacéuticos, equipos médicos y suministros
7. Servicios de Consejo y Servicios sociales, que ofrecen servicios sociales médicos de un trabajador social calificado. Consejos sobre la dieta, brindados por un proveedor calificado, que serán provistos cuando sea necesario.
8. Servicios para el duelo.
9. Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla según se describe en esta sección para la atención de corto plazo para pacientes internados, control del dolor y de los síntomas para permitirle a la Paciente mantener las actividades funcionales

básicas y de la vida diaria.

10. Atención de un equipo interdisciplinario con desarrollo y mantenimiento de un plan de atención médica adecuada.
11. Coordinación médica según sea necesaria para satisfacer las necesidades médicas generales de la Paciente hasta el punto que dichas necesidades no sean atendidas por el médico.
12. Servicios de voluntarios.
13. Coordinación para la atención como Paciente internada a corto plazo.

Cobertura especial:

1. Períodos de crisis: Los servicios de atención de enfermería están cubiertos de modo continuo durante las 24 horas en los períodos de crisis según sea necesario para mantener a la Paciente en el hogar. La internación está cubierta cuando el equipo interdisciplinario decide que es necesaria la atención de enfermería especializada como paciente internado a un nivel que no puede proporcionarse en el hogar. Tanto los servicios de ama de casa como los de auxiliar de atención médica a domicilio pueden tener una cobertura continua durante las 24 horas durante los períodos de crisis, pero la atención brindada durante dichos períodos debe ser predominantemente de enfermería. Un período de crisis es aquel en el que la Paciente requiere de atención continua para lograr la paliación o el control de los síntomas médicos agudos.

2. **Atención de descanso:**
La atención de descanso es la atención de internación de corto plazo que se le brinda a la Paciente solamente cuando es necesaria para aliviar a los familiares u otras personas que estén cuidando a la Paciente. La cobertura de la atención de descanso estará limitada a la cobertura ocasional y no superará los cinco días consecutivos por vez.

Atención de la maternidad

Se encuentran cubiertos los servicios profesionales y hospitalarios Necesarios desde el punto de vista médico relacionados con la maternidad, por ejemplo: atención prenatal y postnatal y de las complicaciones del embarazo; exámenes del recién nacido y atención de enfermería mientras la madre se encuentra internada y la participación en el programa de exámenes prenatales a nivel estatal administrado por los Servicios de salud del departamento del estado conocido como el Programa extendido de alfa feto proteína.

La atención de internación estará cubierta durante al menos cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal normal y noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea. La madre, en consulta con el médico, puede decidir que desea recibir el alta antes del período de 48 ó 96 horas. Las estadías que superen el período de 48 ó 96 horas deberán estar Autorizadas por el Plan.

El Plan también cubrirá una visita de seguimiento dentro de las 48 horas de haber recibido el alta médica, cuando sea ordenada por el médico. Esta visita incluirá la educación, ayuda y capacitación para los padres sobre dar de mamar o la

alimentación con biberón y toda evaluación física, neonatal o de la madre que fuera necesaria. El médico, en consulta con la madre, determinará si la visita posterior al alta médica deberá tener el lugar en el hogar, hospital o consultorio del médico después de la evaluación de los riesgos ambientales y sociales y las necesidades de transporte de la familia.

Servicios de transporte médico

Los Beneficios cubiertos del programa incluyen el transporte de emergencia en ambulancia hasta el Hospital del Plan más cercano en relación con los servicios de emergencia. Se incluyen los servicios de ambulancia y de transporte en ambulancia brindados a través del sistema de respuesta de emergencias del “911”. El transporte que no sea de emergencia para la transferencia de un Paciente de un hospital a otro hospital o institución o de una institución a su hogar está cubierto cuando:

1. Sea Necesario desde el punto de vista médico, o
2. Sea solicitado por un Proveedor del Plan, o
3. Sea autorizado con anticipación por el Plan.

Servicios de salud mental

Servicios de salud mental para pacientes internados

Costo para la Paciente: Sin Pago compartido

Descripción

La atención de salud mental en los hospitales participantes cuando es prescrita por un profesional de salud mental participante.

Beneficios

Servicios de salud mental básicos

(brindados por Molina Healthcare o un subcontratista de Molina Healthcare)

Diagnóstico y tratamiento de una afección de salud mental. Servicios para enfermedades que no cumplen con el criterio para Enfermedades mentales graves (SMI) o Trastornos emocionales graves (SED).

Limitaciones

Los servicios básicos de atención de salud mental están limitados a treinta (30) días por año de beneficios. Molina Healthcare puede autorizar la sustitución de los días. Molina Healthcare, con el acuerdo del suscriptor o postulante u otro adulto responsable, si fuera apropiado, puede sustituir cada día de paciente internado por alguno de los siguientes:

- 2 días de tratamiento residencial,
- 3 días de tratamiento de atención diurna, o
- 4 visitas como paciente en consulta externa.

Enfermedades mentales graves (SMI)

Servicios de atención de salud mental como paciente internado para el tratamiento de las Enfermedades mentales graves. Las Enfermedades mentales graves incluyen, entre otras, las siguientes:

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizofrénico afectivo
- Trastorno bipolar (enfermedad maníaco depresiva)
- Trastornos depresivos graves
- Trastorno de pánico
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno generalizado del desarrollo o autismo
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa

Limitaciones

Cantidad ilimitada de días.

Servicios para los Trastornos emocionales graves (SED)

Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos emocionales graves. Servicios de atención de salud mental para pacientes internados para el tratamiento de los Trastornos emocionales graves.

Los Trastornos emocionales graves incluyen, entre otros, los siguientes:

- Problemas graves para comer o dormir
- Lloro o está triste con frecuencia
- Dice cosas que a usted le preocupan
- Se comporta de tal manera que causa serios problemas a la familia y en la escuela
- Problemas continuos o frecuentes con sus amigos
- Se hace daño a sí mismo y a otros a propósito

Limitaciones

Cantidad ilimitada de días.

Servicios de atención de salud mental para pacientes en consulta externa

Costo para la Paciente: Sin Pago compartido
Descripción

Servicios de atención de salud mental cuando son recetados y administrados por un profesional participante del plan de salud mental de Molina Healthcare. Estos servicios requieren autorización previa.

Para el Programa AIM del Condado de San Diego, los servicios de atención de salud conductual se brindan a través de Psychiatric Centers of San Diego (Atención de salud conductual), una organización contratada y delegada de Salud conductual administrada.

Atención de salud conductual

Teléfono: (619) 528-4600

Fax: (619) 528-4625

Horario: 9:00 a.m. a 5:00 p.m. (lunes a viernes)

Servicios básicos de atención de salud mental

- Servicios para enfermedades que no cumplen con el criterio para Enfermedades mentales graves (SMI) o Trastornos emocionales graves (SED).
- Incluyen, pero no se limitan a, el tratamiento para las pacientes que han sufrido una disfunción o trauma familiar, por ejemplo, abuso infantil y abandono, violencia familiar, abuso de sustancias en la familia, divorcio o duelo.
- Participación de los familiares en el tratamiento hasta el punto que el proveedor determine que resulta apropiado para la salud y recuperación de la paciente.

Limitaciones

Los servicios básicos de atención de salud mental como paciente en consulta externa se limitan a veinte (20) visitas por año de beneficios a excepción de que la cantidad de días de tratamiento aumente cuando los días de tratamiento como paciente en consulta externa sean sustituidos por días de internación según se describe en la sección de beneficios de los Servicios de salud mental como paciente internado de esta Evidencia de cobertura (EOC).

Enfermedades mentales graves (SMI)

Servicios de atención de salud mental como paciente en consulta externa para el tratamiento de las Enfermedades mentales graves. Las Enfermedades mentales graves incluyen, entre otras, las siguientes:

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizofrénico afectivo
- Trastorno bipolar (enfermedad maníaco depresiva)
- Trastornos depresivos graves
- Trastorno de pánico
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno generalizado del desarrollo o autismo

- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa

Limitaciones

Cantidad ilimitada de visitas.

Servicios para los Trastornos emocionales graves (SED)

Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos emocionales graves. Servicios de atención de salud mental para pacientes en consulta externa para el tratamiento de los Trastornos emocionales graves. Los Trastornos emocionales graves incluyen, entre otros, los siguientes:

- Problemas graves para comer o dormir
- Lloro o está triste con frecuencia
- Dice cosas que a usted le preocupan
- Se comporta de tal manera que causa serios problemas a la familia y en la escuela
- Problemas continuos o frecuentes con sus amigos
- Se hace daño a sí mismo y a otros a propósito

Limitaciones

Cantidad ilimitada de visitas.

Servicios de nutrición

Están cubiertos los servicios de nutrición para la atención directa de la paciente, que incluye la evaluación nutricional.

Servicios de transporte Médico/ ambulancia paramédica

Se encuentran cubiertos servicios de transporte médico brindados en relación con lo siguiente:

1. Servicios de emergencia.
2. Una transferencia Autorizada por el Plan de una Paciente a un Hospital del Plan o a un centro de enfermería especializada del Plan.

Beneficios

Asma

Los siguientes artículos están cubiertos cuando son Necesarios desde el punto de vista médico para el control y el tratamiento del asma:

1. espaciadores para los inhaladores,
2. nebulizadores, que incluyen las máscaras faciales y los tubos,
3. medidores del pico de flujo respiratorio máximo,
4. educación sobre el asma, que incluye las instrucciones sobre el uso adecuado de estos dispositivos.

Fenilcetonuria

Están cubiertos el diagnóstico y tratamiento de la fenilcetonuria del modo siguiente:

1. Fórmulas Necesarias desde el punto de vista médico y productos alimenticios especiales respetados por un Médico del Plan, hasta el punto en el que el costo de estos artículos exceda el costo de una dieta normal.
2. Consultas con un médico especializado en el tratamiento de las enfermedades metabólicas.

Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla

Están cubiertos los servicios de los terapeutas de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla cuando son Necesarios desde el punto de vista médico. La terapia puede brindarse en un consultorio médico u otro centro adecuado de consulta externa, hospital, centro de enfermería especializada o en el hogar. El Plan requerirá evaluaciones periódicas siempre y cuando se brinde la terapia Necesaria desde el punto de vista médico.

Medicinas con receta

Los siguientes son Beneficios cubiertos:

- Medicinas Necesarias desde el punto de vista médico cuando son recetadas por un Médico del Plan que actúa dentro del alcance de su licencia y que se obtienen por medio de una Farmacia del Plan. Las medicinas con receta para pacientes en consulta externa que no se obtengan en una Farmacia del Plan no estarán cubiertas y usted deberá ser responsable por el pago, excepto en los casos de los Servicios de emergencias o de los Servicios de atención de urgencia.
- Vitaminas prenatales y suplementos de flúor, incluidos con las vitaminas o separados, que requieran una receta.
- Medicinas Necesarias desde el punto de vista médico administradas mientras una Paciente es paciente o residente en una residencia de ancianos, casa de reposo, hospital para convalecientes o alguna institución similar cuando son recetadas por un Médico del Plan en relación con un servicio cubierto y que se obtienen por medio de una Farmacia del Plan.
- Un ciclo o curso de tratamiento de medicinas para dejar el tabaco por Año de beneficios, siempre y cuando la Paciente concurra a las clases o programas para dejar el tabaco en combinación con las medicinas para dejar el tabaco.
- Todos los anticonceptivos orales e inyectables aprobados por la FDA y los dispositivos anticonceptivos que requieren receta médica.
- Dispositivos descartables necesarios para la administración de medicinas cubiertas, como los espaciadores e inhaladores para las medicinas

recetadas en aerosol y las jeringas para las medicinas auto-inyectables para pacientes en consulta externa que no se dispensan en jeringas llenadas previamente. El término “descartable” incluye los dispositivos que pueden usarse más de una vez antes de tener que eliminarlos.

Molina Healthcare usa un Formulario de medicinas. El Formulario de medicinas es una lista de medicinas que se actualiza continuamente y que los Médicos del Plan utilizan cuando se le recetan las medicinas a usted. El Formulario de medicinas mejora la calidad de la atención médica al fomentar el uso de las medicinas con receta cuya seguridad y efectividad ha sido demostrada y que producen resultados superiores en los pacientes. El Comité de farmacia y terapéutica de Molina Healthcare, formado por Proveedores y Farmacéuticos del Plan se reúne cada trimestre para evaluar el Formulario y asegurar que sea lo más útil y efectivo posible. El Comité evalúa las medicinas desarrolladas recientemente, las medicinas más solicitadas no pertenecientes al Formulario y las recomendaciones de los Pacientes, Proveedores y Farmacéuticos del Plan para analizar su posible inclusión en el Formulario. Las medicinas que no se encuentran en el Formulario de medicinas no están cubiertas a menos que el Plan las apruebe. Antes de ir a la farmacia, pídale a su médico que verifique si la medicina recetada se encuentra dentro del Formulario de medicinas.

Las medicinas con receta deberán ser suministradas en su forma genérica cuando haya disponible, siempre que no exista una contraindicación médica. Los Pacientes tendrán acceso a las medicinas de marca cuando sean Necesarias desde el punto de vista médico, con Autorización previa y si el

médico hace una receta que indique “no sustituir” o “suministrar según lo escrito”.

En algunos casos, los médicos pueden recetar medicinas que no se encuentran en el Formulario de medicinas. En estos casos, el médico debe comunicarse con el Plan para solicitar la Autorización. El Plan analiza todas las solicitudes de medicinas no pertenecientes al Formulario dentro de las 24 horas (un día hábil). El plan trabajará con el médico para proporcionar las medicinas no pertenecientes al Formulario cuando sean Necesarias desde el punto de vista médico. Si el Plan deniega la solicitud de su médico de cubrir una medicina no perteneciente al Formulario, usted puede apelar la decisión por medio del Proceso de quejas formales del Plan.

Molina Healthcare ha determinado que ciertas medicinas son “medicinas de mantenimiento” y que se usan generalmente para tratar enfermedades crónicas o de largo plazo. Estas medicinas están designadas específicamente como medicinas de mantenimiento en el Formulario de medicinas. Las medicinas de mantenimiento están disponibles en suministros de hasta 90 días por medio de órdenes por correo o a través de las Farmacias minoristas del Plan.

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a una receta, por ejemplo si las medicinas recetadas pertenecen al Formulario de medicinas, llame a nuestro Departamento de servicios a los pacientes. Recuerde que el Formulario es una herramienta para que su médico determine el curso de tratamiento más apropiado. La presencia de una medicina en el Formulario no garantiza que su médico se la recetará para una afección en particular.

Beneficios

Servicios profesionales

Tienen cobertura los siguientes servicios (brindados por un médico u otro profesional de la salud con licencia):

Están cubiertos los servicios y consultas profesionales brindados por un Médico del Plan u otro proveedor de atención médica con licencia que actúe dentro del alcance de su licencia, por ejemplo:

- Cirugía y asistente para la cirugía
 - Anestesia (como paciente internado y en consulta externa)
 - Visitas como paciente internado en hospital y en centros de enfermería especializada
 - Visitas a consultorios profesionales que incluyen las pruebas y tratamientos para la alergia
 - Radioterapia y quimioterapia
 - Tratamiento de diálisis
 - Visitas de un médico o enfermero al hogar cuando sean Autorizadas como Necesarias desde el punto de vista médico
 - Todos los exámenes de detección del cáncer generalmente aceptados de acuerdo con lo determinado por el United States Preventive Services Task Force (Grupo especial de servicios preventivos de los Estados Unidos), que incluyen los exámenes convencionales de Papanicolaou y en los casos de remisión del PCP de la Paciente, la opción de los exámenes para la detección del cáncer cervical aprobados por la Administración de drogas y alimentos (FDA).
- A. Exámenes de los ojos: Exámenes de refracción de los ojos, para determinar la necesidad de anteojos correctivos y exámenes con dilatación de la retina.
- B. Exámenes auditivos, aparatos auditivos y otros servicios: La evaluación auditiva para medir el grado de pérdida auditiva y una evaluación del aparato auditivo para determinar cuál es la marca y el modelo más apropiados. Aparatos auditivos para uno o ambos oídos, que incluyen los moldes auriculares, el aparato auditivo en sí, la primera batería, los cables y el resto del equipo auxiliar. Visitas para mediciones, asesoramiento, ajustes, reparaciones, etc., sin costo por un año después del suministro de un aparato auditivo cubierto.
- C. Inmunizaciones para adultos: Inmunizaciones para adultos de acuerdo con las recomendaciones del Comité de asesoramiento sobre las prácticas de inmunización (AICP, por sus siglas en inglés). Las inmunizaciones exigidas para los viajes de acuerdo con las recomendaciones del Comité de asesoramiento sobre las prácticas de inmunización (AICP). Inmunizaciones como la vacuna contra la Hepatitis B para las personas con riesgo ocupacional y otras inmunizaciones apropiadas para la edad de acuerdo con las recomendaciones del Comité de asesoramiento sobre las prácticas de inmunización (AICP).
- D. Exámenes de salud periódicos para adultos: Exámenes periódicos de salud incluyendo todos los exámenes de rutina y de diagnóstico, pruebas para detectar el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y los servicios de laboratorio apropiados para dichos exámenes.

Prótesis y ortóticos

Prótesis y ortóticos que incluyen los dispositivos protésicos de reemplazo Necesarios desde el punto de vista médico de acuerdo con lo recetado por un médico con licencia que actúe dentro del alcance de su licencia y los dispositivos ortóticos de reemplazo Necesarios desde el punto de vista médico cuando son recetados por un médico con licencia que actúa dentro del alcance de su licencia. Cobertura para dispositivos protésicos iniciales y de reemplazo y accesorios de instalación para restaurar un método para hablar después de una laringectomía y calzado terapéutico para los diabéticos. También incluye los dispositivos protésicos para restaurar y lograr la simetría después de una mastectomía.

Servicios de cirugía reconstructiva

Los servicios de cirugía plástica y reconstructiva están cubiertos solamente como se describe a continuación:

- Los servicios de cirugía reconstructiva después de una mastectomía o de una disección de ganglios linfáticos. El médico y el cirujano decidirán, en consulta con la paciente, la duración de la estadía en el hospital asociada con una mastectomía o una disección de los ganglios linfáticos de acuerdo con los principios y procesos clínicos coherentes y razonables. No se necesita una aprobación previa por parte del Plan para determinar la duración de la internación después de estos procedimientos. Las Pacientes que deciden que se les realice una reconstrucción de los senos después de una mastectomía tienen cobertura para

todas las complicaciones de la mastectomía y la cirugía reconstructiva, la prótesis para la reconstrucción del seno afectado y cirugía reconstructiva para el otro seno según sea necesaria para producir una apariencia simétrica.

- La cirugía reconstructiva Necesaria desde el punto de vista médico realizada para corregir o reparar las estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades están cubiertas cuando se realizan para mejorar la función o crear una apariencia lo más normal posible o para restaurar y lograr la simetría después de una mastectomía. Los servicios para este propósito incluyen la cirugía reconstructiva y los procedimientos asociados después de una mastectomía y las prótesis para los senos necesarias para la cirugía.

Servicios de centro de enfermería especializada

- Los servicios de centro de enfermería especializada están cubiertos cuando son Necesarios desde el punto de vista médico por hasta un máximo de 100 días por Año de beneficios.
- La atención de enfermería especializada consta de aquellos servicios presentados por un Proveedor del Plan y que se brindan en un centro de enfermería especializada con licencia y calificado cuando es Necesario desde el punto de vista médico. Los Beneficios cubiertos incluyen la enfermería especializada durante las 24 horas, alojamiento y comida, radiografías y procedimientos de laboratorio, terapia respiratoria,

Beneficios

fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, servicios sociales médicos, medicinas y fármacos con receta y los suministros y equipo que normalmente brindan los centros de enfermería especializada.

Trasplantes

Están cubiertos los servicios de trasplante de órganos humanos (que no sean de carácter experimental). Estos servicios incluyen:

- Los trasplantes de órganos y médula ósea Necesarios desde el punto de vista médico que no sean de carácter experimental o de investigación.
- Los gastos profesionales y hospitalarios razonables para el donante vivo si los gastos están relacionados directamente con el trasplante de una Paciente.
- Los cargos por las pruebas de los parientes que son donantes potenciales para determinar la compatibilidad para los trasplantes de médula ósea u órganos.
- Los cargos asociados con la búsqueda y las pruebas de donantes de médula ósea u órganos que no son de la familia por medio de un Registro de donantes reconocido.
- Los cargos asociados con la búsqueda de órganos de donantes de órganos a través de un Banco de donantes para trasplantes reconocido si los gastos se relacionan directamente con el trasplante previsto para la Paciente.

Estos servicios incluyen los servicios profesionales y hospitalarios para un donante vivo designado específicamente para la Paciente receptora si los servicios se encuentran directamente relacionados con el trasplante, que no sea de córnea, y estarán sujetos a las restricciones siguientes:

1. La evaluación prequirúrgica, cirugía y atención de seguimiento serán brindadas por los centros del Plan que cuenten con capacitación, recursos y responsabilidad documentados y un registro de resultados favorables para cumplir con los requisitos como centros para brindar este tipo de atención médica;
2. Los pacientes serán seleccionados por el comité de selección de pacientes de las instituciones del Plan y estarán sujetos a una Autorización previa; y
3. Tendrán cobertura solamente las medicinas para evitar el rechazo, los productos biológicos y los procedimientos que hayan sido determinados como seguros y efectivos y que no sean de carácter experimental o de investigación.

Servicios de atención de urgencia

Los servicios de atención de urgencia son aquellos que se brindan dentro o fuera del área de servicios del Plan, que son Necesarios desde el punto de vista médico dentro de un período breve, generalmente veinticuatro (24) horas, para prevenir el deterioro grave de la salud de la Paciente por causa de una enfermedad, lesión o complicación de una afección existente, que incluye el embarazo, para la cual no puede demorarse el tratamiento. Los servicios urgentes incluyen los servicios de maternidad necesarios para prevenir un deterioro grave de la salud de la persona inscrita o de su feto, de acuerdo con la creencia razonable de que la persona inscrita tiene una afección relacionada con el embarazo para la cual no puede demorarse el tratamiento hasta que regrese al Área de servicios del Plan. Los servicios de atención de urgencia fuera del Área de servicios del