Marketplace de Molina Healthcare of California

2026

Acuerdo y Evidencia de Cobertura Combinada y Formulario de Divulgación

Molina Silver 70 HMO AI-AN

Molina Healthcare of California
200 Oceangate, Suite 100,
Long Beach, CA 90802

MHC01012026 CA26EOCS_S3

MOLINA® HEALTHCARE

GRACIAS POR ELEGIR MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA

Durante más de 40 años, nuestros miembros confiaron en Molina para conectarlos a una atención de calidad. Nuestras herramientas y recursos están diseñados para mantenerlo a usted y a su familia saludable.

Este Acuerdo y Evidencia de Cobertura Combinada de Molina Healthcare of California lo guiará a través de algunas partes importantes de su membresía, incluidas las herramientas y recursos gratuitos disponibles para usted, que incluyen:

- Cómo puede obtener servicios a través de Molina, que incluyen los siguientes:
  - Tipos de atención y cómo encontrarla.
  - Autoservicio para su cuenta.
  - Detalles del Plan
  - Elegibilidad.
- Los términos y condiciones de cobertura según este Acuerdo.
- Sus beneficios y cobertura como miembro de Molina
  - Comprobación del estado de una Autorización Previa
- La manera de comunicarse con Molina

Lea este documento cuidadosamente. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con Servicios para Miembros en MolinaMarketplace.com o al 1 (888) 858-2150.

¡Estamos a su disposición!

Molina Healthcare of California

DÓNDE OBTENER ATENCIÓN Y AYUDA

Servicio	Necesidad	Dónde ir
Sala de emergencia	Debe acudir a la ER si sufre una lesión o enfermedad repentina, como las que se indican a continuación: • Sangrado excesivo. • Quemadura muy grave. • Dificultad para respirar. • Sobredosis de drogas. • Dolor en el pecho • Huesos rotos	Si tiene una emergencia, diríjase a la Sala de emergencias más cercana o llame al 911.
Atención de Urgencia	Los Centros de Atención de Urgencia tratan problemas médicos que no pueden esperar hasta su siguiente consulta con el médico pero no son potencialmente mortales. • Esguince o torcedura de tobillo. • Tos, resfrío o dolor de garganta. • Cortes, golpes y esguinces. • Síntomas de gripe y fiebre. • Atención general de heridas.	Molina cuenta con una red de centros de Atención de Urgencia. Para encontrar el Centro de Atención de Urgencia de la red más cercano, visite MolinaHealthcare.com/ProviderSearch
Cómo obtener atención	• Atención primaria • Atención médica virtual • Cuidado después del horario de atención	• Su Proveedor de Atención Primaria es su principal proveedor de atención médica en situaciones que no sean de emergencia. Su consulta anual siempre está cubierta. Para buscar un proveedor de la red cerca de usted, visite MolinaHealthcare.com/ProviderSearch • Consulte a un médico desde cualquier lugar y en cualquier momento de forma virtual con Teladoc. Las visitas son ilimitadas y están cubiertas por su plan. Visite Teladoc.com/molinamarketplace para inscribirse y programar una cita. • El personal de enfermería altamente capacitado está disponible para ayudarlo las 24 horas del día. Llame a la Línea de Consejos de Enfermería al 1 (888) 275-8750 (inglés) o al 1 (866) 648-3537 (español)
Autoservicio para su cuenta	• Buscar o cambiar de médico • Ver los beneficios y el Manual del Miembro • Ver o imprimir tarjeta de identificación (ID). • Realizar un seguimiento de las reclamaciones • Hacer un pago o registrarse en Autopay.	• Cree una cuenta en MyMolina.com para acceder a su Portal de Miembros. • Descargue la aplicación Molina Mobile para obtener atención médica en cualquier momento. • Ingrese en Molinapayment.com para hacer un pago único.

Detalles del Plan	• Respuestas sobre el Plan, los programas, los servicios o los medicamentos recetados • Ayuda relacionada con la tarjeta de identificación • Acceso a la atención médica • Preguntas sobre pagos	**Centro de Servicios para Miembros de Molina** **1 (888) 858-2150** De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
Elegibilidad e inscripción	• Preguntas de elegibilidad • Agregar un dependiente • Informar cambios de dirección o ingresos	**Visite** CoveredCA.com 1 (800) 300-1506

Servicios de intérprete: Molina ofrece servicios de intérprete para ayudar cualquier Miembro que necesite ayuda lingüística a la hora de comprender y obtener cobertura médica conforme a este Acuerdo. Molina ofrece estos servicios sin costo adicional para el Miembro. Molina ofrece servicios de interpretación oral y servicios de traducción por escrito de cualquier material fundamental para que un Miembro comprenda su cobertura de atención médica. Los miembros sordos o con discapacidad del habla pueden utilizar el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones llamando al 711.

TABLA DE CONTENIDOS

GRACIAS POR ELEGIR MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA 2

DÓNDE OBTENER ATENCIÓN Y AYUDA 3

PLAN DE BENEFICIOS 9

DEFINICIONES 15

INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD 20

Período de Inscripción Abierta 20
Período Especial de Inscripción 21
Dependientes 21
Adición de Nuevos Dependientes 22
Interrupción de la cobertura de dependientes 23
Elegibilidad continua 23

PAGO DE LA PRIMA 24

Crédito Fiscal Anticipado para la Prima (APTC, en inglés) 24
Pagos 24
Pagos de Primas y Costos compartidos por parte de terceros 24
Aviso de pago atrasado 24
Período de gracia 24
Notificación de Terminación por Falta de Pago 25
Reintegración después de la Terminación 25
Reinscripción Después de la Terminación por Falta de Pago 26
Renovación de la cobertura 26

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA 26

Inelegibilidad para la Cobertura Solo para Niños y Dependientes Debido a su Edad 27
El Miembro no reúne los requisitos 27
Falta de Pago de las Primas 27
Fraude o tergiversación intencional 27
Solicitud de cancelación de la inscripción por parte del Miembro 27
Interrupción de un producto en particular 27
Interrupción de toda la Cobertura 27

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA 28

Requisito del Proveedor Participante 28
Tarjeta de Identificación del Miembro 28
Derecho del Miembro a Obtener Servicios de Atención Médica por Fuera de la Póliza 29
Proveedor de Atención Primaria (PCP) 29
Servicios de telesalud 29
Servicios de Atención de Urgencia Fuera del Área 30
Proveedor No Participante en un Centro de Proveedor Participante 30
Proveedor No Participante que Brinda un Servicio Cubierto 30
Continuidad de la Atención 31
Segundas Opiniones 32
Objeciones Morales 33
Acceso a la Atención para Miembros con Discapacidades 33
Acceso a la Atención Médica en tiempo y forma 34

AUTORIZACIÓN PREVIA 35

Revisión de la Utilización 37

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB) 37

COSTOS COMPARTIDOS 43

SERVICIOS CUBIERTOS 44

Beneficios de salud esenciales 45
Servicios de Acupuntura 45
Ensayos clínicos aprobados 45
Cirugía Bariátrica 47
Pruebas de Biomarcadores 47
Tratamiento contra el cáncer: 47
Servicios dentales y de ortodoncia 48
Servicios para la diabetes 48
Servicios de diálisis 49
Equipo médico duradero (DME, en inglés) 49
Servicios de emergencia 49
Emergencias de Salud Conductual 49
Agresión Sexual 50
Servicios de Emergencia cuando el Miembro se encuentra fuera del Área de Servicio 50
Servicios de Emergencia Prestados por un Proveedor No Participante 50
Servicios Posteriores a la Estabilización prestados por un Proveedor No Participante 50
Transferencia a un Hospital Proveedor Participante: 50
Servicios de Emergencia prestados fuera de los Estados Unidos de América 51
Transporte Médico de Emergencia 51
Planificación familiar 52
Servicios de recuperación de las habilidades 52
Atención médica domiciliaria 52
Atención médica para pacientes terminales 53
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados 54
Análisis de laboratorio, servicios de radiología (radiografías) y servicios especializados de exploración 55
Servicios de Salud Mental/Trastorno por Uso de Sustancias (MH/SUD) 55
Servicios de Salud Mental 56
Pruebas de Detección Temprana 56
Trastorno del espectro autista (ASD) 57
Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción 57
Asistencia Comunitaria Ordenada por la Corte, Recuperación y Empoderamiento (CARE, en inglés) 57
Trastorno por Uso de Sustancias (Pacientes Internados y Ambulatorios 57
Transporte Médico Que No Sea de Emergencia 58
PANDAS Y PANS 58
Fenilcetonuria (PKU, en inglés) y otros Defectos Congénitos del Metabolismo 58
Servicios del Médico 58
Embarazo y Maternidad 59
Interrupción del embarazo 59
Servicios Preventivos 60
Dispositivos protésicos y ortóticos, implantados internamente o externos 61
Cirugía reconstructiva 62
Servicios de rehabilitación 62
Atención de Rutina de los Pies 62
Centro de enfermería especializada 62
Cirugía (Pacientes Internados y Ambulatorios) 63
Servicios para el síndrome de articulación temporomandibular (TMJ, en inglés): 63
Servicios de Trasplante 63
Servicios de Atención de Urgencia 64
Servicios para la Vista (Pacientes Adultos y Pediátricos) 64
Servicios para la Vista Especializados 64
Servicios para la Vista Pediátricos 64

MEDICAMENTOS RECETADOS 65

Fármacos, Medicamentos y Equipo Médico Duradero 65

Farmacias 65
Formulario de Molina 65
Solicitudes de Excepción de Formulario 66
Acceso a Medicamentos no Incluidos en el Formulario 66
Medicamentos no cubiertos 66
Cómo Solicitar una Excepción del Formulario 67
Costos Compartidos 68
Costos Compartidos en las Excepciones de Formulario 69
Asistencia con los Costos Compartidos y los Gastos de Bolsillo para Medicamentos 69
Medicamentos, Suplementos y Productos de Venta Libre 69
Equipo médico duradero (DME): 69
Suministros para Diabéticos 70
Medicamentos Recetados para Dejar de Fumar 70
Límite de suministro diario 70
Prorrateo y sincronización 71
Analgésicos con Opioides para el Dolor Crónico 71
Medicamentos contra el Cáncer 71
Tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) 72
Terapéutica para el tratamiento del COVID-19 72
Disponibilidad de Suministro Extendido de Medicamentos del Formulario: 72
Medicamentos para Uso Fuera de lo Indicado 72
Medicamentos no cubiertos 72
Información sobre la Cobertura de Medicamentos Recetados 73

EXCLUSIONES 73

Consulta entre Proveedores 77

RECLAMACIONES 79

Presentar una reclamación 79
Procesamiento de Reclamaciones 79
Pago de Molina 79
Reembolso al miembro 80
Pago de Facturas 80

AVISOS LEGALES 81

Responsabilidad de terceros 81
Indemnización de los Trabajadores 81
Renovación de la cobertura 81
Cambios en las Primas y Costos Compartidos 81
Actos Más Allá del Control de Molina 82
Renuncia 82
No discriminación 82
Acuerdo vinculante para los miembros 82
Asignación 82
Ley vigente 82
Falta de validez 83
Avisos 83
Subrogación para un Acuerdo de Subrogación 83
Programa de Bienestar y otros Beneficios del Programa 84
Materiales de Educación de Salud 84
Programa de Prevención de la Diabetes 85
ARBITRAJE VINCULANTE 85

APELACIONES Y QUEJAS FORMALES 87

Reclamaciones o Quejas Formales 87

Revisión Acelerada 89
Revisión Externa de Excepciones No Incluidas en el Formulario 89
Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care): 89
Revisión Médica Independiente 90
Revisión Médica Independiente para la Denegación de Terapias Experimentales o de Investigación 91
ANEXO DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS 2026 92

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA
PLAN DE BENEFICIOS
Molina Silver 70 HMO AI-AN

LA SIGUIENTE GUÍA ESTÁ DISEÑADA PARA AYUDARLO A COMPARAR LA COBERTURA DE BENEFICIOS Y ES SOLO UN RESUMEN. SE DEBE CONSULTAR EL ACUERDO Y LA EVIDENCIA DE COBERTURA COMBINADA Y EL FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE MOLINA HEALTHCARE PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES.

En general, un Miembro debe recibir los Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante; de lo contrario, los servicios no están cubiertos, el Miembro será 100 % responsable del pago al Proveedor No Participante y el pago no se aplicará al Deducible o Máximo Anual de Gastos de Bolsillo. Sin embargo, el Miembro puede recibir Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante para Servicios de Emergencia y las excepciones descritas en la sección del Acuerdo titulada "Acceso a la Atención Médica".

Los indios americanos tienen un costo compartido de $0 cuando los servicios cubiertos son prestados por un servicio de salud indígena, tribu indígena, organización tribal u organización indígena urbana, o a través de la remisión en virtud de servicios de salud por contrato.

Tipo de Deducible	En los Proveedores Participantes, Usted Paga
Deducible Médico	
Persona	$5,200
Familia Entera de 2 o más	$10,400
Deducible del Medicamento Recetado	
Persona	$50
Familia Entera de 2 o más	$100
Deducible Dental Pediátrico	$0

Máximo Anual de Gastos de Bolsillo[1]	Usted Paga
Persona	$9,800
Familia Entera de 2 o más	$19,600

[1] Los Servicios de Emergencia Médicamente Necesarios y los Servicios de Atención de Urgencia proporcionados por un Proveedor No Participante se aplicarán a su Máximo Anual de Gastos de Bolsillo.

Sala de Emergencias y Servicios de Atención de Urgencia	Usted Paga	
Sala de Emergencias[2]	$400	de copago por consulta, exento en caso de admisión hospitalaria.
Médico de Emergencia [2]	Sin Cargo	
Atención de Urgencia	$50	Copago por consulta

[2] No se aplica el costo combinado del centro y el médico en la sala de emergencias si es admitido directamente en el hospital para servicios de pacientes internados (consulte los Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados para saber los Costos Compartidos aplicables).

Servicios Profesionales para Pacientes Ambulatorios[3]	En los Proveedores Participantes, Usted Paga	
Visitas al Consultorio[4]		
Atención Médica Preventiva (incluye prenatal, preconcepcional y primer examen postparto)	Sin Cargo	
Atención primaria	$50	Copago por consulta
Otros Cuidados Médicos	$50	Copago por consulta
Atención Médica Especializada	$90	Copago por consulta
Servicios de Recuperación de las Habilidades	$50	Copago
Servicios de Rehabilitación	$50	Copago
Servicios de Salud Mental/Conductual y Trastornos por Abuso de Sustancias		
Visitas al Consultorio	$50	Copago por consulta
Otros Artículos y Servicios	$50	Copago por consulta
Planificación Familiar	Sin Cargo	
Servicios Dentales Pediátricos (solo para Miembros menores de 19 años)		
Examen Bucal, Limpieza Preventiva, Radiografías, Selladores, Mantenedores de Espacio de Aplicaciones de Fluoruro: Fijo	Para obtener una lista completa de Costos Compartidos, consulte el Anexo sobre Odontología Pediátrica que se encuentra adjunto en el Acuerdo.	
Ortodoncia: Médicamente Necesaria		
Servicios para la Vista Pediátricos (solo para Miembros menores de 19 años)		
Examen Integral de la Vista (Examen limitado a uno por año calendario).	Sin Cargo	
Anteojos con Receta Médica *Monturas* • Limitado a un par de monturas cada año natural. • Limitado a una selección de monturas cubiertas. *Lentes* • Limitado a un par de monturas por año natural. • Monofocal, línea bifocal, línea trifocal, cristales lenticulares, cristales de policarbonato. • Todos los cristales incluyen revestimiento resistente a los arañazos y protección ultravioleta (UV).		
Lentes de Contacto con Receta Médica • En lugar de anteojos con receta, los lentes de contacto con receta médica están cubiertos con un suministro mínimo de tres meses para cualquiera de las siguientes modalidades por año natural: o Estándar (un par anual) o Mensual (suministro de seis meses) o Quincenal (suministro de tres meses) o Diarios (suministro de tres meses) • Los lentes de contacto Médicamente Necesarios para afecciones médicas especificadas requieren Autorización Previa.		
Servicios y Dispositivos Ópticos para la Baja Visión (sujeto a limitaciones y se aplica Autorización Previa)		

[3] Tenga en cuenta lo siguiente: si usted es visto en una clínica de hospital, los Costos Compartidos de hospital ambulatorio se aplicarán a los centros y a los cargos accesorios. Los honorarios profesionales asociados, limitados a los servicios de Evaluación y Gestión (E&M, en inglés), serán procesados evaluando a su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP, en inglés) o Especialista de Costos Compartidos.

[4] Para los servicios de laboratorio y diagnóstico de radiografías que se proporcionan en el consultorio de un PCP o Especialista, en la misma fecha de servicio que una visita al consultorio del PCP o especialista, usted solo será responsable de la cantidad de Costos Compartidos aplicable para la visita al consultorio. Los Costos Compartidos para servicios de laboratorio y radiografías, como se muestra en el Plan de Beneficios, se aplicará si los servicios son prestados por un Proveedor Participante en un lugar separado, incluso si es el mismo día que una visita al consultorio.

Servicios de Atención Médica Ambulatoria en un Hospital / Centro	En los Proveedores Participantes, Usted Paga	
Cirugía Ambulatoria y Otros Procedimientos		
Profesional (Servicios Quirúrgicos y No Quirúrgicos)	30 %	de coseguro
Centros (Servicios Quirúrgicos y No Quirúrgicos)	30 %	de coseguro
Servicios de Exploración Especializada (tomografía computarizada [CT, en inglés], tomografía por emisión de positrones [PET, en inglés], resonancia magnética [MRI, en inglés])[5]	$325	Copago
Servicios de Radiología	$95	Copago
Pruebas de Laboratorio	$50	Copago
Servicios de **Salud Mental/Conductual y Servicios por Trastornos por Abuso** de Sustancias (servicios profesionales y del centro)		
Programas de Tratamiento Psiquiátrico Intensivo para Pacientes Ambulatorios	$50	Copago
Tratamiento de Salud Conductual para el Trastorno del Espectro del Autismo (ASD, en inglés)	$50	Copago

[5] A menos que estos Servicios de Exploración Especializada se realicen mientras usted está en un entorno de hospitalización, se aplicará el monto de Costos Compartidos indicado para estos servicios.

Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	En los Proveedores Participantes, Usted Paga	
Arancel del Centro (p. ej., habitación en el hospital) • Médicos/Quirúrgicos • Atención de Maternidad • Servicios de Salud Mental/del Comportamiento • Trastorno por Uso de Sustancias	30 %	Se aplica Coseguro y Deducible
Honorarios del Médico/Cirujano Profesional	30 %	de coseguro
Centro de Enfermería Especializada (limitado a 100 días por período de beneficio)[6]	30 %	Se aplica Coseguro y Deducible
Cuidado Paliativo	Sin Cargo	

[6] Los servicios deben ser facturados por un Proveedor Participante en el Centro de enfermería especializada.

Cobertura de Medicamentos Recetados [7]	En los Proveedores Participantes, Usted Paga	
Categoría 1	$19	Copago
Categoría 2	$60	Se aplican Copago y Deducible
Categoría 3	$90	Se aplican Copago y Deducible

Categoría 4	20 %	Se aplica Coseguro, hasta un máximo de $250 por receta, y Deducible.
Medicamentos Recetados Pedidos por Correo	Se ofrece un suministro de hasta 90 días a tres veces el Costo Compartido del beneficio de medicamentos recetados para minoristas de un mes.	

[7] **Consulte la sección "Cobertura de Medicamentos Recetados" para obtener una descripción.** Costos Compartidos máximos de $250 por un suministro de 30 días para medicamentos de quimioterapia de suministro oral; no se aplica deducible. Cabe destacar que la reducción de los Costos Compartidos para cualquier medicamento recetado que Usted obtenga mediante el uso de una tarjeta de descuento o un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos recetados, o cualquier otra forma de asistencia de terceros con los Costos Compartidos de medicamentos recetados, no se aplicará a ningún Deducible ni al Máximo Anual de Gastos de Bolsillo conforme al Plan. Los Costos Compartidos para los medicamentos recetados cubiertos se limitan para que no sean más que el precio de venta minorista de la farmacia.

Servicios Auxiliares	En los Proveedores Participantes, Usted Paga	
Equipo Médico Duradero	20 %	de coseguro
Atención Médica Domiciliaria (limitada a 100 días por periodo de beneficios)[8]	$45	Copago
Transporte Médico de Emergencia (Ambulancia) (Los Servicios de Emergencia Médicamente Necesarios están cubiertos para los Proveedores Participantes y No Participantes).	$250	de coseguro
Traslado Médico que no sea de Emergencia (ambulancia)	$250	de coseguro

[8] Los servicios deben ser facturados por una agencia de Proveedor Participante asociada a la atención médica domiciliaria. Pueden aplicarse Costos Compartidos por separado para otros Servicios Cubiertos que se prestan a domicilio (por ejemplo, medicamentos inyectables, Equipo Médico Duradero, etc.).

Otros Servicios	En los Proveedores Participantes, Usted Paga	
Servicios de Diálisis	30 %	de coseguro

Emisión de la Póliza: Este Acuerdo y Evidencia de Cobertura Combinada (también llamado “Acuerdo”) de Molina Healthcare of California son emitidos por Molina Healthcare of California (“Molina”), para el Suscriptor o Miembro cuyas tarjetas de identificación se emiten con este Acuerdo. En virtud de las declaraciones hechas en cualquier solicitud requerida y el pago oportuno de las Primas, Molina se compromete a proporcionar los Servicios Cubiertos tal como se describen en este Acuerdo.

Incorporación por referencia: Este Acuerdo, las enmiendas y cláusulas adicionales de este Acuerdo, el Plan de Beneficios aplicable para este plan y cualquier solicitud presentada al Marketplace o Molina para obtener cobertura bajo este Acuerdo, incluida la hoja de tarifas aplicable para este producto, son incorporados a este Acuerdo por referencia, y constituyen el contrato completo legalmente vinculante entre Molina y el suscriptor.

Cambios en el Contrato: Ninguna enmienda, modificación u otro cambio realizado a este contrato legalmente vinculante entre Molina y el Suscriptor será válido hasta que reciba la aprobación de Molina y se genere una evidencia por medio de un documento escrito firmado por un miembro del equipo ejecutivo de Molina. Ningún agente de Molina tiene la autoridad necesaria para modificar este Acuerdo y sus documentos incorporados ni para renunciar a ninguna de sus disposiciones.

Zona horaria: A menos que se indique expresamente lo contrario en el presente documento todas las referencias a una hora específica del día se refieren a la hora específica del día en la zona horaria del Pacífico de los Estados Unidos de América.

Solicitudes de Comunicación Confidencial: Una “Solicitud de Comunicación Confidencial” es una solicitud realizada por un Miembro para que se le informe sobre las comunicaciones del Plan que contengan Información Médica a una dirección de correo postal, dirección de correo electrónico o a un número de teléfono en específico, según lo decida el Miembro. Los Miembros pueden solicitar comunicaciones confidenciales en la forma y el formato que deseen, si es que es sencillo producirlas en la forma y el formato solicitados, o en ubicaciones alternativas. La Solicitud de Comunicación Confidencial del Miembro debe presentarse por escrito o por transmisión electrónica. Los Miembros pueden utilizar el formulario de Solicitud de Comunicación Confidencial de Molina para realizar Solicitudes de Comunicación Confidencial. Si está interesado(a) en realizar una Solicitud de Comunicación Confidencial, visite https://www.molinahealthcare.com/members o llame a Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en la tarjeta de identificación de Miembro de Molina. Molina se adaptará a las Solicitudes de Comunicaciones Confidenciales, que serán válidas hasta que el Miembro presente una revocación de la Solicitud de Comunicación Confidencial o hasta que el Miembro presente una nueva Solicitud de Comunicación Confidencial. La Solicitud de Comunicación Confidencial se aplicará a todas las comunicaciones que divulguen Información Médica o el nombre y la dirección del Proveedor relacionados con la recepción de servicios médicos por parte del Miembro que solicita la comunicación confidencial.

SE ENCUENTRA DISPONIBLE UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE NUESTRAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS, Y SE LE ENTREGARÁ A SOLICITUD.

DEFINICIONES

Algunas palabras o términos de este Acuerdo no tienen su significado habitual. Los planes de salud con frecuencia usan estas palabras de una manera especial. Si una palabra con significado especial aparece solo en una sección de este Acuerdo, se definirá dentro de la sección en cuestión. Las palabras con significados especiales utilizadas en cualquier sección de este Acuerdo se explican en esta sección de "Definiciones".

Ley de Atención Médica Asequible ("ACA"): la ley integral de reforma de la atención médica, promulgada en marzo de 2010, también conocida como "PPACA" u "Obamacare".

Cantidad Aprobada: el monto máximo que pagará Molina por un Servicio Cubierto menos los Costos Compartidos que deban pagar los miembros. Según corresponda:

1. *Por Servicios Cubiertos prestados por un Proveedor Participante:* Estos servicios se reembolsarán según la tasa contratada con el Proveedor Participante para dichos Servicios Cubiertos.
2. *Por Servicios Cubiertos prestados por un Proveedor No Participante:* sujeto a las excepciones expresamente permitidas por la ley, los servicios que se describen a continuación se reembolsarán a la tarifa fuera de la red, según se define y determina ese término en virtud de la ley federal aplicable:
    - Servicios de Emergencia prestados por un Proveedor No Participante.
    - Servicios Posteriores a la Estabilización prestados por un Proveedor No Participante cuando dichos Servicios Cubiertos se consideran, a efectos de reembolso, como Servicios de Emergencia según la Ley Estatal o federal aplicable.
    - Servicios de ambulancia prestados por un Proveedor No Participante.
    - Servicios Cubiertos brindados por un Proveedor No Participante durante una consulta con un Proveedor Participante que puede ser un hospital, hospital de acceso crítico, centro de cirugía ambulatoria u otra instalación según lo requiera la ley.
    - Cuando la ley federal se remite a la ley estatal para determinar los montos de reembolso a los Proveedores No Participantes, la Cantidad Aprobada se determinará de acuerdo con los procedimientos (incluidos los procedimientos de resolución de disputas) u otros requisitos dictados por la ley estatal aplicable. Cuando la ley federal controle el monto de reembolso a Proveedores No Participantes, la Cantidad Aprobada se determinará de acuerdo con la ley federal.
3. *Para todos los demás Servicios Cubiertos proporcionados por un Proveedor No Participante de conformidad con este Acuerdo:* Salvo que la ley aplicable exija expresamente lo contrario, estos servicios se reembolsarán al valor más bajo de (a) la tarifa promedio contratada de Molina para dichos Servicios Cubiertos, (b) el 100 % de la tarifa publicada de Medicare para dichos Servicios Cubiertos, (c) el método usual y habitual de Molina para determinar el pago de dichos Servicios Cubiertos, o (d) una cantidad negociada acordada por el Proveedor No Participante y Molina.

Máximo Anual de Gastos de Bolsillo (también conocido como "OOPM"): el máximo que un Miembro debe pagar por los Servicios Cubiertos en un año del Plan. Después de que un miembro gasta este monto en deducibles, copagos y coseguros, Molina paga el 100 % de los costos de los Servicios Cubiertos. Los montos que pagan el Suscriptor o los Dependientes por los servicios no cubiertos por este Plan no se cuentan para el máximo anual de gastos de bolsillo (OOPM, en inglés). El Plan de Beneficios puede incluir un monto OOPM por cada individuo inscrito bajo este Contrato y un monto OOPM por separado para toda la familia cuando hay dos o más Miembros inscritos. Cuando dos o más miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo:

1. Se alcanzará el OOPM individual, con respecto al Suscriptor o Dependiente, cuando esa persona alcance el monto del OOPM individual; o
2. Se alcanzará el OOPM familiar cuando los Costos Compartidos de un familiar del Miembro se sumen al total del OOPM familiar.

Una vez que los Costos Compartidos totales para el Suscriptor o Dependiente se sumen al total del OOPM individual, Molina pagará el 100 % de los cargos por los Servicios Cubiertos para esa persona durante el resto del año calendario si sigue inscrito en este plan. Una vez que los Costos Compartidos de dos o más miembros de la familia del Miembro se sumen hasta llegar al monto OOPM familiar, Molina pagará el 100 % de los cargos por Servicios Cubiertos para el Miembro y cada integrante de su familia si siguen inscritos en este Plan.

Factura del Saldo o Facturación del Saldo: cuando un Proveedor emite una factura a un Miembro por la diferencia entre el cargo cobrado por el Proveedor y el monto de Costos Compartidos del Miembro. Un Proveedor Participante de Molina no tiene permitido Facturar el Saldo a un Miembro por los Servicios Cubiertos. Los Proveedores No Participantes pueden Facturar el Saldo a los Miembros a menos que existan protecciones de Facturación del Saldo a través de la Ley Estatal o federal.

Cobertura solo para niños: cobertura en virtud de este Acuerdo que contrata un adulto responsable con el solo fin de proporcionar cobertura de beneficios solo a un niño menor de 21 años.

Coseguro: el porcentaje de los costos de los Servicios Cubiertos de los que es responsable un Miembro. El monto del Coseguro se calcula como un porcentaje de las tasas que Molina ha acordado con el Proveedor Participante. Si corresponde, los Coseguros se indican en el Plan de Beneficios.

Copago: un monto fijo que el Miembro pagará por un Servicio cubierto. Si corresponde, los Copagos se indican en el Plan de Beneficios.

Costos Compartidos: la cuota de los costos que un Miembro debe pagar de su propio bolsillo por los Servicios Cubiertos. Por lo general, este término incluye Deducibles, Coseguros y Copagos, pero no incluye Primas, importes de Facturas del Saldo de Proveedores No Participantes ni el costo de servicios no cubiertos.

Covered California: Un programa público independiente para ayudar a los residentes de California a adquirir cobertura para atención médica por parte de compañías de seguros y planes de salud como Molina.

Servicio Cubierto o Servicios Cubiertos: los servicios Médicamente Necesarios, incluidos algunos dispositivos médicos, equipos y medicamentos recetados que los miembros son elegibles para recibir de Molina en virtud de este Plan, a menos que esté prohibido por la Ley Estatal o federal.

Deducible: el monto que los Miembros pagan por los Servicios Cubiertos antes Molina comience a pagar por estos. Para averiguar qué Servicios Cubiertos están sujetos a Deducibles y montos de Deducibles para el Plan del Miembro, consulte el Plan de Beneficios.

Dependiente: un Miembro que cumple con los requisitos de elegibilidad como Dependiente, tal como se describe en este Acuerdo.

Sitio a Distancia: el sitio en el que un médico u otro Proveedor autorizado, que ofrece un servicio profesional, está físicamente ubicado en el momento en que el servicio se proporciona a través de la telemedicina.

Formulario de medicamentos o Formulario: una lista de los medicamentos que cubre este Plan de Molina. En el Formulario de medicamentos, se ordenan los medicamentos en distintos niveles o categorías de Costos Compartidos.

Equipo médico duradero o DME: el equipo médico duradero (DME, en inglés) constituye el equipo médico y los suministros solicitados por un Proveedor para uso diario o extendido. Los DME pueden incluir: equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras reactivas de sangre para diabéticos medicamente necesarios.

Emergencia o Condición médica de emergencia: Una enfermedad, una lesión, un síntoma (incluido el dolor intenso) o una afección tan grave que, si no se proporciona atención médica inmediata, podría esperarse, razonablemente, uno de los siguientes resultados: 1) Poner en grave peligro la salud de la persona (o, respecto de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido); 2) Causar daños graves en las funciones corporales; o 3) Provocar una falla grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Servicios de emergencia: servicios destinados a evaluar, tratar o estabilizar una Condición médica de emergencia. Estos servicios pueden prestarse en una sala de emergencias autorizada u otro centro que proporcione tratamiento para Condiciones médicas de emergencia.

Servicios de Transporte de Emergencia: Traslados en ambulancia realizados antes de estabilizar una Condición Médica de Emergencia.

Beneficios de salud esenciales o EHB: Un conjunto estandarizado de beneficios de salud esenciales que Molina debe ofrecerles a los Miembros o sus Dependientes, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible. Los Beneficios de Salud Esenciales cubren al menos las siguientes 10 categorías de beneficios:

- Atención ambulatoria al paciente

- Servicios de emergencia
- Hospitalización.
- Atención de maternidad y de recién nacidos.
- Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias. Esto incluye el tratamiento de salud conductual.
- Medicamentos recetados
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y recuperación de habilidades.
- Servicios de laboratorio.
- Servicios preventivos y de bienestar y control de enfermedades crónicas.
- Servicios pediátricos, que incluyen cuidado dental y cuidado para la vista destinados a Miembros menores de 19 años.

Experimental o de investigación: Cualquier servicio médico, incluidos procedimientos, medicamentos, instalaciones y dispositivos que Molina Healthcare ha determinado que no se ha demostrado como seguro o eficaz en comparación con los servicios médicos convencionales.

FDA: la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos.

Hospital: un centro operado legalmente y con licencia del Estado, cuyo propósito o función principal es brindar atención médica u hospitalaria o educación médica o investigación médica.

Marketplace: una agencia gubernamental o entidad sin fines de lucro que cumple con los estándares aplicables de la Ley de Atención Médica Asequible y asiste a los residentes del Estado en la compra de cobertura de planes de salud calificados a compañías o planes de salud como Molina. El Marketplace en California también se conoce como Covered California.

Información Médica: Cualquier información de identificación individual, en forma electrónica o física, en posesión o derivada de un proveedor de atención médica, plan de servicios de atención médica, compañía farmacéutica o contratista con respecto al historial médico, información de solicitud de salud mental, información de solicitud de salud reproductiva o sexual, condición mental o física o tratamiento de un Paciente.

Necesidad Médica o Médicamente Necesario: servicios o suministros de atención médica necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas y que cumplan con los estándares médicos aceptados.

Miembro: una persona que es elegible y se encuentra inscrita conforme a este Acuerdo, y para quien Molina recibió el primer pago de la Prima correspondiente (vinculante). El término incluye un Dependiente y un Suscriptor, a menos que el Suscriptor sea un adulto responsable (padre/madre o tutor legal) que solicite la cobertura solo para niños bajo este Acuerdo en nombre de un niño menor de 21 años. En esos casos, el Suscriptor será responsable de realizar los pagos de la Prima y de los Costos Compartidos para el Miembro y actuará como representante legal del Miembro conforme a este Acuerdo, pero no será considerado un Miembro.

Servicios de salud mental: servicios Médicamente necesarios para pacientes ambulatorios y hospitalizados proporcionados para tratar trastornos mentales cubiertos por las categorías de diagnóstico enumeradas en la versión más actualizada del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, publicado por la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría) y cualquier Ley Estatal o federal asociada.

Molina Healthcare of California ("Molina"): La corporación autorizada en California como organización de mantenimiento de la salud y contratada en Marketplace.

Acuerdo y Evidencia de Cobertura Combinada y Formulario de Divulgación de Molina Healthcare of California: este documento, que proporciona información sobre la cobertura de este Plan y también se conoce como el "**Acuerdo**".

Proveedor No Participante: un Proveedor que no tiene un contrato con Molina para prestar Servicios Cubiertos a los Miembros.

Otro proveedor médico: Proveedores Participantes que brindan Servicios Cubiertos a Miembros dentro del alcance de su licencia, pero que no son Proveedores de Atención Primaria ni Especialistas.

Servicio fuera del área: Un servicio que se proporciona fuera del área de servicio, por lo que no es un servicio cubierto, excepto cuando se indique lo contrario en este Acuerdo.

Proveedor Participante: un Proveedor que está autorizado o licenciado de otra manera para proporcionar servicios de atención médica. Ha firmado contratos de red con Molina para prestar Servicios Cubiertos a los Miembros.

Paciente: significa una persona física, viva o no, que recibió servicios de atención médica de un proveedor de atención médica y a quien pertenece la Información Médica.

Plan: cobertura de seguro de salud emitida para una persona y sus Dependientes, si corresponde, que brinda beneficios para los Servicios Cubiertos. Según los servicios, se pueden aplicar los Costos Compartidos para los miembros.

Servicios Posteriores a la Estabilización: artículos y servicios que se brindan (independientemente del departamento del hospital en el que ocurra) después de que el Miembro se estabilice y como parte de la observación ambulatoria o de una estadía hospitalaria o ambulatoria con respecto a la consulta en la que se prestaron los Servicios de emergencia.

Proveedor de Atención Primaria o PCP: un médico, incluso un M.D. (doctor en medicina) o D.O. (Doctor en Medicina Osteopática), enfermero profesional certificado, enfermero clínico especialista o Asistente Médico, según lo permitido por la Ley Estatal y los términos del Plan, que proporciona, coordina o ayuda a un Miembro a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Autorización previa: aprobación de Molina que se necesita antes de que los Miembros obtengan un servicio médico o medicamento para que el servicio o medicamento esté cubierto.

Proveedor: Cualquier profesional de la salud, Hospital, institución, organización, farmacia o institución que preste servicios de atención médica y esté autorizado a proporcionar dichos servicios, a menos que esté cubierto de otro modo por este Acuerdo, o cuyos servicios se consideren médicamente necesarios para el tratamiento de un trastorno de salud mental o de uso de sustancias.

Plan de Beneficios: una lista detallada de los Servicios Cubiertos junto con los Costos Compartidos correspondientes de los miembros.

Área de servicio: el área geográfica donde Molina ha sido autorizada por el Estado para ofrecer productos individuales a través de Marketplace, inscribir a los Miembros que desean cobertura a través de Marketplace y brindar beneficios a través de planes de salud individuales aprobados vendidos a través de Marketplace.

Especialista: un Proveedor que se centra en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y enfermedades.

Estabilizar: significa proporcionar el tratamiento necesario para la Condición Médica de Emergencia a fin de garantizar, dentro de las posibilidades médicas razonables, que no es probable que se produzca o que ocurra un deterioro material de la afección durante el traslado de la persona desde un centro, o en el caso de una mujer embarazada que tiene contracciones, durante el parto (incluida la expulsión de la placenta).

Ley Estatal: El cuerpo legal en California que abarca la constitución del estado, los estatutos, los reglamentos, las directrices subreguladoras, las directivas de los organismos reguladores estatales y el derecho consuetudinario.

Atención de Urgencia o Servicios de Atención de Urgencia: atención inmediata de un paciente con una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave para que una persona razonable busque atención médica inmediata, pero no tan grave para requerir atención en la sala de emergencias.

INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD

Para acceder a los Servicios Cubiertos, una persona debe estar inscrita como Miembro de este Plan. La inscripción requiere cumplir con los criterios de elegibilidad establecidos por el Marketplace. Una vez que se cumplen las condiciones de elegibilidad, se pagan las Primas y Molina procesa la inscripción, la persona se convierte en Miembro de este Plan.

Período de Inscripción Abierta: Durante el Período anual de Inscripción Abierta, las personas pueden solicitar e inscribirse en un plan de salud o cambiarse de plan. El Período de Inscripción Abierta es del 1 de noviembre de cada año hasta el 31 de enero

del año siguiente. Para las selecciones de planes desde el 1 de noviembre hasta el 31 de diciembre, la fecha de entrada en vigor es el 1 de enero. Para las selecciones de planes desde el 1 de enero hasta el 31 de enero, la fecha de entrada en vigor es el 1 de febrero.

Período Especial de Inscripción: si una persona no se inscribe durante un período de inscripción abierta, puede hacerlo durante un Período Especial de Inscripción. Si una persona desea calificar para un Período Especial de Inscripción, debe haber experimentado ciertos cambios en su vida establecidos por el Marketplace. La fecha de entrada en vigencia de la cobertura de un miembro será determinada por Marketplace. Para obtener más información sobre la Inscripción Abierta y los Períodos Especiales de Inscripción, visite www.CoveredCA.com.

Cobertura solo para niños: Molina ofrece una Cobertura Solo para Niños, destinada a personas menores de 21 años; uno de los padres o el/la tutor(a) legal debe solicitarla en nombre del niño. Para obtener más información sobre la elegibilidad y la inscripción, comuníquese con el Marketplace.

Dependientes: los suscriptores que se inscriban durante el Período de Inscripción Abierta o Período Especial de Inscripción también pueden solicitar la inscripción de personas como Dependientes elegibles. Los Dependientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos por el Marketplace y están sujetos a los términos y condiciones de este Acuerdo. Molina no limita la elegibilidad de los Dependientes según la dependencia financiera, la residencia, la condición de estudiante, el empleo, la elegibilidad para otra cobertura o el estado civil. Un hijo adoptivo no es elegible para la inscripción como Dependiente. Las siguientes personas se consideran Dependientes:

- **Cónyuge:** la persona casada legalmente con el Suscriptor conforme a la Ley Estatal.

- **Niño o Niños:** Los hijos, hijas, hijos adoptivos o hijastros del Suscriptor. Cada niño tiene derecho a solicitar la inscripción como Dependiente hasta los 26 años.

- **Niño con Discapacidad:** Un hijo que cumpla 26 años puede seguir siendo Dependiente si cumple los siguientes requisitos:
  - El niño es incapaz de tener un empleo autosostenible debido a una lesión, enfermedad o afección que genere discapacidad física o mental.
  - El hijo de cualquier edad depende, principalmente, del Suscriptor para su apoyo y manutención, en el caso de que tenga una discapacidad permanente y total.
  - Un hijo sigue estando cubierto por Molina mientras siga incapacitado y cumpla los criterios de elegibilidad anteriores.

- **Pareja doméstica:** Una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que convive y comparte la vida doméstica con el Suscriptor, pero que no está casada ni en unión civil con el Suscriptor. La pareja doméstica debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y verificación de socios nacionales establecidos por el Marketplace o la Ley Estatal.

- Los **nietos del Suscriptor** generalmente no califican como Dependientes del Suscriptor, a menos que se los agregue como hijos recién nacidos de un niño Dependiente cubierto o de un Miembro cubierto que cuenta con la Cobertura Solo para Niños en virtud de este Acuerdo. La cobertura para niños de un niño Dependiente cubierto o de un Miembro en virtud de la Cobertura Solo para Niños terminará cuando el niño Dependiente cubierto o el Miembro en virtud de la Cobertura Solo para Niños ya no sea elegible en virtud de este Acuerdo.

- **Padre dependiente o padrastro dependiente del Suscriptor:** Los padres o padrastros dependientes del Suscriptor que viven o residen dentro del área de servicio del plan califican como Dependientes de acuerdo con el Programa de Asesoramiento y Protección de Seguros de Salud (HICAP, en inglés) del Departamento de Envejecimiento (Department of Aging) de California.

Adición de Nuevos Dependientes: una persona puede ser elegible para volverse un Dependiente después de que el Suscriptor se inscribe en este Plan. La persona elegible puede inscribirse como Dependiente en el Plan del Miembro. Para hacerlo, los Miembros deben comunicarse con el Marketplace y completar cualquier solicitud, formulario y brindar la información solicitada para el Dependiente. Para inscribir a un nuevo Dependiente, se debe presentar la solicitud del Miembro a Marketplace dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el Dependiente se convirtió en elegible para inscribirse en el Plan.

- **Cónyuge:** Se puede agregar a un(a) cónyuge como Dependiente si el suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:
  - La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.
  - La fecha de matrimonio con el Suscriptor.
  - El cónyuge obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
  - El cónyuge se traslada permanentemente al área de servicio.

- **Hijos (Menores de 26 Años):** los niños pueden agregarse como Dependientes si el Suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:
  - La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.
  - El niño se vuelve un Dependiente a través del matrimonio, el nacimiento, la adopción, la colocación en adopción, la manutención de niños u otra orden judicial.
  - El niño obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
  - El niño se traslada permanentemente al área de servicio.

- **Hijo Recién Nacido:** un hijo recién nacido de un suscriptor es elegible como dependiente a partir de su nacimiento. un recién nacido tiene cobertura

inicialmente durante 31 días, incluido el día del nacimiento. Un hijo recién nacido es elegible para continuar la inscripción si se inscribió en Molina dentro de los 60 días.

-
- Tenga en cuenta lo siguiente: las reclamaciones de hijos recién nacidos para los Servicios Cubiertos elegibles se procesarán como parte de las reclamaciones de la madre. Cualquier monto de Deducible o Máximo Anual de Gastos de Bolsillo (OOPM, en inglés) alcanzado a través del procesamiento de las reclamaciones de un recién nacido se acumulará como parte del Deducible y el OOPM de la madre. No obstante, si recibimos un expediente de inscripción del recién nacido dentro de los primeros 31 días tras el nacimiento, el recién nacido se añadirá como Dependiente con cobertura a partir de su fecha de nacimiento. En este caso, cualquier reclamación por el recién nacido se procesará por separado, y cualquier monto de Deducible u OOPM alcanzado a través de estas reclamaciones se considerará parte del Deducible u OOPM individual del recién nacido, no de la madre. Una reclamación se considera reclamación del recién nacido cuando los servicios se brindan al niño recién nacido.

Interrupción de la cobertura de dependientes: la cobertura de Dependientes se interrumpirá:

- A las 11:59 p. m., del último día del año calendario en que el hijo Dependiente cumpla 26 años, a menos que el hijo tenga una discapacidad y cumpla con los criterios específicos (consulte “Niño con una Discapacidad”).
- La fecha en que se dicta una sentencia final de divorcio, anulación o disolución del matrimonio entre el Cónyuge Dependiente y el Suscriptor.
- La fecha de terminación de la sentencia de pareja doméstica entre el Suscriptor y la Pareja Doméstica.
- En el caso de la Cobertura Solo para Niños, a las 11:59 p. m. del último día del año calendario en el que el Miembro no Dependiente alcanza la edad límite de 21 años. El Miembro y los Dependientes pueden ser elegibles para inscribirse en otros productos que ofrece Molina a través del Marketplace.
- Fecha en que el suscriptor pierde la cobertura en virtud de este plan.

Elegibilidad continua: Un Miembro ya no será elegible para este producto si:

- El Miembro se vuelve abusivo o violento y amenaza la seguridad de cualquiera que trabaje con Molina Healthcare, incluidos los Proveedores Participantes.
- El Miembro menoscaba sustancialmente la capacidad de Molina Healthcare, o de cualquier persona que trabaje con Molina Healthcare, incluidos los Proveedores Participantes, para prestar atención al Miembro u otros Miembros.
- Se genera un problema en la relación del Miembro con el médico del Miembro y Molina no tiene otro médico para que el Miembro lo vea. Esto puede no aplicarse a los Miembros que rechazan la atención médica.

Si un Miembro ya no es elegible para la cobertura en virtud de este Plan, Molina le enviará una notificación por escrito, al menos, 10 días antes de la fecha de entrada en vigencia de la finalización de la cobertura del Miembro. El Miembro tiene la opción de apelar la pérdida de elegibilidad con el Marketplace.

PAGO DE LA PRIMA

Para comenzar y mantener la cobertura bajo este Plan, Molina exige que los Miembros realicen pagos mensuales para tal fin, conocidos como Pagos de la prima o Primas. El Pago de la Prima para el próximo mes de cobertura vence, a más tardar, en la fecha establecida en la factura de la Prima (es decir, la "**Fecha de Vencimiento**"). Molina enviará un aviso por escrito al Suscriptor antes de la Fecha de vencimiento para informarle cuánto debe pagar por la cobertura del próximo mes.

Crédito Fiscal Anticipado para la Prima (APTC, en inglés): este es un crédito fiscal que permite al Suscriptor reducir su Prima mensual por adelantado. Molina no determina ni proporciona estos créditos fiscales. Los Suscriptores deben comunicarse con el Marketplace para comprobar si cumplen los requisitos. Si son elegibles, los Suscriptores pueden utilizar el crédito fiscal por adelantado para reducir su Prima.

Pagos: Molina acepta Pagos de primas en línea, por teléfono, por correo postal y a través de giros postales. Para obtener más información, consulte MolinaPayment.com o comuníquese con Servicios para Miembros. No se aceptan pagos de primas en las oficinas de Molina.

Pagos de Primas y Costos compartidos por parte de terceros: No se aceptarán pagos de Primas de parte de terceros, salvo los exigidos por ley o realizados por la persona o entidad que se indica a continuación:

1. un programa Ryan White de HIV/AIDS bajo el título XXVI de la Ley de Servicio de Salud Pública;
2. tribus indígenas, organizaciones indígenas u organizaciones urbanas indígenas;
3. un programa de gobierno local, estatal o federal, incluido un concesionario dirigido por un programa del gobierno para hacer pagos en su nombre;
4. la familia de un miembro e
5. instituciones religiosas y otras organizaciones sin fines de lucro cuando se cumplan los criterios de conformidad con la política de Molina.

Aviso de pago atrasado: Si no se recibe el pago completo de la Prima en la Fecha de Vencimiento o antes de esta, Molina enviará un aviso de inicio del Período de Gracia. Si el Suscriptor recibe un pago por adelantado del crédito fiscal, Molina le enviará un aviso de inicio del Período de Gracia federal a la dirección de registro del Suscriptor.

Período de gracia: el Período de Gracia es el tiempo posterior a la Fecha de Vencimiento del Pago de la Prima cuando no se ha realizado el pago total. Si un Suscriptor no ha efectuado el Pago de la Prima en su totalidad antes de la Fecha de Vencimiento, puede hacerlo durante el Período de Gracia para evitar la pérdida de su cobertura. El hecho de que el Suscriptor reciba un Crédito Fiscal Anticipado para la Prima (APTC) afecta la duración del Período de gracia.

- **Período de Gracia para Suscriptores con APTC:** Si un Suscriptor recibe un APTC, Molina le otorgará un Período de Gracia de tres (3) meses al Suscriptor y a los Dependientes antes de cancelar o no renovar su cobertura debido a la falta de pago de la Prima. El Período de Gracia comenzará el primer día del primer

mes en el que Molina no reciba la Prima completa. Molina pagará por los Servicios Cubiertos recibidos durante el primer mes del Período de Gracia de tres (3) meses. Si el Suscriptor no paga la Prima antes de que termine el primer mes del Período de Gracia de tres (3) meses, se suspenderá su cobertura en virtud de este plan y Molina no pagará por los Servicios Cubiertos después del primer mes del Período de Gracia hasta que reciba las Primas en mora. Si no se reciben todas las Primas vencidas y adeudadas para el final del Período de Gracia de tres (3) meses, este Acuerdo se cancelará a partir del día siguiente al último día del primer mes del Período de Gracia. La terminación o no renovación de este Acuerdo por falta de pago entrará en vigor **a partir de las 12:01 a. m.** del día siguiente al último día del primer mes del Período de Gracia.

- **Período de Gracia para Suscriptores sin APTC:** Si un Suscriptor no recibe un APTC, Molina le otorgará al Suscriptor y los Dependientes un Período de Gracia de treinta (30) días naturales antes de cancelar o no renovar su cobertura debido a la falta de pago de la Prima. El Período de Gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la Prima completa. Molina seguirá ofreciendo cobertura conforme a los términos de este Acuerdo, lo que incluye el pago de los Servicios Cubiertos recibidos durante el Período de Gracia de treinta (30) días naturales. Si el Suscriptor no paga la Prima antes del final del Período de Gracia, este Acuerdo se cancelará al final del Período de Gracia. El Suscriptor seguirá siendo responsable de cualquier Prima no pagada que deba a Molina por el Período de Gracia. La terminación o no renovación de este Acuerdo por falta de pago entrará en vigor a **partir de las 11:59 p. m.** del último día del Período de Gracia.

Notificación de Terminación por Falta de Pago: Al finalizar este Acuerdo, Molina le enviará por correo un Aviso de Terminación de Cobertura a la dirección de registro del Suscriptor que especifica la fecha y hora en que finalizó la membresía.

Si usted reclama que Molina terminó el derecho de un Miembro a recibir Servicios Cubiertos debido al estado de salud del Miembro, los requisitos para los servicios de atención médica o la falta de pago de primas, puede solicitar una revisión por parte del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care). Para solicitar una revisión, comuníquese con el Departamento a:

Department of Managed Health Care
Help Center
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814

Puede llamar al Departamento para obtener más información sobre cómo presentar una queja formal al número de teléfono gratuito 1 (888) 466-2219; TDD: 1 (877) 688-9891 para personas con una discapacidad auditiva o del habla; FAX: 1 (916) 255-5241. El sitio web del Departamento es www.dmhc.ca.gov.

Reintegración después de la Terminación: Molina permite la reintegración de Miembros, sin que se produzca una interrupción en la cobertura, cuando la

reintegración corrija una acción errónea de terminación o cancelación y si lo aprueba el Marketplace.

Reinscripción Después de la Terminación por Falta de Pago: si se da por terminada la cobertura de un Suscriptor por falta de pago de la Prima y desea inscribirse en Molina para el año siguiente del plan durante el Período de Inscripción Abierta o un Período Especial de Inscripción, es posible que Molina exija que el Suscriptor pague todas las Primas vencidas. Además, Molina requerirá el pago completo de la Prima del primer mes antes de aceptar la inscripción del Suscriptor. Si un Suscriptor paga todas sus Primas vencidas, las reclamaciones elegibles que se denegaron previamente debido a la falta de pago se volverán a procesar para el pago.

Renovación de la cobertura: Molina renovará la cobertura de los Miembros el primer día de cada mes si recibió el pago de todas las Primas adeudadas. La renovación está sujeta al derecho de Molina de hacer cambios en este Acuerdo y a la continuación de la elegibilidad del Miembro para este Plan. Los Miembros deben seguir los procedimientos requeridos por el Marketplace para redeterminar la elegibilidad y la renovación garantizada de la inscripción cada año durante el Período de inscripción abierta.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La fecha de terminación es el primer día en el que un antiguo Miembro ya no está inscrito en Molina. Si la cobertura de un Miembro termina por cualquier razón, dicho Miembro debe pagar todos los montos adeudados en relación con su cobertura en Molina, incluidas las Primas, correspondientes al período anterior a la fecha de terminación de la cobertura.

Excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional, si se termina la cobertura de un Miembro, los pagos de Primas recibidos en nombre del Miembro terminado aplicables a los períodos posteriores a la fecha de terminación, menos montos adeudados a Molina o sus Proveedores por Servicios Cubiertos proporcionados antes de la fecha de terminación, se reembolsarán al Suscriptor en un plazo de treinta (30) días. Conforme a este Plan, Molina y sus Proveedores no tendrán ninguna responsabilidad ni obligación adicional. En casos de fraude o tergiversación intencional, Molina puede retener partes de este monto para recuperar las pérdidas.

Puede solicitar una revisión por parte del Director del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care) si cree que este Acuerdo ha sido o será cancelado, rescindido o no renovado incorrectamente. Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care) al número de teléfono gratuito 1 (888) 466-2219 o al número TDD para personas con una discapacidad auditiva o del habla, sin costo, al 1 (877) 688-9891, o en línea en www.dmhc.ca.gov.

Molina podrá dar por terminado el Acuerdo de un Miembro o no renovarlo por cualquiera de las siguientes razones:

Inelegibilidad para la Cobertura Solo para Niños y Dependientes Debido a su Edad: cuando un Dependiente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura requeridos por el Marketplace y Molina debido a su edad, se termina la cobertura. Para obtener más detalles sobre la fecha de entrada en vigencia de la terminación, consulte la sección “Interrupción de la Cobertura de Dependientes”.

El Miembro no reúne los requisitos: un miembro ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura requeridos por el Marketplace y Molina. Marketplace enviará al miembro una notificación en la que le informará la pérdida de la elegibilidad. Asimismo, Molina enviará una notificación por escrito al Miembro cuando se le informe que este ya no reside en el Área de Servicio. La cobertura terminará a las 11:59 p. m. del último día del mes posterior al mes en el que se envíen cualquiera de estos avisos al miembro. El miembro puede solicitar que se anticipe la fecha de terminación de la cobertura.

Falta de Pago de las Primas: consulte la sección “Pago de la Prima”.

Fraude o tergiversación intencional: Si un Miembro participa en una actividad fraudulenta o tergiversa intencionalmente un hecho material relacionado con su cobertura, Molina enviará una notificación por escrito de la terminación y la cobertura del Miembro finalizará a las 11:59 p. m. del día 30 a partir de la fecha de envío de la notificación. Molina podrá rechazar una nueva inscripción del Miembro y podrá informar a las autoridades sobre cualquier sospecha de acto delictivo. Después de los primeros 24 meses de cobertura del Miembro, Molina no puede terminar su cobertura debido a cualquier omisión, tergiversación o imprecisión intencional en el formulario de solicitud.

Solicitud de cancelación de la inscripción por parte del Miembro: Los Miembros pueden presentar solicitudes de cancelación de la inscripción al Marketplace. La membresía terminará a las 11:59 p. m. en el 14.º día natural siguiente a la fecha de la solicitud o una fecha posterior si el Miembro lo solicita. Molina puede, según su criterio, dar cabida a una solicitud para terminar la membresía en menos de 14 días naturales.

Cambiar los Planes de Salud del Marketplace: El Miembro decide cambiar de Molina a otro plan de salud ofrecido a través del Marketplace, ya sea (i) dentro de los primeros sesenta (60) días naturales a partir de la Fecha de Entrada en Vigor de la cobertura si el Miembro no está satisfecho con Molina, o (ii) durante un Período anual de Inscripción Abierta u otro Período Especial de Inscripción para el cual al Miembro se lo ha determinado elegible según los procedimientos de inscripción especiales del Marketplace, o (iii) cuando el Miembro busca inscribir a un nuevo Dependiente. La membresía terminará a las 11:59 p. m. del día anterior a la Fecha de Entrada en Vigor de la cobertura a través del nuevo plan de salud del Miembro.

Interrupción de un producto en particular: Si Molina decide dejar de ofrecer un producto en particular, de acuerdo con la Ley Estatal, Molina proporcionará un aviso escrito de la interrupción al menos 90 días calendario antes de que termine la cobertura.

Interrupción de toda la Cobertura: Si Molina decide dejar de ofrecer toda la cobertura de salud en un estado, de conformidad con la Ley Estatal, Molina enviará a los

Miembros una notificación por escrito de la interrupción al menos 180 días calendario antes de que finalice la cobertura.

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Si tiene una emergencia, llame al 911. En caso de una emergencia, los Miembros pueden llamar a una ambulancia o dirigirse a un centro de emergencias, incluso si se trata de un Proveedor No Participante o que se encuentra fuera del Área de Servicio.
Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas: El personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, para responder a preguntas y ayudar a los Miembros a acceder a la atención médica. El número de teléfono de la Línea de Consejos de Enfermería se indica en la página 3 de este Acuerdo.

Requisito del Proveedor Participante: en general, un Miembro debe recibir los Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante; de lo contrario, los servicios no están cubiertos.
El Miembro será 100 % responsable del pago al Proveedor No Participante; además, estos pagos no se aplicarán al Deducible del Miembro ni al OOPM. Sin embargo, un Miembro puede recibir los Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante en los siguientes casos:

- Servicios de emergencia
- Servicios posteriores a la estabilización, a menos que el Miembro renuncie a las protecciones de Facturación del saldo.
- Servicios de ambulancia aérea
- Servicios de un Proveedor No Participante que están sujetos a Autorización Previa.
- Excepciones que se describen a continuación en la sección “Servicios de Atención de Urgencia Fuera del Área”.
- Excepciones que se detallan a continuación, en la sección “Proveedor No Participante en un Centro de un Proveedor Participante”.
- Excepciones que se describen a continuación en “Proveedor No Participante que Brinda un Servicio Cubierto”
- Excepciones que se describen a continuación en la sección “Continuidad de la Atención”
- Excepciones que se detallan a continuación en la sección “Segundas Opiniones”.

Para localizar a un Proveedor Participante, consulte el directorio de proveedores en MolinaMarketplace.com o llame a Servicios para Miembros. Como los Proveedores No Participantes no están en la red de proveedores contratados de Molina, a menos que se apliquen las protecciones de facturación del saldo al Miembro por la Ley Federal o Estatal, pueden facturar el saldo a los Miembros por la diferencia entre la Cantidad Aprobada de Molina y la tarifa que ellos cobran.

Tarjeta de Identificación del Miembro: Los Miembros siempre deben llevar su tarjeta de identificación (ID) del Miembro. Además, deben exhibirla cada vez que reciban Servicios Cubiertos. Para obtener una tarjeta de identificación de reemplazo, visite

MyMolina.com o comuníquese con Servicios para Miembros. Las versiones digitales de la tarjeta de identificación están disponibles a través de MyMolina.com y la aplicación móvil de Molina.

Derecho del Miembro a Obtener Servicios de Atención Médica por Fuera de la Póliza: Molina permite a los Miembros solicitar servicios de atención médica fuera de este Acuerdo en cualquier término o condición que elijan. Sin embargo, los Miembros serán plenamente responsables del pago de dichos servicios y estos pagos no contarán para su Deducible o Máximo Anual de Gastos de Bolsillo (OOPM, en inglés) por servicios cubiertos bajo este Acuerdo. Para obtener información sobre las excepciones, los Miembros deben revisar la sección “Servicios Cubiertos” del Acuerdo.

Proveedor de Atención Primaria (PCP): un PCP se ocupa de sus necesidades de atención médica básicas y de rutina. Los PCP ofrecen servicios como exámenes físicos, inmunizaciones y tratamientos para problemas de salud o lesiones no urgentes. Molina recomienda a los Miembros que seleccionen un PCP del Directorio de Proveedores. Si no se selecciona un PCP, Molina asignará uno.

Los Miembros pueden solicitar el cambio de su PCP en cualquier momento en MyMolina.com o comunicándose con Servicios para Miembros.

Cada familiar puede seleccionar un PCP diferente. Es posible seleccionar a un médico especializado en pediatría como PCP de un niño. Se puede seleccionar un médico obstetra/ginecólogo (OB/GYN) como PCP de una Miembro sin que se requieran derivaciones. En ocasiones, es posible que un Miembro no pueda seleccionar el PCP que desea. Esto puede suceder por los siguientes motivos:

- El PCP ya no es un Proveedor Participante con Molina.
- El PCP ya tiene todos los pacientes de los que puede ocuparse en este momento.

Servicios de telesalud: la telesalud consiste en el uso de las telecomunicaciones y la informática para brindar acceso a las evaluaciones médicas, el diagnóstico, la intervención, las consultas, la supervisión y la información a cualquier distancia geográfica. Este servicio incluye diversas tecnologías como teléfonos, máquinas de fax, sistemas de correo electrónico y dispositivos de monitoreo remoto de pacientes, que se utilizan a fin de recolectar y transmitir los datos del paciente para su control e interpretación. Los Servicios Cubiertos también se encuentran disponibles a través de la Telesalud, excepto en los casos específicamente determinados en este Acuerdo. Los servicios de Telesalud incluyen terapia psiquiátrica. Para acceder a estos servicios, no se requiere el contacto en persona con el proveedor; además, el tipo de establecimiento donde se brindan no se encuentra limitado. Las siguientes disposiciones adicionales se aplican al uso de los servicios de Telesalud:

- Deben obtenerse de un Proveedor Participante.
- Están destinados a utilizarse cuando se necesita atención en el momento, para asuntos médicos que no sean de emergencia.
- Son un método de acceso a los Servicios Cubiertos, y no un beneficio separado.
- No están permitidos cuando el miembro y el Proveedor Participante se encuentran en la misma ubicación física.

- No incluyen solo mensajes de texto, fax o correo electrónico.
- Para los Servicios Cubiertos proporcionados a través de la tecnología de almacenamiento y reenvío, se requiere una visita en persona al consultorio para establecer un diagnóstico o plan de tratamiento.

Molina cubre los servicios debidamente prestados a través de Telesalud, de la misma manera y en la misma medida que cubre el mismo servicio a través del diagnóstico, la consulta o el tratamiento en persona. La cobertura no se limita solo a los servicios prestados por proveedores de telesalud corporativos externos seleccionados. Los servicios ofrecidos por un proveedor de telesalud corporativo externo también están disponibles a través del proveedor de atención primaria de un Miembro u otro proveedor de la red de Molina en persona o mediante telemedicina (si está disponible). Los Miembros tienen derecho a acceder a sus registros médicos de conformidad con el Capítulo 1 del Código de Salud y Seguridad de California (comenzando con la Sección 123100) de la Parte 1 de la División 106. El registro de cualquier servicio proporcionado a un Miembro a través de un proveedor de telesalud corporativo externo se compartirá con el proveedor de atención primaria del Miembro, a menos que el Miembro se oponga. Los servicios recibidos a través de un proveedor de telesalud corporativo externo están disponibles a un Costo Compartido dentro de la red y los costos de desembolso personal, si los hubiera, se acumularán a cualquier deducible aplicable o máximo de desembolso personal.

Servicios de Atención de Urgencia Fuera del Área: Mientras un Miembro esté fuera del Área de Servicio, puede recibir Servicios de Atención de Urgencia de un Proveedor No Participante para evitar el deterioro grave de la salud causado por una enfermedad, lesión o complicación imprevistas de una afección existente, incluido el embarazo, por lo que el tratamiento no puede retrasarse hasta que el Miembro regrese al Área de Servicio. Los Servicios Cubiertos incluyen los servicios de maternidad necesarios para evitar el deterioro grave de la salud del Miembro o del feto del Miembro, según la creencia razonable del Miembro de que tiene una afección relacionada con el embarazo por la cual el tratamiento no puede retrasarse hasta que el Miembro regrese al Área de Servicio. Para los Servicios de Atención de Urgencia fuera del área, los Miembros también pueden ir a la sala de emergencias más cercana.

Proveedor No Participante en un Centro de Proveedor Participante: Un Miembro puede recibir Servicios Cubiertos de un centro de Proveedor Participante que sea un hospital, centro quirúrgico ambulatorio u otro centro de Proveedor Participante requerido por la Ley Estatal en el cual, o como resultado de ello, el Miembro recibe servicios brindados por un Proveedor No Participante. De ser así, el Miembro no pagará más de los mismos Costos Compartidos que pagaría por los mismos Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor Participante, a menos que el Miembro renuncie a las protecciones de Facturación del Saldo.

Proveedor No Participante que Brinda un Servicio Cubierto: En el caso de que ningún Proveedor Participante esté disponible para proporcionar un Servicio Cubierto Médicamente Necesario que no sea de Emergencia, Molina se encargará de proporcionar el Servicio Cubierto a través de un Proveedor No Participante. El Servicio Cubierto se proporcionará de manera coherente con el mismo Servicio Cubierto cuando

lo presta un Proveedor Participante sin costo mayor que este servicio. Sin embargo, se requiere Autorización Previa antes de que un Proveedor No Participante pueda iniciar el servicio en este escenario.

Continuidad de la Atención: Si se asigna un Miembro a un PCP u hospital que está terminando un contrato con Molina, Molina le brindará al Miembro un aviso por escrito con sesenta (60) días naturales de anticipación para informarle de la terminación del contrato entre Molina y el PCP o el hospital de atención aguda.

Si un Miembro está recibiendo tratamiento por una de las afecciones enumeradas a continuación y el médico o el hospital del que estaba recibiendo tratamiento ya no es un Proveedor Participante con Molina, puede pedir permiso de Molina para permanecer con el médico o el hospital para la Continuidad de la Atención.

Las siguientes afecciones pueden ser elegibles para la Continuidad de la Atención si el Miembro ha recibido tratamiento para la misma afección en los últimos 12 meses:

- Un Miembro tiene una afección crónica grave. “Afección Crónica Grave” se refiere a una afección médica debida a una enfermedad, afección u otro problema o trastorno médico de naturaleza grave, y que presenta cualquiera de las siguientes características:
    - Persiste sin cura completa o empeora durante un periodo prolongado.
    - Requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir que empeore.
- Si tiene una Afección Crónica Grave, un Miembro puede permanecer con el médico o el hospital por un máximo de 12 meses.
- Una Miembro está embarazada. La Miembro puede permanecer con el médico o el hospital durante el embarazo. La duración del embarazo incluye los tres trimestres de embarazo y el periodo de posparto inmediato.
- Una Miembro presenta documentación escrita del diagnóstico de una enfermedad de salud mental materna por parte del proveedor de atención médica que la atiende. Una “Enfermedad de Salud Mental Materna” se refiere a una enfermedad psiquiátrica que pueda afectar a una mujer durante un embarazo, antes o después del parto, o bien que surja durante el embarazo antes o después del parto y hasta un año después de dar a luz. Si una Miembro tiene una Enfermedad de Salud Mental Materna, podría continuar recibiendo atención del médico u hospital actual durante un máximo de 12 meses a partir del diagnóstico o hasta el final del embarazo, lo que suceda más tarde.
- Un Miembro tiene una afección aguda. “Afección aguda” significa una condición médica que involucra un inicio repentino de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica rápida y que tiene una duración limitada. El Miembro puede permanecer con el médico u hospital mientras dure la afección aguda.
- El hijo de un Miembro es un recién nacido o un niño de hasta 36 meses de edad. El hijo de un Miembro puede permanecer con el médico o el hospital por un máximo de 12 meses.

- Un Miembro tiene una enfermedad terminal. El Miembro puede permanecer con el médico o el hospital mientras dure la enfermedad.
- El Miembro ha recibido Autorización Previa para una cirugía u otro tratamiento que debe hacerse dentro de los 180 días naturales desde la fecha en que su médico u hospital ya no estará con Molina.

La elegibilidad para la Continuidad de la Atención no se basa estrictamente en el nombre de la enfermedad del Miembro.

Es posible que el médico o el hospital no acuerden continuar prestando sus servicios o no acuerden cumplir con los términos y condiciones contractuales de Molina que se imponen a los Proveedores Participantes. Si eso sucede, Molina le asignará al Miembro un nuevo médico o lo enviará a un nuevo hospital para su atención.

Para enviar una solicitud de permanencia con el mismo médico u hospital para la Continuidad de la Atención, un Miembro debe llamar a Servicios para Miembros.

Si un Miembro está recién inscrito y su cobertura previa se terminó porque su plan previo retiró ese producto de cualquier porción del mercado o el plan dejó de vender productos en cualquier porción del mercado, se aplica el derecho a la continuidad provisional de la atención, como se describió anteriormente.

Segundas Opiniones: Un Miembro o Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) tal vez quieran que un segundo médico revise la enfermedad del Miembro. Este puede ser un proveedor de cuidados primarios o un Especialista. Este nuevo médico examina la historia clínica del Miembro. El médico puede atender al Miembro en su consultorio. Este médico puede sugerir un plan de atención. Esto se llama una segunda opinión.

El Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) de un Miembro puede derivarlo a un Proveedor Participante para obtener una segunda opinión. Los Miembros no necesitan permiso de Molina para obtener una segunda opinión de un Proveedor Participante. Si no hay ningún proveedor en la red que le dé una segunda opinión, el Miembro puede obtenerla de un Proveedor No Participante. Si un Miembro solicita una segunda opinión de un Proveedor No Participante, Molina la revisará y le informará si se aprobó la segunda opinión.

A continuación, se presentan algunas razones por las que un Miembro puede querer una segunda opinión:

- Los síntomas del Miembro son complejos o confusos.
- El primer médico no está seguro de que el diagnóstico sea el correcto.
- El Miembro ha seguido el plan de atención del médico y su salud no ha mejorado.
- El Miembro no está seguro de que se necesite una cirugía o no considera que se necesita una.

- El Miembro no está de acuerdo con lo que un médico cree que sea el problema.
- El Miembro no está de acuerdo con el plan de atención de un médico.
- Un médico no respondió las inquietudes del Miembro sobre un diagnóstico o plan de atención.
- Puede haber otras razones.

El segundo médico escribirá un informe de sus hallazgos. El Miembro y su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) recibirán un informe escrito de la segunda opinión.

El Miembro puede comunicarse con Servicios para Miembros para ayudarlo a obtener una segunda opinión.

Objeciones Morales: Hay hospitales y proveedores que no brindan algunos de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos por este plan y que usted o un integrante de su familia pueden necesitar: planificación familiar; control de la natalidad, que incluye la anticoncepción de emergencia; esterilización, que incluye la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y del parto; tratamientos por infertilidad o aborto. Debe obtener más información antes de inscribirse. Comuníquese con su médico, grupo médico, asociación independiente o clínica, o llame al plan de salud al 1 (888) 858-2150 para asegurarse de que puede obtener los servicios de atención médica que necesita.

Acceso a la Atención para Miembros con Discapacidades: la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, en inglés) prohíbe la discriminación por motivos de discapacidad y exige que Molina y sus contratistas hagan adaptaciones razonables para los Miembros con discapacidades. Para solicitar asistencia con las adaptaciones razonables, los Miembros con discapacidades pueden comunicarse con Servicios para Miembros.

Acceso Físico: se hizo todo lo posible para garantizar que las oficinas de Molina y los consultorios de los Proveedores Participantes sean accesibles para personas con discapacidades. Los Miembros con necesidades especiales deben comunicarse con Servicios para Miembros al número que aparece en la página 3 de este Acuerdo para encontrar un Proveedor Participante apropiado.

Acceso para Personas con Impedimentos Auditivos o del Habla: llame a Servicios para Miembros al número de TTY 711 para recibir ayuda.

Acceso para Personas con Visión Disminuida o Ciegas: Este Acuerdo y otros materiales importantes sobre productos estarán disponibles en formatos accesibles para personas con visión disminuida o ciegas. Hay disponibles formatos de disco informático ampliado y en letra grande. Este Acuerdo también está disponible en formato de audio. Para obtener formatos accesibles o recibir ayuda directa en la lectura del Acuerdo y otros materiales, llame a Servicios para Miembros.

Quejas Formales sobre el Acceso para Personas con Discapacidad: Si un Miembro cree que Molina o sus médicos no respondieron a sus necesidades de acceso para personas con discapacidades, el Miembro puede presentar una queja formal ante Molina. Consulte la sección “Apelaciones y Quejas Formales” de este Acuerdo para obtener más información sobre cómo presentar una queja formal.

Acceso a la Atención Médica en tiempo y forma

Su proveedor debe proporcionar acceso oportuno a la atención médica en función de sus necesidades de atención médica. Como mínimo, deben ofrecerle una cita que se indica en los plazos de la tabla a continuación.

A veces, esperar más tiempo para una cita no es un problema. Su proveedor puede darle un tiempo de espera más largo si no es perjudicial para su salud. Además, si prefiere esperar a una cita posterior que se ajuste mejor a su horario o acudir a otro proveedor de su elección, su proveedor y Molina Healthcare respetarán su deseo.

Los estándares de disponibilidad de citas no se aplican a la atención médica preventiva. Su médico puede recomendar un programa específico para los servicios preventivos, según sus necesidades. Los estándares específicos que se enumeran a continuación tampoco se aplican a la atención de seguimiento periódico para afecciones continuas ni a las derivaciones permanentes a especialistas.

Tipo de cita	**Debería poder obtener una cita en:**
Citas de atención de urgencia que no requieren aprobación previa (autorización previa)	48 horas
Citas de atención de urgencia que requieren aprobación previa (autorización previa)	96 horas
Citas de atención médica primaria no urgente (de rutina)	10 días hábiles
Citas de atención médica especializada no urgente (de rutina)	15 días hábiles
Citas de atención médica no urgente (de rutina) de proveedores de salud mental (no es un doctor)	10 días hábiles
Citas de atención de seguimiento de proveedores de salud mental no urgente (de rutina) (no es un doctor)	10 días hábiles a partir de la última cita
Citas no urgentes (de rutina) para servicios auxiliares (de apoyo) por diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otra afección de la salud	15 días hábiles

Otros estándares de tiempo de espera	Debería poder comunicarse en:
Tiempos de espera telefónica de servicios para miembros en horario de atención normal	10 minutos
Tiempos de espera telefónica para la Línea de Consejos de Enfermería	30 minutos (conectado a la enfermera)

Molina Healthcare debe seguir los estándares de tiempo o distancia de viaje para su atención. Esos estándares lo ayudan a garantizar que pueda recibir atención sin tener que viajar demasiado lejos de donde vive. Los estándares de tiempo o distancia de viaje dependen del condado donde reside. Si Molina Healthcare no puede atenderlo dentro de estos estándares de tiempo o distancia de viaje, el Estado puede permitir un estándar diferente, llamado estándar de acceso alternativo.

Si necesita ayuda para encontrar un médico o para obtener estos servicios (incluido el transporte), llame al 1-888-858-2150 (TTY/TDD o 711); o a la Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-888-275-8750 (inglés) o 1-866-648-3537 (español).

Díganos si necesita servicios de intérprete cuando llame a Molina Healthcare o cuando reciba Servicios Cubiertos en el consultorio de su proveedor al programar una cita. Los servicios de intérprete, incluido el lenguaje de señas, están disponibles sin costo para usted. Desalentamos altamente el uso de menores de edad o miembros de la familia como intérpretes. Para obtener más información sobre los servicios de intérprete que ofrecemos, llame al 1-888-858-2150.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Molina debe aprobar ciertos servicios médicos y medicamentos recetados antes de cubrirlos. Este proceso se denomina Autorización Previa (“PA”, en inglés). Muchos Servicios Cubiertos se pueden recibir sin la necesidad de PA. Cuando la PA sea necesaria para un servicio médico o medicamento en particular, el Proveedor del Miembro iniciará la solicitud de PA en su nombre.

Para obtener una lista completa de los Servicios Cubiertos e información sobre si requieren PA, visite MolinaMarketplace.com/CAGetCare. En la lista se especifica qué servicios requieren PA y cuáles no. Además, los Miembros pueden ponerse en contacto con Servicios para Miembros para obtener ayuda.

Molina revisa las solicitudes de PA al recibir toda la información requerida. En casos urgentes, el Proveedor de un Miembro puede solicitar un procesamiento acelerado de PA. Molina comunicará la decisión al Proveedor del Miembro dentro de los plazos permitidos por la ley Estatal y Federal.

Se notificará a los Miembros si se deniega su solicitud de PA y recibirán información sobre cómo apelar la denegación.

Tenga en cuenta que las reglas de la PA están sujetas a cambios. Se recomienda a los Miembros que se comuniquen con Servicios para Miembros o visiten MolinaMarketplace.com antes de buscar ciertos servicios.

Plazos de la PA

Servicios médicos:

- Solicitudes de PA de rutina:
  - Sin superar los 5 días laborables a partir de la recepción por parte del plan de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por el Plan para tomar una decisión.
- Solicitudes de PA urgentes:
  - 72 horas desde la solicitud.
  - Se utiliza el plazo urgente si el uso del plazo estándar:
    - Puede amenazar seriamente su vida o su salud.
    - Pueden amenazar seriamente su capacidad para recuperar la función completa.
    - Le causarían un dolor intenso que no se puede controlar sin la atención solicitada, según su Proveedor.
- Las Condiciones Médicas de Emergencia y los Servicios Posteriores a la Estabilización no requieren PA. Sin embargo, los Servicios Posteriores a la Estabilización recibidos en el departamento de pacientes internados de un hospital están sujetos al proceso de Revisión Simultánea para Pacientes Internados que se describe a continuación.

Medicamentos y Medicamentos Recetados: Las decisiones sobre la Autorización Previa y las notificaciones para el acceso a medicamentos que no figuran en el Formulario de Molina se proporcionarán como se describe en las secciones tituladas “Autorización Previa” y “Solicitudes de Excepción al Formulario” de este Acuerdo.

Necesidad Médica: las determinaciones sobre las Autorizaciones previas se realizan en función de una revisión de la Necesidad médica del servicio solicitado. Molina está aquí para ayudar a guiar a los Miembros durante todo este proceso. Si un Miembro tiene preguntas sobre cómo se puede aprobar un determinado servicio, puede visitar MolinaMarketplace.com o comunicarse con Servicios para Miembros. Molina puede explicarle cómo se toma este tipo de decisión.

Los criterios para determinar la Necesidad médica para los servicios de atención médica incluyen evaluar si los servicios se alinean con el diagnóstico o la condición del Miembro en relación con el tipo, la cantidad, la frecuencia, el nivel, el establecimiento y la duración. La evaluación de la Necesidad médica se basa en evidencia médica o científica generalmente aceptada y es consistente con los parámetros de práctica generalmente aceptados.

Molina no otorgará la Autorización previa si no se proporciona la información necesaria para la revisión. Los servicios que no cumplan con los criterios de Necesidad médica no recibirán aprobación. Si el servicio solicitado no es un Servicio cubierto, no será aprobado. Los Miembros recibirán un aviso por escrito en el que se explicarán los

motivos de la denegación de la solicitud de Autorización previa. El Miembro, su Representante Autorizado o su Proveedor pueden apelar la decisión de determinación de Necesidad Médica. La carta de decisión informará a los Miembros sobre el proceso para apelar la decisión de denegación. Estas instrucciones también se encuentran en la sección “Apelaciones y Quejas Formales” de este Acuerdo. Los Miembros pueden solicitar los criterios de revisión clínica utilizados para evaluar la Necesidad Médica de las solicitudes de autorización comunicándose con Servicios para Miembros.

Si un Miembro o su Proveedor deciden proceder con un servicio que no recibió la aprobación de Molina, el Miembro será responsable de cubrir el costo de dichos servicios.

Revisión de la Utilización: el personal autorizado de Molina procesa las solicitudes de Autorización previa y realiza revisiones simultáneas. Si se solicita, los Proveedores y Miembros que pidan una autorización para Servicios Cubiertos recibirán un detalle de los criterios utilizados para tomar las determinaciones de cobertura. Molina brinda asistencia e informa a los miembros sobre alternativas de atención cuando un miembro no está autorizado para recibir un servicio.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

La Coordinación de Beneficios (“**COB”**, en inglés) se aplica cuando un Miembro tiene cobertura para atención médica de más de un Plan. Todos los beneficios proporcionados en virtud de este Acuerdo del Plan están sujetos a esta disposición. A los efectos de esta disposición de la COB, el Plan se define a continuación.

Las reglas de determinación de orden de beneficios rigen el orden en que cada Plan pagará una reclamación por beneficios. El Plan que paga primero se llama “**Plan Primario**”. El Plan primario debe pagar beneficios de acuerdo con sus términos de política, sin considerar la posibilidad de que otro Plan pueda cubrir algunos gastos. El Plan que paga después del Plan Primario es el “**Plan Secundario**”. El Plan Secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los Planes no excedan el 100 % del Gasto Total Permitido.

Beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica
Para el suministro de beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica, este Plan se considera primario.

Definiciones (aplicable a esta disposición de la COB)

Un “**Plan**” es cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios para atención o tratamiento médico o dental. Si se utilizan contratos separados para proporcionar cobertura coordinada a los miembros de un grupo, los contratos separados se consideran partes del mismo plan y no hay COB entre esos contratos separados.

1. El Plan incluye:

- Cobertura de seguro de grupo, general o franquicia.
- Acuerdos del plan de servicio, práctica de grupo, práctica individual y otra cobertura de pago anticipado.
- Cualquier cobertura bajo los planes de administración de mano de obra, los planes de asistencia pública de los sindicatos, los planes de organización de empleadores o los planes de organización de beneficios de los empleados.
- Cualquier cobertura bajo programas gubernamentales y cualquier cobertura requerida o provista por cualquier estatuto.

2. El Plan no incluye: cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija; cobertura solo por accidente; cobertura específica de enfermedad o accidente; cobertura limitada de salud de beneficios, cobertura del tipo de accidente escolar; beneficios para componentes no médicos de las pólizas de atención médica a largo plazo; pólizas complementarias de Medicare; o cobertura bajo otros planes gubernamentales federales, a menos que lo permita la ley.

Cada contrato de cobertura bajo el apartado (1) o (2) es un Plan separado. Si un Plan tiene dos partes y las reglas COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se trata como un Plan separado.

- “Este Plan” hace referencia a la parte de este Contrato que proporciona los beneficios que están sujetos a esta disposición de COB y que pueden reducirse debido a los beneficios de otros Planes. Cualquier otra parte del contrato que proporciona beneficios de atención médica está separada de este Plan. Un contrato puede aplicar una disposición de COB a ciertos beneficios, tales como beneficios dentales, en coordinación solo con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de COB para coordinar otros beneficios.

Las reglas de determinación del orden de los beneficios establecen si este es un Plan Primario o un Plan Secundario cuando la persona tiene cobertura para atención médica bajo más de un Plan. Cuando este Plan es primario, determina el pago de sus beneficios antes que los de cualquier otro Plan, sin considerar los beneficios de ningún otro Plan. Cuando Este Plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro Plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del Plan no superen el 100 % del Gasto total permitido. Cuando el Miembro tiene cobertura con más de dos Planes, este Plan puede ser un Plan Primario en cuanto a uno o más planes y puede ser un Plan Secundario en cuanto a un Plan o Planes diferentes.

“**Gasto permitido**” es un gasto de atención médica, incluidos Deducibles, Coseguro y Copagos, que está cubierto al menos en parte por cualquier Plan que cubra al Miembro. Cuando un Plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un Gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún Plan que cubra al Miembro no es un Gasto permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor no pueda cobrar a un Miembro, debido a que está prohibido por ley o de conformidad con un acuerdo contractual, no es un Gasto permitido.

Los siguientes son ejemplos de gastos que no son Gastos Permitidos:

1. La diferencia entre el costo de una habitación de hospital semiprivada y una privada no es un Gasto Permitido, a menos que uno de los Planes proporcione cobertura para los gastos de la habitación privada.

2. Si un Miembro está cubierto por 2 o más Planes que computan sus pagos de beneficios sobre la base de tarifas habituales y razonables, o una metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier importe que supere el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un Gasto Permitido.

3. Si un Miembro está cubierto por 2 o más Planes que ofrecen beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, un monto que exceda las tarifas más altas negociadas no es un Gasto Permitido.

4. Si un Miembro está cubierto por un Plan que calcula sus beneficios o servicios sobre la base de las tarifas Usuales y Habituales o de la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar y otro Plan que proporciona sus beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, el acuerdo de pago del Plan Primario será el Gasto Permitido para todos los Planes.

   Sin embargo, si el Proveedor tiene un contrato con el Plan Secundario para proporcionar el beneficio o el servicio por una tarifa negociada específica o un monto de pago que sea diferente del acuerdo de pago del Plan Primario y si el contrato del Proveedor lo permite, la tarifa negociada o el pago serán los Gastos Permitidos que el Plan Secundario utilice para determinar sus beneficios.

5. El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del Plan Primario porque un Miembro no ha cumplido con las disposiciones del Plan no es un Gasto Permitido. Algunos ejemplos de este tipo de disposiciones del Plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, precertificaciones de internaciones y contratos de Proveedores preferidos.

"**Período de Determinación de la Reclamación**" significa un año calendario.

Reglas de Determinación del Orden de Beneficios:
(A) Cuando un Miembro cuenta con cobertura de dos o más Planes, estas reglas de Determinación del Orden de Beneficios se aplican para determinar los beneficios que se otorgan a un Miembro con cobertura de Este Plan para cualquier Período de Determinación de la Reclamación si, para los Gastos Permitidos incurridos como tal Miembro durante ese período, la suma de:

(i) El valor de los beneficios que proporcionaría Este Plan en ausencia de esta disposición, y

(ii) Los beneficios que se pagarían en virtud de todos los demás Planes en ausencia de disposiciones de fines similares a esta disposición superarían esos Gastos Permitidos.

(B) En cuanto a cualquier Período de Determinación de Reclamación al que sea aplicable esta disposición, los beneficios que se proporcionarían en virtud de Este Plan en ausencia de esta disposición para los Gastos Permitidos incurridos como tal Miembro durante dicho Período de Determinación de Reclamación se reducirán en la medida necesaria para que la suma de tales beneficios reducidos y todos los beneficios pagaderos por tales Gastos Permitidos en todos los demás Planes, excepto como se estipula en el párrafo (C), no excederá el total de los Gastos Permitidos. Los beneficios pagaderos bajo otro Plan incluyen los beneficios que habrían sido pagaderos si se hubiera hecho la reclamación.

(C) Si (i) otro Plan que está involucrado en el párrafo (B) y que contiene una disposición que coordina sus beneficios con los de Este Plan, de acuerdo con sus reglas, determinaría sus beneficios después de que se hayan determinado los beneficios de Este Plan, y (ii) las reglas establecidas en el párrafo (D) requerirían que Este Plan determine sus beneficios antes de dicho otro Plan, entonces los beneficios de dicho otro Plan serán ignorados para determinar los beneficios de Este Plan.

(D) A los efectos del párrafo (C), utilice la primera de las siguientes reglas que establecen el orden de determinación, que se aplica a:

(1) Los beneficios de un Plan que cubre al Miembro en cuyas reclamaciones de gastos se basa como no dependiente se determinarán antes de los beneficios de un Plan que cubre a dicho Miembro como dependiente, excepto que, si el Miembro es también beneficiario de Medicare y como resultado de las reglas establecidas por el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (42 USC 1395 et seq.) y las regulaciones de implementación, Medicare es (i) un Miembro jubilado que cubre a un Miembro que cubre al otro dependiente (ii) y primario para el Plan al cubrir al Miembro como si no fuera dependiente (por ejemplo, un empleado jubilado). Luego los beneficios del Plan que cubren al Miembro como dependiente se determinan antes que los del Plan que cubre a ese Miembro como no dependiente.

(2) Excepto en los casos de un Miembro para el que la reclamación se haga como hijo dependiente cuyos padres estén separados o divorciados, los beneficios de un Plan que cubra al Miembro en cuyo reclamo de gastos se base como dependiente de un Miembro cuya fecha de nacimiento, excluido el año de nacimiento, se produzca antes de un año civil, se determinarán antes de los beneficios de un Plan que cubra a dicho Miembro como dependiente de una fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento. Si cualquiera de los Planes no tiene las disposiciones de este apartado relativas a los dependientes, lo que genera que cada Plan determine sus beneficios antes que el otro o que cada Plan determine sus beneficios después del otro, las disposiciones de este apartado no se aplicarán, y la regla establecida en el Plan que no tenga las disposiciones de este apartado determinará el orden de los beneficios.

(3) Salvo lo dispuesto en el apartado (5), en el caso de un Miembro para quien la reclamación se haga como hijo dependiente cuyos padres están separados o divorciados y el padre con custodia del niño no se ha vuelto a casar, los

beneficios de un Plan que cubre al niño como dependiente del padre con custodia del niño se determinarán antes de los beneficios de un Plan que cubra al niño como dependiente del padre sin custodia.

(4) Salvo lo dispuesto en el apartado (5), en el caso de un Miembro para el que se haga la reclamación como hijo Dependiente cuyos padres están divorciados y el padre con custodia del niño se ha vuelto a casar, los beneficios de un Plan que cubre al niño como dependiente del padre con custodia se determinarán antes de los beneficios de un Plan que cubre a ese hijo dependiente como dependiente del padrastro, y los beneficios de un Plan que cubre a ese hijo como dependiente del padrastro se determinarán antes de los beneficios de un Plan que cubra al hijo como dependiente del padre sin custodia.

(5) En el caso de un Miembro para el que la reclamación se hace como un hijo dependiente cuyos padres están separados o divorciados, en el que exista un decreto judicial que de otra manera establecería la responsabilidad financiera por los gastos médicos, dentales u otros gastos de atención médica con respecto al hijo, a pesar de los Apartados (3) y (4), los beneficios de un Plan que cubra al niño como dependiente del padre con tal responsabilidad financiera se determinará antes de los beneficios de cualquier otro Plan que cubra al hijo como dependiente.

(6) Salvo lo dispuesto en el Apartado (7), los beneficios de un Plan que cubra al Miembro para cuya reclamación de gastos se base como empleado despedido o jubilado, o dependiente de dicho Miembro, se determinarán después de los beneficios de cualquier otro Plan que cubra a dicho Miembro como empleado, distinto de un empleado despedido o jubilado, o dependiente de dicho Miembro.

(7) Si alguno de los Planes no tiene una disposición relativa a los empleados despedidos o retirados, lo que resulta en que cada Plan determine sus beneficios después del otro, la regla en virtud del Apartado (6) no se aplicará.

(8) Si un Miembro cuya cobertura se proporciona bajo un derecho de continuación conforme a la ley federal o estatal también está cubierto bajo otro Plan, el siguiente será el orden de determinación de beneficios:

- En primer lugar, los beneficios de un Plan que cubra al Miembro como empleado, miembro o suscriptor, o como dependiente de ese Miembro;

- En segundo lugar, los beneficios bajo la cobertura de continuación. Si el otro Plan no tiene las reglas descritas arriba, y como resultado, los Planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, la regla en este subpárrafo se ignora.

(9) Cuando los Apartados (1) a (8) no establezcan una orden de determinación de beneficios, los beneficios de un Plan que ha cubierto al Miembro en cuya reclamación de gastos se basa por el período más largo de tiempo se determinarán antes de los beneficios de un Plan que ha cubierto a dicho Miembro por el período más corto de tiempo.

(E) Cuando esta disposición opere para reducir la cantidad total de beneficios que, de otra manera, se pagarán en cuanto a un Miembro cubierto por Este Plan durante cualquier Período de Determinación de Reclamación, cada beneficio que se pagaría en ausencia de esta disposición se reducirá proporcionalmente, y esa cantidad reducida se cobrará contra cualquier límite de beneficios aplicable de Este Plan.

Efecto sobre los Beneficios de este Plan:
Cuando una reclamación en virtud de un Plan con una disposición COB implica otro Plan, que también tiene una disposición COB, los operadores involucrados utilizarán las reglas anteriores para decidir el orden en el que se determinarán los beneficios pagaderos bajo los Planes respectivos.

Al determinar el período de tiempo durante el cual un individuo ha sido cubierto bajo un Plan dado, dos Planes sucesivos de un grupo determinado se considerarán como un Plan continuo siempre y cuando el reclamante afectado haya sido elegible para la cobertura dentro de las 24 horas siguientes a la terminación del Plan anterior. Por lo tanto, ni un cambio en la cantidad o alcance de los beneficios proporcionados por un Plan, un cambio en el operador que asegura el Plan, ni un cambio de un tipo de Plan a otro (por ejemplo, un solo empleador a un Plan de empleador múltiple, o viceversa, o un solo empleador a un Taft-Hartley Welfare Plan) constituirían el inicio de un nuevo Plan a los efectos de esta instrucción.

Si la fecha de entrada en vigor de la cobertura de un reclamante en virtud de un Plan determinado es posterior a la fecha en que el operador contrató por primera vez el Plan para el grupo de que se trate (empleador, sindicato, asociación, etc.), a falta de información específica en sentido contrario, el operador asumirá, a los efectos de esta instrucción, que la duración del reclamante cubierta en virtud de ese Plan se medirá a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del reclamante. Si la Fecha de Entrada en Vigor de la cobertura de un reclamante en virtud de un Plan dado es la misma que la fecha en que el operador contrató primero para proporcionar el Plan para el grupo en cuestión, el operador requerirá que el grupo en cuestión proporcione la fecha en la que el reclamante quedó cubierto por primera vez en el plazo más temprano de Cualquier Plan previo que el grupo pudiera haber tenido. Si no se dispone fácilmente de esa fecha, la fecha en que el reclamante se convirtió por primera vez en miembro del grupo se utilizará como la fecha a partir de la cual se determinará la duración de su cobertura en virtud de ese Plan.

Se reconoce que puede haber planes de grupo existentes que contengan disposiciones en virtud de las cuales se declare que la cobertura es “excesiva” para todas las demás coberturas, u otras disposiciones de la COB que no son compatibles con esta regla. En tales casos, se insta a los planes a que utilicen los siguientes procedimientos de administración de reclamaciones: Un plan de grupo debe pagar primero si fuera primario bajo el orden de determinación de beneficios de COB. En aquellos casos en que, normalmente, un plan de grupo se consideraría secundario, el plan debería hacer todo lo posible para coordinarse en una posición secundaria con los beneficios disponibles a través de cualquier plan de “exceso”. El plan debe tratar de obtener la información necesaria del plan de “exceso”.

Derecho a Recibir y Divulgar la Información Necesaria:
Con el fin de determinar la aplicabilidad y la implementación de los términos de esta disposición de este Plan o cualquier disposición de un propósito similar de cualquier otro Plan, el Plan puede divulgar u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización o persona cualquier información, con respecto a cualquier persona que el Plan considere necesaria para tales fines. Toda persona que reclame beneficios en virtud de este Plan proporcionará tal información si fuera necesaria para implementar esta disposición.

Facilidad de Pago
un pago realizado bajo otro Plan puede incluir un monto que debería haber sido pagado bajo este Plan. En ese caso, Molina puede pagar ese monto a la organización que hizo ese pago. Ese monto se tratará entonces como si fuera un beneficio pagado bajo este Plan. Molina no tendrá que volver a pagar ese monto. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios. En la medida de tales pagos, el Plan estará totalmente liberado de la responsabilidad en virtud de Este Plan.

Derecho de Recuperación
Si el importe de los pagos realizados por Molina es más de lo que debería haber pagado Molina en virtud de esta disposición de COB, Molina podrá recuperar el exceso de una o más de las personas que pagamos o de las que habíamos pagado, o de otras personas u organizaciones que puedan ser responsables de los beneficios o servicios proporcionados por el Miembro. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

Disputas de Coordinación
Si usted cree que Molina no ha pagado una reclamación correctamente, primero debe intentar resolver el problema comunicándose con Molina. Siga los pasos que se detallan en la sección “Apelaciones y Quejas Formales” a continuación. Si, de todos modos, no está satisfecho, puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) para obtener instrucciones sobre cómo presentar una queja de consumidor. Llame al 1 (888) 466-2219 o visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) en www.dmhc.ca.gov.

al elegir la cobertura o aceptar los beneficios en virtud de este Acuerdo, todos los Miembros legalmente capaces de contratar, y los representantes legales de todos los Miembros incapaces de contratar, están de acuerdo con todas las disposiciones de este Acuerdo.

COSTOS COMPARTIDOS

Molina exige que los Miembros paguen los Costos Compartidos de ciertos Servicios Cubiertos en conformidad con este Acuerdo. Los miembros deben revisar su Plan de Beneficios para conocer los Costos Compartidos que se aplican a los Servicios Cubiertos. Para ciertos Servicios Cubiertos, como los análisis de laboratorio y las radiografías, que se proporcionan en la misma fecha del servicio y en la misma

ubicación de una visita al consultorio de un PCP o un Especialista, los Miembros solo serán responsables del monto de los Costos Compartidos aplicables a la visita al consultorio.

A los Miembros se les proporcionará una comunicación impresa por defecto con su saldo devengado actualizado para su Deducible anual y OOPM todos los meses en los que se utilicen los beneficios hasta que el saldo devengado sea igual al monto total del Deducible y/u OOPM. Si los Miembros no desean recibir comunicación impresa con esta información, pueden optar por no participar y acceder a esta información en tiempo real en el Portal MyMolina o poniéndose en contacto con Servicios para Miembros. Los Miembros que decidan no recibir comunicaciones impresas pueden optar por volver a participar en cualquier momento comunicándose con Servicios para Miembros.

Los Miembros que reciben Servicios cubiertos hospitalarios para pacientes internados o servicios en un centro de enfermería especializada en la fecha de vigencia de este Acuerdo pagan los Costos Compartidos vigentes conforme a este Acuerdo a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura con Molina. En el caso de los artículos pedidos por adelantado, los Miembros pagan los Costos Compartidos vigentes conforme a este Acuerdo a partir de la fecha de entrada en vigencia solo para los Servicios Cubiertos. Los costos compartidos de los medicamentos recetados cubiertos se deben pagar en el momento en que la farmacia de la red surta la receta del Miembro. Los niveles del formulario y los Costos Compartidos del diseño del plan se describen en la sección “Medicamentos recetados” de este Acuerdo y en el Plan de Beneficios de su plan.

SERVICIOS CUBIERTOS

En esta sección, se describen los Servicios Cubiertos disponibles en este Plan. Los Servicios Cubiertos están disponibles para los Miembros actuales y pueden quedar sujetos a los Costos Compartidos, las exclusiones, las limitaciones, los requisitos de autorización, las aprobaciones y los términos y condiciones de este Acuerdo. Molina solo proporcionará y pagará un servicio cubierto si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- La persona que recibe los Servicios Cubiertos es un Miembro en la fecha en la que se prestan dichos servicios.
- Los Servicios Cubiertos son médicamente necesarios, o Molina los aprobó.
- Los servicios se identifican como Servicios Cubiertos en este Acuerdo.
- El Miembro recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, excepto los Servicios Cubiertos que están expresamente cubiertos cuando los prestan Proveedores No Participantes según los términos de este Acuerdo.

Molina no cubrirá ningún servicio, suministro o equipo que se proporcione antes de la fecha de entrada en vigor o después de la fecha de terminación de este Acuerdo. Los Miembros deben leer este Acuerdo en su totalidad y con atención a fin de comprender su cobertura y evitar ser financieramente responsables de los servicios que no son Servicios Cubiertos en virtud de este Acuerdo.

Beneficios de salud esenciales: los Servicios Cubiertos para los Miembros incluyen los Beneficios de Salud Esenciales (EHB, en inglés), según lo define la Ley de Atención Médica Asequible (ACA, en inglés) y sus normas federales correspondientes. Los servicios que no son EHB se detallarán específicamente en este Acuerdo. La cobertura de EHB incluye, al menos, las 10 categorías de beneficios identificadas en la Ley ACA y sus normas federales correspondientes. Los Miembros no pueden quedar excluidos de la cobertura en ninguna de las 10 categorías de los EHB. Tenga en cuenta que los Miembros no serán elegibles para los Servicios pediátricos Cubiertos de EHB en virtud de este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m. del último día del mes en que cumplan 19 años. Esto incluye cobertura dental pediátrica y cobertura de la vista de pacientes pediátricos.

En virtud de la ACA y sus normas federales correspondientes que regulan los EHB, se aplican las siguientes condiciones:

- Molina no puede fijar límites vitalicios ni anuales sobre el valor en dólares de los EHB que se proporcionan conforme a este Acuerdo.
- Cuando un Proveedor Participante proporciona los servicios preventivos de los EHB, el Miembro no tendrá que pagar ningún monto de costos compartidos.
- Molina debe asegurarse de que los Costos Compartidos que los Miembros pagan por todos los EHB no excedan el límite anual determinado en virtud de la ACA.

A los efectos del límite anual de los EHB, los Costos Compartidos se refieren a cualquier costo que un Miembro deba pagar para recibir los EHB. Los Costos Compartidos incluyen los deducibles, el coseguro y los copagos, pero excluye las Primas y los gastos del Miembro en los servicios no cubiertos.

Servicios de Acupuntura: Molina cubre los servicios de acupuntura que normalmente se brindan solo para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral de manejo del dolor para el tratamiento del dolor crónico.

Ensayos clínicos aprobados: Molina cubre los costos de atención médica rutinaria al paciente para los Miembros calificados que participan en Ensayos Clínicos Aprobados para el cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal. Una enfermedad o una afección potencialmente mortal es aquella con una alta probabilidad de muerte, a menos que se interrumpa el curso de dicha enfermedad o afección. Nunca se inscribirá a un miembro en un ensayo clínico sin su consentimiento.
A fin de calificar para la cobertura, un miembro inscrito debe recibir un diagnóstico de cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal, lo deben aceptar en un ensayo clínico aprobado (como se define a continuación) y debe contar con una autorización previa o aprobación de Molina. Un Ensayo Clínico Aprobado es uno que se encuentra en fase I, fase II, fase III o fase IV, que se realiza en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal y que cumple con una de las siguientes declaraciones:

1. Uno o más de los siguientes organismos aprueba o financia el estudio: los Institutos Nacionales de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención

Médica, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos, el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, el Departamento de Energía de los Estados Unidos o un organismo no gubernamental de investigación calificado e identificado en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para los subsidios de apoyo a los centros, o

2. El estudio o la investigación se lleva a cabo bajo una nueva aplicación de medicamentos en investigación revisada por la FDA.
3. El estudio o investigación es un ensayo de medicamentos que está exento de tener tal aplicación de nuevos medicamentos en investigación.

Todas las aprobaciones y requisitos de autorización previa que se aplican a la atención de rutina para los Miembros que no están en un Ensayo Clínico Aprobado también se aplican a la atención de rutina para los Miembros en ensayos clínicos aprobados. Si un Miembro califica, Molina no puede negarle la participación. Asimismo, Molina no puede denegar, limitar ni imponer condiciones en la cobertura de los costos de rutina del paciente asociados a su participación en un Ensayo Clínico Aprobado para el que el Miembro califica. No se le negará ningún Servicio Cubierto ni se excluirá a ningún Miembro bajo este Acuerdo por su estado de salud o su participación en un Ensayo Clínico Aprobado. El costo de los medicamentos utilizados en el manejo clínico directo del Miembro estará cubierto a menos que el Ensayo Clínico Aprobado sea para la investigación de ese medicamento o que el medicamento sea proporcionado gratuitamente a los Miembros en el ensayo clínico.

Molina no tiene la obligación de cubrir ciertos elementos y servicios que no son costos rutinarios para el paciente, según lo determina la Ley de Atención Médica Asequible, incluso si el Miembro incurre en estos costos mientras participa en un Ensayo Clínico Aprobado. Los costos excluidos de la cobertura en virtud de este Plan incluyen:

1. el artículo, dispositivo o servicio de investigación clínica en sí,
2. artículos y servicios exclusivamente para fines de recopilación y análisis de datos y no para el manejo clínico directo del paciente,
3. cualquier servicio que no se ajuste al estándar de atención establecido para el diagnóstico del paciente, y
4. transporte, alojamiento, comida y otros gastos asociados con el viaje hacia o desde un Centro que proporcione el Ensayo Clínico Aprobado.

Los servicios o los costos de rutina del paciente asociados con los Ensayos Clínicos Aprobados obtenidos de un Proveedor No Participante no están cubiertos.

Si uno o más Proveedores Participantes intervienen en un Ensayo Clínico Aprobado, Molina puede requerir que un Miembro participe en el ensayo por medio de dicho Proveedor Participante, siempre y cuando el Proveedor acepte al Miembro como participante en el Ensayo Clínico Aprobado.

Si el Ensayo Clínico Aprobado se lleva a cabo fuera del estado de residencia del Miembro, no se denegará la cobertura de los servicios de pacientes de rutina

relacionados con el Ensayo Clínico Aprobado únicamente porque el ensayo se lleve a cabo fuera del estado.

Todas las aprobaciones y requisitos de autorización previa que se aplican a la atención de rutina para los Miembros que no están en un Ensayo Clínico Aprobado también se aplican a la atención de rutina para los Miembros en ensayos clínicos aprobados. En el caso de los Servicios Cubiertos relacionados con un Ensayo Clínico Aprobado, los Costos Compartidos se aplicarán igual que si el servicio no estuviera específicamente relacionado con un Ensayo Clínico Aprobado. Los miembros pagarán los Costos Compartidos que pagarían si los servicios no estuvieran relacionados con un ensayo clínico. Los Miembros deben comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información sobre la cobertura.

Cirugía Bariátrica: Molina cubre la atención para pacientes internados relacionada con procedimientos quirúrgicos bariátricos. Esto incluye habitación y pensión, imágenes, laboratorio, procedimientos especiales y servicios médicos de Proveedores Participantes. Los servicios incluidos son los que se realizan para tratar la obesidad mórbida. El tratamiento implica cambiar el tracto gastrointestinal para reducir la ingesta y absorción de nutrientes. Se deben cumplir todos los siguientes requisitos para recibir estos servicios:

- El Miembro debe completar el programa preparatorio educativo prequirúrgico aprobado por el grupo médico con respecto a los cambios en el estilo de vida. Estos cambios son necesarios para el éxito de la cirugía bariátrica a largo plazo.
- Un médico Proveedor Participante que es médico especialista en atención bariátrica determina que la cirugía es Médicamente Necesaria.

Para los Servicios Cubiertos relacionados con la cirugía bariátrica, el Miembro pagará los Costos Compartidos que se aplicarían si los Servicios Cubiertos no estuvieran relacionados con la cirugía bariátrica. Por ejemplo, en el caso de la atención para pacientes internados, el Miembro pagaría los Costos Compartidos que figuran en el apartado “Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados” del Plan de Beneficios.

Pruebas de Biomarcadores: Molina cubre las pruebas de biomarcadores médicamente necesarias según lo exige la Ley Estatal, sujeto a la administración de la revisión de la utilización, con fines de diagnóstico, tratamiento, manejo apropiado o monitoreo continuo de la enfermedad o condición de un Miembro para guiar las decisiones de tratamiento.

Tratamiento contra el cáncer:: Molina brinda las siguientes coberturas para la atención y el tratamiento de los pacientes con cáncer, que incluye, entre otros, los siguientes servicios:

- Las pruebas y las pruebas de detección preventivas de cáncer (consulte la sección “Servicios Preventivos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Pruebas de biomarcadores sin necesidad de autorización previa para un miembro con cáncer avanzado o metastásico en estadio 3 o 4
- Pruebas de detección de diagnóstico, laboratorio y procedimientos

- La evaluación dental, las radiografías, el tratamiento con fluoruro y las extracciones necesarias a fin de preparar la mandíbula del miembro para la radioterapia contra el cáncer y otras enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello.
- Las mastectomías (extirpación de las mamas) y las disecciones de los ganglios linfáticos para el tratamiento contra el cáncer de mama.
- Los servicios relacionados con la mastectomía (consulte las secciones “Cirugía reconstructiva” y “Dispositivos protésicos y ortóticos implantados internamente o externos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Costos de atención de pacientes de rutina para los Miembros que participan en un Ensayo Clínico Aprobado para el cáncer (consulte la sección “Ensayos Clínicos Aprobados” de este Acuerdo para obtener más información).
- Los medicamentos recetados contra el cáncer (consulte la sección “Medicamentos Recetados” de este Acuerdo para obtener más información).

Servicios dentales y de ortodoncia: Molina se ha asociado con California Dental Network, Inc. para administrar beneficios dentales pediátricos para Miembros hasta los 19 años. Los beneficios dentales pediátricos incluyen servicios preventivos, de diagnóstico, de rutina, principales y de ortodoncia, como se describe en el anexo “Servicios Dentales Pediátricos” adjunto a este Acuerdo.

Los servicios dentales y de ortodoncia prestados a adultos y niños conforme a este Acuerdo deben contar con una Autorización Previa y se limitan a los siguientes:

- Servicios dentales para el tratamiento con radioterapia.
- Anestesia dental cuando sea Médicamente Necesario.
- Servicios dentales y de ortodoncia para el paladar hendido.
- Servicios para tratar el trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ, en inglés) (consulte la sección “Trastorno de la articulación temporomandibular” de este Acuerdo).
- Servicios dentales necesarios debido a lesiones accidentales.

Servicios para la diabetes: Molina cubre los siguientes servicios relacionados con la diabetes:

- Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes cuando las proporciona un Proveedor Participante.
- Exámenes de retinopatía diabética (exámenes de retina dilatada).
- Materiales educativos fáciles de leer sobre la salud de las personas diabéticas.
- Terapia de nutrición médica en un ambiente de salud ambulatorio, para pacientes internados o domiciliario.
- Capacitación para la autocontrol del paciente ambulatorio.
- Atención médica rutinaria de los pies (se incluye la atención para el cuidado de ojos de gallo, juanetes, callos o desbridamiento de las uñas).
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando son recetados por un Proveedor Participante que es un podólogo
- Los Servicios Preventivos incluyen los siguientes:
    - Educación y autogestión de la diabetes.

    - Pruebas de detección de diabetes (de tipo 2).
    - Pruebas de detección de diabetes gestacional.
- Servicios de dietistas.
- Asesoramiento nutricional.

Para obtener información sobre los suministros destinados a diabéticos, consulte la sección “Medicamentos Recetados”.

Servicios de diálisis: Molina cubre los servicios de diálisis aguda y crónica si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los servicios se brindan dentro del Área de Servicio.
- El Miembro cumple con todos los criterios médicos desarrollados por Molina.
- Un médico Proveedor Participante brinda una derivación por escrito para la atención en el centro.

Después de que un Miembro recibe el entrenamiento apropiado en un centro de diálisis aprobado y designado por Molina, Molina también cubre el equipo y los suministros médicos necesarios para la hemodiálisis en casa y la diálisis peritoneal en casa dentro del Área de Servicio. La cobertura se limita al elemento estándar de equipo o suministros que se adapten adecuadamente a las necesidades médicas del Miembro. Molina decide si alquilar o comprar el equipo y los suministros, y selecciona al proveedor. El Miembro debe devolver el equipo y cualquier suministro no utilizado o pagar el precio justo de mercado del equipo y todo suministro no utilizado cuando ya no reciba cobertura.

Equipo médico duradero (DME, en inglés): Molina cubre el alquiler o la compra de ciertos DME. Además, Molina cubre reparaciones, mantenimiento, entrega y suministros razonables relacionados con el DME. Se debe brindar el DME a través de un proveedor contratado con Molina. Se requiere autorización previa.

Servicios de emergencia

Servicios de emergencia disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los Miembros. Los Miembros que crean que están teniendo una emergencia deben llamar al **911** de inmediato y acudir al hospital o al centro de emergencias más cercanos. Para recibir los Servicios de Emergencia, los Miembros deben presentar su tarjeta de identificación del Miembro. Aquellos Miembros que no crean que necesitan Servicios de Emergencia, pero que necesitan atención médica, deben llamar al número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día o comunicarse con su PCP. Los Miembros no deben ir Sala de Emergencias si su afección no es una Emergencia.

Emergencias de Salud Conductual: Molina cubre el tratamiento Médicamente Necesario de un trastorno de salud mental o de abuso de sustancias, incluidos, entre otros, los servicios de crisis de salud conductual, proporcionados a un inscrito por un centro 988 o un equipo móvil de crisis, independientemente de si el servicio es proporcionado por un Proveedor Participante o un Proveedor No Participante. No se requiere autorización previa. Para los servicios de un Proveedor No Participante, el Miembro no pagará más que los mismos Costos Compartidos que pagaría por los mismos Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor Participante.

Agresión Sexual: Molina cubre los Servicios de Emergencia y el tratamiento de atención médica de seguimiento en caso de violación o agresión sexual sin Costos Compartidos durante los primeros nueve meses después de que el Miembro inicie el tratamiento. El Miembro debe recibir Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, excepto los Servicios de Emergencia y las otras excepciones descritas en la sección de este Acuerdo titulada “Requisito del Proveedor Participante”.

Servicios de Emergencia cuando el Miembro se encuentra fuera del Área de Servicio: los Miembros deben acudir a la sala de emergencias más cercana para recibir atención cuando estén fuera del Área de Servicio de Molina cuando crean que están teniendo una Emergencia. Comuníquese con Servicios para Miembros en un plazo de 24 horas o tan pronto como pueda.

Servicios de Emergencia Prestados por un Proveedor No Participante: Los Servicios de Emergencia para el tratamiento de una Condición Médica de Emergencia están sujetos a Costos Compartidos. Esto se aplica de igual manera si quienes brindan los Servicios de Emergencia son Proveedores Participantes o Proveedores No Participantes. Los Miembros deben consultar los Costos Compartidos para los Servicios de Emergencia en el Plan de Beneficios.

Importante: Salvo que la Ley Estatal exija lo contrario, cuando los Servicios de Emergencia se reciben de Proveedores No Participantes para el tratamiento de una Condición Médica de Emergencia, las reclamaciones por los Servicios de Emergencia se pagarán hasta alcanzar la Cantidad Aprobada de Molina. Un Proveedor No Participante en California no puede facturarle el saldo a un Miembro por la diferencia entre la Cantidad Aprobada de Molina y la tarifa que el Proveedor cobra por los Servicios de Emergencia.

Servicios Posteriores a la Estabilización prestados por un Proveedor No Participante: excepto como se establece a continuación, cuando el traslado a un Hospital Proveedor Participante sea adecuado, o cuando se apliquen otras exclusiones de beneficios, Molina cubre los Servicios Posteriores a la Estabilización prestados por un Proveedor No Participante de acuerdo con las leyes Estatales y Federales. Los Servicios Posteriores a la Estabilización Cubiertos, ya sea de Proveedores Participantes o Proveedores No Participantes, están sujetos a los Costos Compartidos para los servicios de emergencia en el Plan de Beneficios. Los Miembros no están sujetos a la facturación del saldo por los Servicios Posteriores a la Estabilización a menos que den su consentimiento a renunciar a las protecciones de facturación del saldo de acuerdo con el proceso requerido por la Ley Estatal o federal.

Transferencia a un Hospital Proveedor Participante:: se requiere Autorización Previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de Servicios de Emergencia y otras excepciones identificadas en este Acuerdo. Para los miembros que son admitidos en un centro de Proveedores No Participantes para recibir servicios de emergencia, Molina trabajará con el miembro y su proveedor para proporcionar transporte a un centro de Proveedores Participantes. Si la cobertura con Molina termina durante una estadía en el hospital, los servicios recibidos después de la fecha de terminación no son Servicios Cubiertos. Si el Miembro renuncia a las protecciones Federales de

facturación del saldo y rechaza la transferencia, los servicios adicionales proporcionados en el centro del Proveedor No Participante no son Servicios Cubiertos, el Miembro será 100 % responsable de los pagos y los pagos no se aplicarán al Deducible ni al Máximo Anual de Gastos de Bolsillo.

Servicios de Emergencia prestados fuera de los Estados Unidos de América: Los Servicios Cubiertos incluyen Servicios de Emergencia mientras se viaja fuera del Área de Servicio. Esto incluye los viajes fuera de los Estados Unidos. Para recibir Servicios de Emergencia mientras viajan fuera de los Estados Unidos, los Miembros deben llamar al número telefónico de emergencia de ese país o territorio, o dirigirse a la sala de emergencias más cercana.

Los Miembros que reciben Servicios de Emergencia mientras viajan fuera de los Estados Unidos deberán pagar los cargos del Proveedor No Participante en el momento en el que reciben dichos servicios. Luego, los Miembros pueden presentar una reclamación para obtener un reembolso de Molina por los cargos que pagaron por los Servicios Cubiertos que le proporcionó el Proveedor No Participante.

Los Miembros son responsables de asegurarse de que las reclamaciones o los registros de tales servicios se traduzcan apropiadamente. Además, son responsables de asegurarse de que el tipo de cambio monetario se identifique claramente al presentar reclamaciones por Servicios de Emergencia recibidos fuera de los Estados Unidos. También se pueden requerir historias clínicas de tratamiento y servicios para el reembolso correspondiente de Molina. Las reclamaciones de reembolso por Servicios Cubiertos se deben enviar a la dirección postal que aparece en la primera página de este Acuerdo.

Molina debe verificar las solicitudes de reembolso de los Servicios Cubiertos que reciben los Miembros mientras viajan fuera de los Estados Unidos antes de que se pueda realizar el pago. Molina calculará la Cantidad Aprobada que estará cubierta por los Servicios de Emergencia mientras viaja fuera del Área de Servicio, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

Como estos servicios son prestados por un Proveedor No Participante, los Miembros solo recibirán el reembolso de la Cantidad Aprobada. Dicha Cantidad Aprobada puede ser inferior a la cantidad que el Proveedor No Participante le cobró al Miembro. Los Miembros no tendrán derecho al reembolso de los cargos por servicios de atención médica o tratamiento que no estén cubiertos por este Acuerdo.

Transporte Médico de Emergencia: Se cubre el transporte médico de emergencia (ambulancia terrestre o aérea) o los servicios de transporte de ambulancia que se prestan mediante el sistema de auxilio para emergencias 911 cuando sea Médicamente Necesario o cuando un Miembro tenga motivos razonables para creer que hay una Emergencia. La facturación del saldo está prohibida en California. Para los servicios de un Proveedor No Participante, el Miembro no pagará más que los mismos Costos Compartidos que pagaría por los mismos Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor Participante.

Planificación familiar: Molina cubre los servicios de planificación familiar, incluidos los siguientes:

- Diagnóstico y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (STD, en inglés) si se indican médicamente, incluidos los kits de pruebas caseras y el procesamiento de laboratorio para esos kits cuando lo solicite un Proveedor Participante.
- Anticonceptivos recetados, lo que incluye suministros anticonceptivos de emergencia provistos por un farmacéutico Proveedor Participante o por Proveedor No Participante, en el caso de una emergencia.
- Productos anticonceptivos de venta libre enumerados en el Formulario, sin costos compartidos, autorización previa, terapia escalonada o receta médica presentando su tarjeta de identificación del Miembro en farmacias de la red.
- Anticoncepción de emergencia de venta libre (“píldoras del día después”) sin receta en las farmacias de la red.
- El plan cubre una versión de cada medicamento anticonceptivo disponible. Cuando un genérico está disponible, el genérico está cubierto. Cuando no está disponible un genérico, la marca está cubierta.
- Atención de seguimiento por cualquier problema que pueda tener el Miembro al usar métodos anticonceptivos proporcionados por los Proveedores de planificación familiar.
- Pruebas de laboratorio, si se indican médicamente, como parte del proceso de decisión de los métodos anticonceptivos entre los que puede elegir el Miembro.
- Pruebas de embarazo y asesoramiento.
- Pruebas de detección, pruebas y asesoramiento de personas en riesgo para el HIV y derivación para el tratamiento.
- Servicios de esterilización voluntaria, incluidas ligaduras de trompas (para mujeres) y vasectomías (para hombres).
- Cualquier otra consulta, examen, procedimiento y servicio médico ambulatorio que sea necesario para recetar, administrar, mantener o retirar un anticonceptivo.

Servicios de recuperación de las habilidades: Molina cubre los servicios y los dispositivos autorizados de atención médica que ayudan a una persona con discapacidad o una afección crónica a mantener, aprender o mejorar sus destrezas y tareas para continuar su vida diaria. Incluyen la fisioterapia, la terapia del habla, la terapia ocupacional y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos de pacientes internados o ambulatorios.

Atención médica domiciliaria: Molina cubre servicios de atención médica domiciliaria de medio tiempo y de forma intermitente a un Miembro confinado a su casa debido a una enfermedad física si el Miembro cuenta con una Autorización Previa y si se contrata a una agencia de atención médica domiciliaria para que provea los servicios. Molina cubre los siguientes servicios de atención médica domiciliaria:

- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Servicios de asistencia médica domiciliaria.
- Servicios sociales médicos

- Suministros médicos que no sean medicamentos ni productos biológicos.
- Aparatos médicos necesarios, provistos según un plan de tratamiento aprobado.
- Servicios de enfermería especializada de medio tiempo por parte del personal de enfermería autorizado.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria.

Los siguientes servicios de atención médica domiciliaria están cubiertos por este plan:

- Un máximo de dos (2) horas por consulta para consultas de una enfermera, un trabajador social médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla, y un máximo de 4 horas por consulta de un auxiliar de atención médica domiciliaria.
- Un máximo de 100 consultas por año natural (incluidas todas las consultas de atención médica domiciliaria).

Atención médica para pacientes terminales: Molina cubre la atención médica para pacientes terminales o una habitación semiprivada en un centro hospitalario para los Miembros con enfermedades terminales (con una esperanza de vida de 12 meses o menos). Los cuidados paliativos son una forma especializada de atención médica interdisciplinaria diseñada para proporcionar cuidados paliativos y para aliviar las molestias físicas, emocionales y espirituales de un Miembro que experimenta las últimas fases de la vida debido a una enfermedad terminal. También brinda apoyo al cuidador principal y a la familia del Miembro.

Los Miembros pueden elegir la atención en un centro de cuidados paliativos en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por este Acuerdo. Un Miembro que elige cuidados paliativos está eligiendo recibir cuidados paliativos para el dolor y otros síntomas asociados con la enfermedad terminal, pero no recibir atención para tratar de curar la enfermedad terminal. La decisión de recibir beneficios de cuidados paliativos se puede modificar en cualquier momento.

Molina cubre la atención médica para pacientes terminales que se enumera a continuación cuando se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Un proveedor participante ha diagnosticado al Miembro una enfermedad terminal y determina que la esperanza de vida es de 12 meses o menos.
- Los servicios cubiertos se brindan dentro del Área de Servicio.
- Una agencia de cuidados paliativos con licencia que es un Proveedor Participante proporciona los servicios.
- Los servicios son necesarios para la paliación y el manejo de la enfermedad terminal y las afecciones relacionadas de un Miembro.

Si se cumplen todos los requisitos anteriores, Molina cubre la siguiente atención médica para pacientes terminales, que está disponible las 24 horas del día si es necesario para la atención médica para pacientes terminales del Miembro:

- Cuidado del equipo interdisciplinario con el desarrollo y mantenimiento de un plan de cuidado apropiado.
- Servicios de enfermería especializada, servicios de asistencia médica domiciliaria certificada y servicios de ama de casa bajo la supervisión de una enfermera registrada calificada.

- Servicios de asesoramiento y duelo.
- Servicios sociales médicos.
- Asesoramiento dietario.
- Acuerdos de corto plazo para la atención para pacientes internados.
- Medicamentos paliativos recetados para el control del dolor y el manejo de los síntomas de la enfermedad terminal según las pautas de nuestro formulario de medicamentos. Los medicamentos deben ser proporcionados por una farmacia de la red o un centro Proveedor Participante.
- Equipo Médico Duradero.
- Terapia física, ocupacional y del habla con fines de control de síntomas o para permitir que el Miembro mantenga actividades de la vida diaria.
- Terapia respiratoria.

Períodos de crisis: Los servicios de atención de enfermería están cubiertos de manera continua durante las 24 horas del día durante los períodos de crisis, según sea necesario para mantener a un Miembro en el hogar. La hospitalización está cubierta cuando el equipo interdisciplinario determina que se requiere atención de enfermería especializada para pacientes internados a un nivel que no se puede proporcionar en el hogar. Los servicios de ama de casa o de asistencia médica domiciliaria, o ambos, pueden estar cubiertos de forma continua las 24 horas durante los períodos de crisis, pero la atención proporcionada durante estos períodos debe ser predominantemente atención de enfermería. Un período de crisis es un período en el que el Miembro requiere atención continua para lograr la paliación o el manejo de los síntomas médicos agudos.

Cuidados de relevo: Los cuidados de relevo son la atención de corto plazo para pacientes internados que se proporciona al Miembro solo cuando es necesario para aliviar a los miembros de la familia u otras personas que cuidan al Miembro. Molina cubre los servicios de cuidados de relevo por un máximo de 7 días por evento.

Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados: Los Miembros deben contar con una Autorización Previa antes de recibir los servicios hospitalarios cubiertos, excepto en el caso de Servicios de Emergencia, Servicios de Atención de Urgencia fuera del área y otras excepciones identificadas en este Acuerdo. Los Servicios Posteriores a la Estabilización en un hospital Proveedor No Participante después de la admisión al Hospital para recibir Servicios de Emergencia o los Servicios de Atención de Urgencia Fuera del Área estarán cubiertos siempre que la cobertura del Miembro con Molina no haya terminado y el Miembro no haya renunciado a las protecciones de facturación del saldo de conformidad con la Ley Estatal o Federal. Molina trabajará con el Miembro y su Proveedor para proporcionar el transporte médicamente apropiado al centro de un Proveedor Participante. Si la cobertura con Molina termina durante una hospitalización, los servicios recibidos después de la fecha de terminación del Miembro no son Servicios Cubiertos.

Los servicios para pacientes internados Médicamente Necesarios son general y habitualmente proporcionados por hospitales generales de cuidados intensivos dentro del Área de Servicio. Los Servicios No Cubiertos incluyen, entre otros, enfermería privada, bandejas para invitados y artículos de conveniencia para el paciente.

Análisis de laboratorio, servicios de radiología (radiografías) y servicios especializados de exploración: Molina cubre servicios de laboratorio, radiología (incluidas radiografías) y exploración con un Proveedor Participante. Los servicios de exploración cubiertos pueden incluir exploraciones por tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET) y resonancia magnética (MRI, en inglés), con autorización previa. Molina puede ayudar a los Miembros a seleccionar un centro apropiado para recibir estos servicios. Se pueden aplicar Costos Compartidos por separado para servicios profesionales y servicios en centros. El Miembro debe recibir estos servicios de los Proveedores Participantes; de lo contrario, los servicios no están cubiertos, el Miembro será 100 % responsable del pago al Proveedor No Participante y los pagos no se aplicarán al Deducible ni al OOPM.

Servicios de Salud Mental/Trastorno por Uso de Sustancias (MH/SUD): Molina cubre la gama completa de niveles de atención requeridos por la Ley Estatal y no limita los beneficios o la cobertura para la salud conductual al tratamiento a corto plazo o agudo. Molina también cubre los servicios de MH/SUD para Servicios de Emergencia y Servicios Posteriores a la Estabilización cuando los proporcionan Proveedores Participantes y No Participantes. Los criterios de determinación de la revisión de trastornos de salud mental y uso de sustancias y los materiales del programa educativo están disponibles sin costo en www.MolinaMarketplace.com.

Usted tiene derecho a recibir servicios de Salud Mental/Trastorno por Uso de Sustancias (MH/SUD) oportunos y accesibles geográficamente cuando los necesite. Si Molina no organiza esos servicios para usted con un proveedor apropiado que esté en la red del plan de salud, el plan de salud debe cubrir y organizar los servicios necesarios para usted de un proveedor fuera de la red. Si eso sucede, no tiene que pagar nada más que su Costo Compartido ordinario dentro de la red.

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita que no sea más de 10 días hábiles a partir de la fecha en que solicitó los servicios del plan de salud. Si necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita dentro de las 48 horas posteriores a su solicitud (si el plan de salud no requiere autorización previa para la cita) o dentro de las 96 horas (si el plan de salud requiere autorización previa).

Si su plan de salud no hace arreglos para que usted reciba servicios dentro de estos plazos y dentro de los estándares de acceso geográfico, puede hacer arreglos para recibir servicios de cualquier proveedor con licencia, incluso si el proveedor no está en la red de su plan de salud. Para estar cubierto por su plan de salud, su primera cita con el proveedor debe ser dentro de los 90 días calendario de la fecha en que solicitó por primera vez al plan los servicios de MH/SUD.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios de MH/SUD o tiene dificultades para obtener servicios: 1) llame a su plan de salud al número de teléfono que aparece al reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud: 2) llame al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Administrada (Department of

Managed Health Care) de California al 1-888-466-2219: o 3) comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care) de California a través de su sitio web en www.healthhelp.ca.gov para solicitar asistencia para obtener servicios de MH/SUD.

Servicios de Salud Mental: En la medida en que lo exija la Ley Federal o Estatal, Molina cubre el tratamiento Médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por uso de sustancias, solo cuando ese trastorno se enumera en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o se enumera en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM, en inglés). Molina cubre el tratamiento médicamente necesario de la disforia de género en la medida en que lo exijan las Leyes Federales y Estatales.

"Tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por uso de sustancias" se refiere a un servicio o producto que aborda las necesidades específicas de ese paciente con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, lo que incluye minimizar la evolución de esa enfermedad, lesión, afección o sus síntomas:

- De acuerdo con los estándares de la asociación profesional sin fines de lucro requeridos por el Estado para el cuidado de la salud mental y del trastorno por uso de sustancias.
- Clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración.
- No sean principalmente para el beneficio económico del plan de servicios de atención médica y los suscriptores o para la comodidad del paciente, el médico tratante u otro proveedor de atención médica.

La atención ambulatoria para el tratamiento de trastornos de salud mental no incluye el tratamiento o el asesoramiento para el diagnóstico primario de cualquiera de los siguientes asuntos: orientación o terapia profesional, matrimonial, de divorcio, parental o laboral.

Molina generalmente cubre los siguientes servicios de salud mental médicamente necesarios:

- Atención para pacientes internados.
- Estabilización de crisis.
- Servicios de tratamiento residencial a corto plazo.
- Programas de hospitalización parcial por salud mental.
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios para adultos y de tratamiento durante el día para niños.
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas.
- Procedimientos de salud conductual.
- Terapia psicológica individual y grupal

Pruebas de Detección Temprana: Las evaluaciones de salud y bienestar conductual para niños y adolescentes (de 8 a 18 años) pueden identificar signos tempranos de

problemas de salud conductual, como depresión y ansiedad, para obtener mejores resultados. Molina alienta a los padres a aprovechar estas evaluaciones en la visita al médico de un niño o cuando hablen con los administradores de casos de Molina para apoyar la salud mental y el bienestar general del niño.

Trastorno del espectro autista (ASD): Molina cubre el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista entre los que se incluyen el trastorno autista, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, como se define en la edición actual del DSM. Molina cubre el tratamiento para los trastornos del espectro autista, incluido el análisis conductual aplicado (ABA, en inglés), recetado o indicado por un Proveedor.

Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción: Molina cumple con la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act), que se aplica a nivel federal. Molina garantiza que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento de los servicios de salud mental o los beneficios para trastornos por uso de sustancias proporcionados no sean más restrictivos que los de los beneficios médicos o quirúrgicos. Sin embargo, si la ley federal o estatal prohíbe el tratamiento o el pago de ciertos Servicios de Salud Mental, no hay cobertura disponible bajo esta Póliza.

Asistencia Comunitaria Ordenada por la Corte, Recuperación y Empoderamiento (CARE, en inglés): Molina cubre el costo del desarrollo de evaluaciones y de la prestación de todos los servicios de atención médica para un Miembro cuando sean requeridos o recomendados para el Miembro de conformidad con acuerdos de CARE o planes de CARE aprobados por un tribunal, ya sea proporcionados por un Proveedor Participante o un Proveedor No Participante. Para servicios que no sean medicamentos recetados, se renuncia a los Costos Compartidos y no se requiere Autorización Previa.

Trastorno por Uso de Sustancias (Pacientes Internados y Ambulatorios): Molina cubre el tratamiento Médicamente Necesario del trastorno por uso de sustancias para pacientes internados y ambulatorios según los criterios de la asociación profesional sin fines de lucro. La cobertura para pacientes internados, en un hospital Proveedor Participante, está cubierta para el tratamiento médico de los síntomas de abstinencia. Molina puede requerir autorización para la cobertura de servicios, incluidos servicios para pacientes internados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. Molina cubre la siguiente atención ambulatoria para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias:

- Programas residenciales a corto plazo
- Programas de tratamiento diario/parcial
- Asesoramiento individual y grupal sobre el trastorno por consumo de sustancias.
- Evaluación y tratamiento individual del trastorno por consumo de sustancias.
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios.
- Tratamiento médico para síntomas de abstinencia.
- Tratamiento asistido por medicamentos (MAT, en inglés).
- Programas para tratamiento con opioides (OTP, en inglés).

La atención ambulatoria para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias no incluye el tratamiento o el asesoramiento para el diagnóstico primario de cualquiera de

los siguientes asuntos: orientación o terapia profesional, matrimonial, de divorcio, parental, laboral, discapacidades del aprendizaje y discapacidad intelectual.

Transporte Médico Que No Sea de Emergencia: Los servicios de ambulancia y furgoneta de transporte psiquiátrico que No Sean de Emergencia están cubiertos si un Proveedor Participante determina que la condición de un Miembro requiere el uso de servicios que solo una ambulancia autorizada o una furgoneta de transporte psiquiátrico puede proporcionar y que el uso de otros medios de transporte pondría en peligro la salud del Miembro. Estos servicios solo están cubiertos cuando el vehículo transporta al miembro a Servicios Cubiertos o desde ellos. El Miembro debe tener Autorización Previa de Molina para estos servicios antes de que se presten los servicios. Para los servicios de un Proveedor No Participante, el Miembro no pagará más que los mismos Costos Compartidos que pagaría por los mismos Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor Participante. Se prohíbe a los Proveedores la facturación del saldo.

El transporte en auto, taxi, autobús y cualquier otro tipo de transporte no médico no está cubierto, incluso si es la única manera de viajar a un Proveedor Participante.

PANDAS Y PANS: Molina cubre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del Trastorno Neuropsiquiátrico Autoinmune Pediátrico Asociado con Infecciones Estreptocócicas (PANDAS, en inglés) y el Síndrome Neuropsiquiátrico de Inicio Agudo Pediátrico (PANS. en inglés) de la misma manera que otros beneficios, y con un Costo Compartido que no es mayor que el aplicado a otros beneficios.

Fenilcetonuria (PKU, en inglés) y otros Defectos Congénitos del Metabolismo: Molina cubre las pruebas y el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU, en inglés). También cubre otros defectos congénitos del metabolismo que involucran aminoácidos. Esto incluye fórmulas y productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta prescrita por un Proveedor Participante y administrada por un profesional de la salud con licencia. El profesional de la salud consultará con un médico especializado en el tratamiento de la enfermedad metabólica. La dieta debe ser considerada Médicamente Necesaria para prevenir el desarrollo de discapacidades físicas o mentales serias o para promover el desarrollo o función normal. Otras fórmulas especializadas y suplementos nutricionales no están cubiertos.

A efectos de esta sección, se aplican las siguientes definiciones: “Producto alimentario especial” es un producto alimentario que es prescrito por un Proveedor Participante para el tratamiento de la PKU. También se puede prescribir para otros errores innatos del metabolismo. Se utiliza en lugar de productos alimentarios habituales, como los alimentos de la tienda de comestibles. No incluye un alimento que sea naturalmente bajo en proteína. La “Fórmula” es un producto entérico para su uso en el hogar que es prescrito por un Proveedor Participante.

Servicios del Médico: Molina cubre, entre otros, los siguientes servicios de médico ambulatorios:

- Visitas al consultorio, que incluyen lo siguiente:
    - Suministros médicos asociados.

    - Consultas prenatales y postnatales.
- Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el Proveedor en el consultorio del médico o en un entorno de internación o ambulatorio.
- Procedimientos diagnósticos, incluidas colonoscopias; pruebas cardiovasculares, incluidos estudios de función pulmonar; y procedimientos neurológicos/neuromusculares.
- Radioterapia
- Exámenes de salud pediátricos y de adultos de rutina
- Inyecciones, pruebas y tratamientos contra las alergias.
- Exámenes de rutina y la atención prenatal proporcionados por un obstetra ginecólogo. Las miembros pueden seleccionar un obstetra/ginecólogo como su PCP. Las mujeres dependientes tienen acceso directo a la atención obstétrica y ginecológica.
- Estudios del sueño (se pueden aplicar Costos Compartidos por separado para el centro).
- Pruebas de detección de experiencias adversas en la infancia (ACE, en inglés)

Embarazo y Maternidad: para la atención prenatal, las Miembros pueden elegir a cualquier Proveedor Participante de Molina que sea un obstetra/ginecólogo, una enfermera partera certificada o una enfermera especializada que esté capacitada en el campo de la salud femenina. Molina cubre los siguientes servicios de atención de maternidad:

- Atención de maternidad ambulatoria, que incluye suministros Médicamente Necesarios para un parto domiciliario.
- Servicios para complicaciones del embarazo, como sufrimiento fetal, diabetes gestacional y toxemia. “Complicaciones del embarazo” hace referencia a una condición debida al embarazo, trabajo de parto y parto que requiere atención médica para evitar daños graves a la salud de la madre o del feto. Las náuseas matutinas y una cesárea que no sea de emergencia no son complicaciones del embarazo.
- Pruebas de detección de las condiciones de salud mental materna.
- Servicios de laboratorio y
- Atención en hospital para pacientes internados y atención en centros de nacimiento durante 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea. Las internaciones más largas requieren que la miembro o su proveedor notifiquen a Molina.
- Leche humana donada pasteurizada (DHM, en inglés) médicamente necesaria.

Si, después de hablar con una Miembro, su Proveedor decide darle el alta a ella y a su bebé recién nacido antes del período de 48 o 96 horas, Molina cubrirá los servicios y análisis de laboratorio posteriores al alta. Los costos compartidos de los servicios preventivos, de atención primaria y de laboratorio se aplicarán a los servicios posteriores al alta, según corresponda.

Interrupción del embarazo: Molina cubre los servicios de interrupción de embarazo sujetos a ciertas restricciones de cobertura requeridas por la ley federal y por cualquier ley aplicable de California sin Costos Compartidos. Los procedimientos para pacientes ambulatorios no requieren Autorización Previa. Si el servicio de

interrupción del embarazo se proporciona en un entorno de pacientes internados, se requiere Autorización Previa.

Tenga en cuenta que algunos hospitales y proveedores pueden no proporcionar servicios de interrupción de embarazo.

Servicios Preventivos: según la Ley de Atención Médica Asequible y como parte de los Beneficios de Salud Esenciales del Miembro, Molina cubre servicios preventivos sin Costos Compartidos para los Miembros. Los servicios preventivos incluyen lo siguiente:

- Artículos o servicios basados en la evidencia que tienen una calificación de “A” o “B” vigente en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, en inglés). Visite el sitio web de USPSTF para obtener recomendaciones de servicios preventivos en: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org.
- Inmunizaciones de rutina para niños, adolescentes y adultos, según lo recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés).
- Con respecto a los lactantes, los niños y los adolescentes, esa atención médica preventiva informada de la evidencia y las pruebas de detección previstas en las pautas integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, en inglés).
- Los servicios preventivos y las pruebas de detección previstos en las pautas integrales respaldadas por la HRSA, en la medida en que no estén ya incluidos en ciertas recomendaciones del USPSTF.
- Profilaxis previa a la exposición (PrEP, en inglés) y profilaxis posterior a la exposición para la prevención de la infección por HIV sin Costos Compartidos, autorización previa o terapia escalonada. Esto incluye:
    - Medicamentos PrEP (medicamentos antivirales cuando se recetan para prevenir la infección por HIV)
    - Pruebas de laboratorio y otros procedimientos de diagnóstico (incluidas las pruebas de HIV, infecciones de transmisión sexual, funcionalidad renal, hepatitis B, hepatitis C y panel de lípidos)
    - Asesoramiento sobre el cumplimiento de los medicamentos antirretrovirales

Todos los servicios preventivos deben ser proporcionados por un Proveedor Participante para ser cubiertos en virtud de este Acuerdo. Las visitas al consultorio asociadas con servicios preventivos están cubiertas sin Costos Compartidos cuando el servicio no se factura por separado (o no se rastrea como datos de encuentros individuales por separado) de la visita al consultorio, y el propósito principal de la visita al consultorio es la prestación del servicio preventivo recomendado.

A medida que las agencias gubernamentales mencionadas anteriormente publiquen nuevas recomendaciones y pautas para los servicios preventivos, estos se cubrirán conforme a este Acuerdo. La cobertura comenzará durante los años del producto que comiencen un año después de la fecha en que se emita la recomendación o pauta, o en la fecha que requieran la ACA y sus normas de implementación. El año del Plan, también conocido como año de póliza a los efectos de esta disposición, se basa en el año calendario.

Si una recomendación o pauta gubernamental existente o nueva no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el establecimiento para la prestación de atención médica preventiva, entonces Molina puede imponer límites razonables de cobertura a dicha atención preventiva. Los límites de cobertura serán conforme a la ACA, sus normas federales correspondientes y las Leyes Estatales aplicables.

Dispositivos protésicos y ortóticos, implantados internamente o externos: Molina cubre los dispositivos ortopédicos y ortóticos que se describen en esta sección si se cumple con todos los siguientes requisitos:

- El dispositivo está en uso general, diseñado para uso repetido y utilizado principal y habitualmente con fines médicos.
- El dispositivo es el estándar que satisface apropiadamente las necesidades médicas del Miembro.
- El Miembro recibe el dispositivo del Proveedor que Molina seleccione.

La cobertura incluye la adaptación a medida y el ajuste del dispositivo, la reparación o sustitución del dispositivo (a menos que se deba a una pérdida o mal uso) y los servicios para determinar si el Miembro necesita un dispositivo ortopédico u ortótico. Si Molina cubre un dispositivo de repuesto, el Miembro paga el Costo Compartido que correspondería por la obtención de ese dispositivo, como se especifica a continuación.

Dispositivos implantados internamente: Molina cubre dispositivos implantados internamente, como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos osteointegrados y articulaciones de la cadera si estos dispositivos se implantan durante una cirugía que está cubierta por Molina. Consulte las secciones “Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados” o “Servicios de Atención Médica Ambulatoria en un Hospital o un Centro” (según corresponda) del Plan de Beneficios para ver los Costos Compartidos aplicables a estos dispositivos implantados internamente.

Dispositivos Externos: El Costo Compartido del Equipo Médico Duradero se aplica a los siguientes dispositivos ortopédicos y ortóticos externos.

- Dispositivos ortopédicos y accesorios de instalación para restaurar un método de expresión después de la extracción de la totalidad o parte de la laringe (esta cobertura no incluye máquinas productoras de voz electrónica, que no son dispositivos ortopédicos).
- Prótesis necesarias después de una mastectomía Médicamente Necesaria, incluidas prótesis hechas a medida cuando son Médicamente Necesarias y hasta tres brassieres cada 12 meses cuando se requiere llevar una prótesis.
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando son recetados por un Proveedor Participante que es un podólogo.
- Las prendas de compresión para quemaduras y las envolturas y prendas para linfedema.

- Fórmula enteral para Miembros que requieren alimentación por sonda de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Prótesis para sustituir una parte del órgano facial externo (de forma total o parcial) que ha sido retirada o alterada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito.

Cirugía reconstructiva: Molina cubre los siguientes servicios de cirugía reconstructiva cuando estos cuentan con una autorización previa:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, de modo que una intervención quirúrgica es necesaria para mejorar la función o generar un aspecto normal, dentro de lo posible.
- Extirpación total o parcial de una mama (mastectomía), reconstrucción de la mama luego de una mastectomía médicamente necesaria, cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica luego de la reconstrucción de una mama y tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas.

Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva no están cubiertos:

- Cirugía que, a juicio de un Proveedor Participante especializado en cirugía reconstructiva, solo ofrece una mejora mínima en la apariencia.
- Cirugía que se realiza para alterar o reformar las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia

Servicios de rehabilitación: Molina cubre los servicios de rehabilitación Médicamente Necesarios que ayudan a que los Miembros lesionados o con una discapacidad reanuden las actividades de la vida diaria. El objetivo de estos servicios es que el Miembro reanude las actividades rutinarias de la vida diaria que normalmente requieren fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional en un ambiente apropiado para el nivel de discapacidad o lesión, e incluye rehabilitación cardíaca o pulmonar.

Atención de Rutina de los Pies: Molina cubre la atención Médicamente Necesaria de rutina de los pies (se incluye la atención para el cuidado de ojos de gallo, juanetes, callos o desbridamiento de las uñas).

Centro de enfermería especializada: Molina cubre 100 días por período de beneficios en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) para un Miembro si el SNF es un Proveedor Participante y los servicios cuentan con una Autorización Previa antes de comenzar. Entre los servicios de SNF cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Habitación y pensión
- Servicios médicos y de enfermería
- Medicamentos e inyecciones

Un periodo de beneficios comienza en la fecha en que el Miembro ingresa en un hospital o SNF en un nivel de atención experto y termina en la fecha en que el Miembro no ha sido un paciente internado en un hospital o SNF ni recibido un nivel de atención experto, por 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios solo puede comenzar después de que termine cualquier periodo de beneficios existente. No se

requiere una estancia de 3 días antes en un hospital de cuidados agudos para comenzar un periodo de beneficios.

Cirugía (Pacientes Internados y Ambulatorios): Molina cubre los servicios quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios que se enumeran a continuación cuando se brindan en un centro de Proveedor Participante. Se requiere autorización previa.
Los servicios quirúrgicos para pacientes internados incluyen lo siguiente:

- Anestesia.
- Medicamentos quirúrgicos antineoplásicos.
- Planificación del alta.
- Quirófano y habitación de recuperación.

Servicios de cirugía ambulatoria proporcionados en cualquiera de los siguientes lugares:

- Centro de cirugía ambulatoria o para pacientes ambulatorios.
- Quirófano del hospital.
- Clínica.
- Consultorio del médico.

Se pueden aplicar Costos Compartidos por separado para servicios profesionales y servicios en centros. Consulte el Plan de Beneficios a fin de conocer los Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados o Servicios en un Centro/Hospital para Pacientes Ambulatorios a fin de determinar el Costo Compartido aplicable del Miembro.

Servicios para el síndrome de articulación temporomandibular (TMJ, en inglés):: Molina cubre los servicios para el tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- La afección se debe a una deformidad, enfermedad o lesión congénita, de desarrollo o adquirida.
- Según los estándares aceptados de la profesión del Proveedor de atención médica que presta el servicio, el procedimiento o dispositivo es razonable y apropiado para el diagnóstico o tratamiento de la afección.
- El propósito del procedimiento o dispositivo es controlar o eliminar la infección, el dolor, la enfermedad o la disfunción.

Servicios de Trasplante: Molina cubre trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea en los centros de Proveedores Participantes si se cuenta con una autorización previa. Si un Proveedor Participante determina que un Miembro no cumple con los criterios correspondientes para un trasplante, Molina solo cubrirá los servicios que el Miembro haya recibido antes de realizar la determinación. Molina no es responsable de encontrar, suministrar o asegurar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea. De acuerdo con las pautas de Molina sobre los servicios para donantes vivos de trasplante, Molina proporciona ciertos servicios relacionados con las donaciones a un donante o a un individuo identificado como un donante potencial, ya sea que el donante sea un Miembro o no lo sea. Estos servicios deben tener una relación directa con un trasplante cubierto para el miembro. Los Servicios Cubiertos pueden incluir ciertos servicios para la evaluación, la extirpación del órgano, el cuidado de seguimiento directo, la recolección del órgano, tejido o médula ósea y el tratamiento de complicaciones.

Servicios de Atención de Urgencia: los Servicios de Atención de Urgencia están sujetos a los Costos Compartidos en el Plan de Beneficios. Los Servicios de Atención de Urgencia son aquellos servicios necesarios para prevenir el deterioro grave de la salud debido a una afección o lesión médica imprevista. Para Servicios de Atención de Urgencia o fuera del horario de atención, los Miembros deben llamar a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermería. Los Miembros que se encuentran dentro del Área de Servicio pueden preguntarle a su PCP qué centro de Atención de Urgencia del Proveedor Participante deben utilizar. Es mejor averiguar el nombre del centro de Atención de Urgencia del Proveedor Participante con anticipación. Los Miembros deben recibir Servicios de Atención de Urgencia de un Proveedor Participante, a excepción de los Miembros que se encuentren fuera del Área de Servicio, que pueden dirigirse a la sala de emergencias más cercana para recibir Servicios de Atención de Urgencia.

Servicios para la Vista (Pacientes Adultos y Pediátricos): Todos los Miembros tienen cobertura para los exámenes oculares para diabéticos (exámenes de retina dilatadas), así como servicios para el tratamiento médico y quirúrgico de lesiones o enfermedades que afectan el ojo.

Los beneficios no están disponibles por cargos relacionados con exámenes de visión refractiva de rutina, corrección de defectos refractivos del ojo (como miopía, hipermetropía o astigmatismo) o con la compra o el ajuste de anteojos o lentes de contacto, a excepción de lo que se describe en esta sección, “Servicios para la Vista”. La cirugía correctiva con láser no está cubierta.

Servicios para la Vista Especializados: Molina cubre los siguientes lentes de contacto especiales cuando los prescribe un Proveedor Participante, sujeto a los Costos Compartidos por las visitas al consultorio de un Especialista:

- Hasta dos lentes de contacto Médicamente Necesarios por ojo (incluidos el ajuste y la dispensación) en cualquier periodo de 12 meses para tratar la aniridia (falta de iris), ya sea proporcionados por el plan durante el período de contrato actual o de doce 12 meses anterior.
- Hasta seis lentes de contacto afáquicos Médicamente Necesarios por ojo (incluidos el ajuste y la dispensación) por año natural para tratar la afaquia (ausencia de la lente cristalina del ojo), ya sean proporcionados por el plan del contrato actual o anterior en el mismo año natural.

Servicios para la Vista Pediátricos: Molina Healthcare cubre los siguientes servicios para la vista de los Miembros menores de 19 años:

- Pruebas de detección de rutina de la visión y examen de los ojos cada año natural, incluida la refracción, e incluso la dilatación, cuando la indica un profesional.
- Un par de anteojos con receta médica (monturas y lentes) cada año natural con lentes de vidrio, plástico o policarbonato; disponibles como lentes monofocales, lentes bifocales convencionales, lentes trifocales convencionales y lentes lenticulares en todos los aumentos de la lente.
- Examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación), incluidos los ajustes estándar y premium cubiertos en su totalidad.

- Hay lentes de contacto con receta médica disponibles en lugar de anteojos. Los Miembros pueden elegir entre cualquier material disponible de lentes de contacto con receta médica, incluido un suministro mínimo de 3 meses para cualquiera de las siguientes modalidades: estándar (1 par por año), mensual (suministro para 6 meses), quincenal (suministro para 3 meses), diario (suministro para 3 meses).
- Los lentes de contacto necesarios tienen cobertura total para los Miembros que tienen enfermedades específicas que tienen mejor corrección visual con lentes de contacto, en lugar de lentes y monturas recetados; para el tratamiento de aniridia, aniseiconía, anisometropía, afaquia, trastornos corneales, astigmatismo irregular, queratocono, miopía patológica, trastornos postraumáticos. Consulte "Servicios para la Vista Especializados" para obtener cobertura de lentes de contacto especiales para la aniridia y la afaquia.
- Dispositivos ópticos de baja visión, incluidos servicios de baja visión, entrenamiento e instrucción para maximizar la visión utilizable restante con cuidado de seguimiento, cuando los servicios son Médicamente Necesarios y se obtiene Autorización Previa. Con Autorización Previa, la cobertura incluye:
    - Una evaluación integral de baja visión cada 5 años.
    - Anteojos con aumento alto, lentes de aumento y anteojos telescópicos, según sea Médicamente Necesario.
    - Cuidado de seguimiento, que incluye 4 consultas durante un período de 5 años.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Fármacos, Medicamentos y Equipo Médico Duradero: Molina cubre los medicamentos solicitados por Proveedores, aprobados por Molina y obtenidos por medio de farmacias de la red de Molina. Los medicamentos cubiertos incluyen medicamentos de venta libre (OTC, en inglés) y medicamentos recetados detallados en el Formulario. Además, Molina cubre medicamentos pedidos o entregados en un centro participante cuando se proporcionan en relación con un Servicio Cubierto. Es posible que se requiera una autorización previa para que se cubran ciertos medicamentos. Un Proveedor legalmente autorizado para escribir recetas médicas, también conocido como Recetador, puede solicitar una Autorización Previa en nombre de un Miembro. Molina notificará al Proveedor si la solicitud se aprueba o deniega, según la revisión de la Necesidad Médica.

Farmacias: Molina cubre medicamentos en farmacias minoristas, farmacias especializadas y farmacias de pedido por correo dentro de nuestra red. Es posible que los miembros deban surtir un medicamento en una farmacia especializada contratada si está sujeto a las restricciones de distribución de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, en inglés), si requiere manejo especial o coordinación de proveedores o si se requiere una educación especializada del paciente para garantizar un uso seguro y eficaz. Para encontrar farmacias de la red, visite www.MolinaMarketplace.com. También puede obtener una copia impresa solicitándola a Servicios para Miembros.

Formulario de Molina: Molina establece una lista de medicamentos, dispositivos y suministros que se cubren mediante el beneficio de farmacia del Plan. La lista de

productos cubiertos se conoce como el “Formulario”. En ella, se incluyen todos los productos recetados y de venta libre que los miembros del plan pueden obtener en una farmacia, junto con los requisitos, limitaciones o restricciones de cobertura de los productos enumerados. El Formulario se encuentra disponible para los Miembros en MolinaMarketplace.com. También se puede solicitar una copia impresa a pedido. Un grupo de profesionales médicos que forman parte de Molina, y también externos, seleccionan los productos que se incluyen en el Formulario. Este grupo revisa el Formulario regularmente y realiza cambios cada tres meses, en función de las actualizaciones de la práctica médica basada en la evidencia, la tecnología médica y los medicamentos genéricos y de marca registrada nuevos en el mercado.

Solicitudes de Excepción de Formulario

Acceso a Medicamentos no Incluidos en el Formulario: Los miembros de Molina pueden solicitar la cobertura de medicamentos clínicamente apropiados que no formen parte del Formulario, o que cuenten con “terapia progresiva” u otros requisitos que no se hayan cumplido. Es posible que el plan no cubra los medicamentos que no forman parte del Formulario. Para los Miembros, estos medicamentos pueden ser más costosos que los medicamentos similares que están en el Formulario si están cubiertos por una “excepción”, según se describe en la siguiente sección. Para solicitar la cobertura de los medicamentos que no forman parte del Formulario, un proveedor puede presentar una solicitud de excepción de formulario en representación de un miembro. Estas solicitudes se considerarán para un uso médicamente aceptado cuando no se puedan usar las opciones incluidas en el Formulario y se cumplan otros requisitos de cobertura. La respuesta de un Miembro a muestras de medicamentos de un proveedor o fabricante de medicamentos no es un motivo para incumplir las normas estándar de cobertura de medicamentos del plan.

Por lo general, los proveedores recetan los medicamentos del Formulario para que los miembros los obtengan en una farmacia y los tomen por sí mismos. La mayoría de los medicamentos inyectables que requieren ayuda de un Proveedor están cubiertos bajo el beneficio médico en lugar del beneficio de farmacia. Los Proveedores cuentan con instrucciones de Molina sobre la manera de obtener una aprobación anticipada de los medicamentos para Miembros. Es posible obtener aprobación para adquirir algunos medicamentos inyectables a través del proceso de excepciones en una farmacia mediante el beneficio de farmacia del Plan.

Medicamentos no cubiertos: Los medicamentos no cubiertos, como las exclusiones de beneficios, no cuentan con ninguna cobertura. No pueden recibir aprobación para la cobertura por excepción del Formulario. Molina no cubre ciertos tipos de medicamentos que se indican como exclusiones de beneficios en la política del plan, incluidos:

- Medicamentos de uso cosmético
- Medicamentos no aprobados o autorizados por la FDA para su uso en Estados Unidos.
- Medicamentos para tratar la disfunción eréctil u otros tipos de disfunciones sexuales
- Medicamentos experimentales o en investigación o usos de medicamentos
- Terapia genética
- Tratamientos para la pérdida o el crecimiento del cabello
- Tratamientos homeopáticos y suplementos nutricionales

- Medicamentos para la infertilidad (que no sean para el tratamiento de la causa subyacente de la infertilidad)
- Medicamentos de venta libre que no están en el Formulario
- Medicamentos propuestos poco eficaces identificados por el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (DESI, en inglés).
- Medicamentos para bajar de peso, a menos que lo apruebe Necesidad Médica para la obesidad mórbida (obesidad de clase III). Solo las personas con diabetes son elegibles para recibir la cobertura de los medicamentos aplicables indicados para el tratamiento de la diabetes.

Cómo Solicitar una Excepción del Formulario: El proceso para solicitar una excepción de Formulario es el mismo que para solicitar una autorización previa de medicamentos del Formulario que requieren aprobación anticipada para obtener la cobertura. Las solicitudes se revisan en función de las normas estándar para determinar la necesidad médica.

Un proveedor puede enviar por fax un formulario completado de Autorización previa/Solicitud de excepción de medicamentos a Molina al 1 (866) 508-6445. El formulario está disponible en MolinaMarketplace.com en la página de formularios y documentos del proveedor. El Formulario se debe completar y debe incluir toda la información médica. De lo contrario, no se aceptará.

Molina concederá una excepción para un medicamento no incluido en el Formulario o un requisito de terapia escalonada si sus revisores determinan que la información de respaldo muestra alguna de las siguientes razones:

- El Miembro tiene una contraindicación médica a un medicamento del Formulario o un medicamento requerido.
- El medicamento requerido probablemente causará un efecto adverso clínicamente previsible si el Miembro lo toma.
- Se espera que el medicamento requerido sea ineficaz en función de las características clínicas documentadas del Miembro.
- El Miembro probó el medicamento requerido, un medicamento relacionado o un medicamento que funciona de una manera similar, y lo interrumpió debido a la falta de eficacia, la pérdida del efecto o por un efecto adverso.
- El Miembro consume el medicamento como tratamiento actual de la cobertura de seguro anterior. Si el medicamento establecido es un medicamento de marca y cubrimos el producto biológico genérico o intercambiable, se puede hacer una excepción si cambiar al medicamento requerido probablemente causará efectos adversos clínicamente predecibles o daños.
- La información médica de respaldo muestra claramente que el Formulario o los medicamentos requeridos no proporcionarán el mayor beneficio al miembro debido a que puede ocurrir alguna de las siguientes consecuencias:
    - Presentará un obstáculo para el cumplimiento del plan de tratamiento.
    - Tendrá un impacto negativo en la condición de comorbilidad del Miembro.
    - Provocará una interacción negativa clínicamente predecible entre los medicamentos.
    - Disminuirá la capacidad del Miembro para lograr o mantener un desempeño funcional razonable para realizar actividades diarias.

Después de recibir toda la información necesaria por parte del proveedor del miembro, Molina notificará al proveedor de tratamiento del Miembro sobre la aprobación o la denegación de la solicitud en los siguientes plazos:

- Dentro de las 72 horas para solicitudes estándares y
- Dentro de 24 horas para solicitudes urgentes

Se aplican las solicitudes de excepción urgente cuando un Miembro experimenta una situación de salud que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, o cuando el Miembro está siguiendo un tratamiento actual con un medicamento que no está en el Formulario.

Si se deniega la solicitud, Molina Healthcare enviará una carta al Miembro y a su recetador. en la que explicará el motivo por el que se denegó el medicamento o producto. El recetador puede solicitar que se lleve a cabo un análisis de la denegación con Molina. Si el Miembro no está de acuerdo con la denegación de la solicitud, el Miembro puede apelar la decisión de cobertura de Molina. Además, el recetador puede solicitar que una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés) revise la decisión de cobertura de Molina durante una apelación. La IRO notificará su decisión al solicitante en los siguientes plazos máximos:

- 72 horas después de la recepción de una apelación de una solicitud de excepción estándar denegada.
- 24 horas después de la recepción de una apelación de una solicitud de excepción urgente denegada.

Costos Compartidos: Molina ubica los medicamentos en diferentes niveles, denominados “categorías” según su desempeño a la hora de mejorar la salud y su valor en comparación con otros tratamientos similares. En el Plan de Beneficios, se pueden consultar los Costos Compartidos del Miembro para un suministro de un mes, sobre la base de estas categorías.

A continuación, encontrará algunos detalles sobre los medicamentos que se encuentran en cada categoría.

Categoría de medicamento	Descripción
Categoría 1	1) La mayoría de los medicamentos genéricos y marcas preferidas de bajo costo.
Categoría 2	1) Medicamentos genéricos no preferidos; o 2) Medicamentos de marca registrada preferidos; o 3) Recomendados por el comité farmacéutico y terapéutico (P&T, en inglés) del plan en función de la seguridad, la eficacia y el costo de los medicamentos.
Categoría 3	1) Medicamentos de marca registrada no preferidos o 2) Recomendados por el comité de P&T en función de la seguridad, la eficacia y el costo de los medicamentos, o 3) Con una alternativa terapéutica preferida y, a menudo, menos costosa en una categoría más baja.

Categoría 4	1) La Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, en inglés) o el fabricante de medicamentos limita la distribución a farmacias especializadas o 2) La autoadministración requiere entrenamiento, monitoreo clínico o 3) El costo del plan (neto de los reembolsos) es > $600 para un suministro de 1 mes.
Categoría 5	Medicamentos y servicios médicos preventivos y formas de dosificación reconocidos a nivel nacional, medicamentos y dispositivos de planificación familiar (es decir, anticoncepción) con Costos Compartidos de $0.
DME	Equipo Médico Duradero (“DME, en inglés”): se aplican costos compartidos; el coseguro del DME determina los costos compartidos de algunos productos no farmacológicos incluidos en el Formulario.

Los Miembros no están obligados a pagar más que el precio de venta al público por un medicamento recetado cubierto. Si el precio de venta al público de una farmacia es menor que el monto de Copago o Coseguro aplicable que se indica en el Plan de Beneficios, el precio de venta al público que el Miembro paga por un medicamento cubierto constituirá el Costo Compartido aplicable. El pago del precio de venta al público se aplicará tanto al Deducible, si lo hay, como al OOPM.

Costos Compartidos en las Excepciones de Formulario: En el caso de los medicamentos u otros productos aprobados en la excepción del Formulario, el Miembro tendrá los Costos Compartidos de la Categoría 3 para productos no especializados o los Costos Compartidos de la Categoría 4 para medicamentos especializados. Tenga en cuenta que, para los productos de marca que no forman parte del formulario, cuando existe un producto genérico similar incluido en el Formulario y si la cobertura se aprueba por excepción, el costo compartido del Miembro también incluirá la diferencia de costo entre el medicamento genérico del Formulario y el medicamento de marca.

Asistencia con los Costos Compartidos y los Gastos de Bolsillo para Medicamentos: La reducción de los Costos Compartidos para cualquier medicamento recetado que el Miembro obtenga mediante el uso de una tarjeta de descuento o un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos recetados, o cualquier otra forma de asistencia de terceros con los Costos Compartidos de medicamentos recetados, no se aplicará a ningún Deducible ni al OOPM conforme al Plan.

Medicamentos, Suplementos y Productos de Venta Libre: Molina cubre medicamentos, suplementos y productos de venta libre de conformidad con las Leyes Federales y Estatales. Solo se pueden cubrir los medicamentos, suministros y suplementos de venta libre que aparecen en el Formulario.

Equipo médico duradero (DME): Molina cubrirá los costos de compra o alquiler del DME incluso para su uso con ciertos medicamentos cuando se obtenga a través de un

proveedor contratado. Además, Molina cubrirá reparaciones, mantenimiento, entrega y suministros razonables relacionados con el DME. Los Miembros pueden ser responsables de los costos de la reparación o sustitución necesarias del DME si se requieren debido a un mal uso o pérdida. Los montos de Costos Compartidos que figuran en su Plan de Beneficios se aplican por período de compra o alquiler. Es posible que se requiera una autorización previa para la cobertura del DME. La cobertura puede estar bajo el beneficio médico o de farmacia, según el tipo de DME. La cobertura incluye espaciadores de inhaladores, nebulizadores (incluidas mascarillas y tubos) y medidores de flujo máximo, cuando sea Médicamente Necesario para el manejo y tratamiento del asma pediátrica. Consulte el Formulario para conocer los DME y otros productos no farmacológicos cubiertos por el beneficio de farmacia. Visite MolinaMarketplace.com, o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre la cobertura.

Suministros para Diabéticos: Molina cubre suministros para diabéticos en el Formulario, como jeringas de insulina, lancetas y dispositivos de lanceta para punción, monitores de glucosa en la sangre, DME de monitoreo continuo de glucosa, tiras de prueba de glucosa en la sangre, tiras de prueba de orina y sistemas seleccionados de plumas para la administración de insulina.

Medicamentos Recetados para Dejar de Fumar: En Molina, los medicamentos para ayudar a los Miembros a dejar de fumar están cubiertos sin Costos Compartidos. Esto incluye medicamentos para dejar de fumar y
reemplazo de nicotina de venta libre con receta médica. Los miembros deben consultar a su Proveedor para determinar qué medicamento es el más adecuado para ellos. Los medicamentos cubiertos se mencionan en el Formulario. Específicamente, Molina proporcionará cobertura para todos los servicios para dejar de fumar aprobados por la FDA recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, incluida la asesoría individual, grupal y telefónica, y cualquier combinación de dichos servicios. Para los servicios asociados con más de dos intentos de dejar de fumar dentro de un período de doce (12) meses, o un tratamiento que exceda la duración recomendada por las últimas guías publicadas de práctica clínica del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos sobre el tratamiento del consumo de tabaco, es posible que se requiera autorización previa.

Límite de suministro diario: Aunque los Proveedores determinan la cantidad de medicamentos, suministros de productos o suplementos a recetar, Molina solo puede cubrir un mes de suministro a la vez para determinados productos. El Formulario indica “CORREO” para los artículos que pueden estar cubiertos con un suministro para 3 meses a través de nuestra red de farmacias de pedido por correo contratado u otros programas del Plan. Las cantidades que superan los límites de suministro diario del Formulario no están cubiertas, con pocas excepciones.

Se permite un suministro de hasta 12 meses para un anticonceptivo hormonal autoadministrado y aprobado por la FDA cuando se dispensa o suministra a la vez para un inscrito por un proveedor, farmacéutico o en un lugar autorizado o autorizado para dispensar medicamentos o suministros. El límite de suministro de 30 días y el límite de suministro de 90 días por correo no necesariamente se aplican al suministro de hasta 12 meses para los anticonceptivos hormonales autoadministrados y aprobados por la

FDA. De lo contrario, las cantidades que superen el límite de suministro del día no estarán cubiertas a menos que tengan Autorización Previa.

Prorrateo y sincronización: Molina proporciona un prorrateo del medicamento para un suministro parcial de un medicamento recetado si la farmacia del miembro notifica a Molina que la cantidad dispensada tiene el objetivo de sincronizar las fechas en que la farmacia entrega los medicamentos recetados, que la sincronización es lo más conveniente para el miembro y que este último está de acuerdo con la sincronización. El prorrateo descrito se basará en la cantidad de días de suministro del medicamento dispensado.

Analgésicos con Opioides para el Dolor Crónico: es posible que se requiera una autorización previa para la cobertura de farmacia de medicamentos con opioides para tratar el dolor crónico. Sin una Autorización Previa, las reclamaciones de opioides tienen límites de seguridad, incluido un suministro menor por surtido y restricciones sobre los medicamentos opioides de larga duración y las dosis diarias totales combinadas. Estos requisitos no se aplican a los Miembros en las siguientes circunstancias: Los analgésicos con opioides se recetan a un Miembro que es paciente en un centro de cuidado paliativo, a un Miembro diagnosticado con una enfermedad terminal o en tratamiento activo contra el cáncer. Molina realizará una revisión del uso para todas las solicitudes de autorización previa de opioides.

Medicamentos contra el Cáncer: Molina cubre los costos razonables de medicamentos contra el cáncer y su administración. Las solicitudes de autorización previa para medicamentos que se usarán fuera de lo indicado por la FDA (es decir, usos fuera de la etiqueta) se revisan según Necesidad Médica. Estas solicitudes se revisan con respecto a las recomendaciones estándar para el uso del medicamento y para el tipo de cáncer que se está tratando. No se deniega ninguna solicitud únicamente sobre la base del uso fuera de lo indicado por la FDA. Los medicamentos con los que los Proveedores tratan a los Miembros estarán sujetos a los Costos Compartidos especificados para la quimioterapia, según el beneficio médico del centro donde se administra el tratamiento. Los medicamentos que los Miembros reciben en las farmacias estarán sujetos a los Costos Compartidos especificados en el beneficio de farmacia. Consulte el Plan de Beneficios para conocer los Costos Compartidos aplicables. La mayoría de los nuevos medicamentos contra el cáncer requieren un manejo y una formación especiales y se consideran parte de la Categoría 4 de Medicamentos especializados bajo el beneficio de farmacia. Ciertos medicamentos contra el cáncer están cubiertos por un programa de surtido parcial. Las farmacias de la red pueden dispensar los primeros surtidos de los medicamentos contra el cáncer recién iniciados de medio mes a la vez hasta que los Miembros estén estables con el medicamento y la dosis. Todos los medicamentos contra el cáncer que se administran de forma oral y se pagan bajo el beneficio de farmacia tendrán cobertura de la misma manera y sin Costos Compartidos superiores a los que se imponen bajo el beneficio médico para los medicamentos contra el cáncer que el Proveedor administra por otras vías corporales. El Costo Compartido máximo para un medicamento contra el cáncer que se administra por vía oral es de $250 por un suministro de hasta 30 días y no está sujeto a un deducible.

Tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV): Molina cubre medicamentos recetados para el tratamiento de la infección por HIV o una enfermedad o condición médica que surja o esté relacionada con el HIV. Los medicamentos deben recetarse dentro del alcance de la práctica del Proveedor y los tiene que aprobar la FDA de los Estados Unidos, incluidos los medicamentos experimentales o de investigación en Fase III, aprobados por la FDA y administrados de acuerdo con el protocolo.

Terapéutica para el tratamiento del COVID-19: Molina cubre la autorización de uso de emergencia aprobada u otorgada por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos para el tratamiento del COVID-19 cuando es recetada o proporcionada por un Proveedor Participante, sin Costos Compartidos o Autorización Previa.

Disponibilidad de Suministro Extendido de Medicamentos del Formulario: Molina ofrece a los Miembros una opción para llenar un suministro de hasta 90 días en las farmacias minoristas de la red o una opción de pedido por correo para ciertos medicamentos en los niveles 1, 2, 3 y 5. Los medicamentos elegibles están marcados como “CORREO” en el Formulario. Los medicamentos de Especialidad de Categoría 4 no son elegibles para programas de suministro de 90 días como el Pedido por Correo, aunque la mayoría de los medicamentos de Especialidad serán enviados directamente al Miembro. Para obtener más información, consulte MolinaMarketplace.com o comuníquese con Servicios para Miembros.

Medicamentos para Uso Fuera de lo Indicado: Molina no denegará la cobertura de medicamentos para uso fuera de lo indicado únicamente sobre la base de que el medicamento se utilizará por fuera del uso aprobado por la FDA. Molina cubre medicamentos para uso fuera de lo indicado para tratar una enfermedad cubierta crónica, incapacitante o que ponga en riesgo la vida. El medicamento debe tener la aprobación de la FDA para, al menos, una indicación. El uso se debe reconocer como estándar y eficaz para el tratamiento indicado en cualquiera de las comparaciones de referencia de medicamentos estándar o en la documentación médica revisada por pares sustancialmente aceptada. Es posible que Molina requiera que se hayan probado otros tratamientos estándares o que se haya determinado que estos no son clínicamente apropiados, si se permite según la Ley Estatal. La solicitud de medicamentos para uso fuera de lo indicado debe demostrar la Necesidad Médica para tratar una afección cubierta cuando se requiere una Autorización Previa.

Medicamentos no cubiertos: Molina no cubre ciertos medicamentos, que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Medicamentos no aprobados o autorizados por la FDA para su uso en Estados Unidos.
- Medicamentos de venta libre que no están en el formulario.
- Medicamentos propuestos poco eficaces identificados por el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (DESI, en inglés).
- Terapia genética
- Medicamentos experimentales o en investigación.
- Medicamentos para bajar de peso, a menos que lo apruebe Necesidad Médica para la obesidad mórbida (obesidad de clase III). Solo las personas con diabetes

son elegibles para recibir la cobertura de los medicamentos aplicables indicados para el tratamiento de la diabetes.
- Cualquier medicamento que sería ilegal recetar según la Ley Estatal o federal, independientemente del estado en el que se receta o surte el medicamento.

Molina no cubre medicamentos para tratar condiciones que son exclusiones de beneficios, entre las que se incluyen los siguientes:
- Servicios cosméticos.
- Tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello.
- Disfunción eréctil.
- Disfunción sexual.

Información sobre la Cobertura de Medicamentos Recetados: Además de la información proporcionada en este Acuerdo, Molina proporciona recursos telefónicos y en línea para que los Miembros y Proveedores obtengan cobertura específica e información sobre costos compartidos. Los Miembros pueden llamar a Servicios para Miembros para obtener esta información. Los proveedores pueden llamar a los servicios del proveedor de farmacia para obtener esta información. Los Miembros y Proveedores pueden buscar información en línea utilizando el Formulario publicado o la herramienta de “Búsqueda de Medicamentos” en MolinaMarketplace.com. La información del formulario también está disponible para el recetador dentro del software de prescripción electrónica si utiliza un registro médico electrónico compatible. El Administrador de Beneficios Farmacéuticos de Molina, Caremark®, utiliza la interoperabilidad de los Beneficios de Prescripción en Tiempo Real de Surescripts® para dar a los prescriptores visibilidad de la información del Formulario en el punto de prescripción. A través de estos recursos disponibles, los Miembros y Proveedores pueden obtener información sobre todos los siguientes detalles de la cobertura de medicamentos recetados (es posible que no todos estén disponibles en un solo recurso):
- Si el medicamento está cubierto para el Miembro
- La lista de medicamentos cubiertos más actualizada
- Información de Costos Compartidos para el medicamento recetado y alternativas en el Formulario (para detalles de Costos Compartidos de autoservicio, use la herramienta Buscar Medicamento en línea).
- Si el medicamento es elegible para pedidos por correo u otros programas de 90 días, y la información de Costo Compartido aplicable (para obtener detalles de autoservicio, consulte el Formulario o la herramienta de búsqueda de medicamentos en línea).
- Detalles de los requisitos de cobertura, como autorización previa, terapia por pasos, límites de edad, etc. (para obtener detalles de autoservicio, consulte el formulario en línea).

EXCLUSIONES

Ciertos equipos y servicios están excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo. Estas exclusiones se aplican a todos los servicios que, de otra manera, estarían cubiertos por este Acuerdo, independientemente de si los servicios están dentro del alcance de la licencia de un Proveedor, excepto en el caso de que se indique

expresamente lo contrario en esta Sección o cuando la Ley Estatal exija lo contrario. Esta no es una lista exhaustiva de los servicios que están excluidos de la cobertura de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros de Molina si tiene preguntas sobre las exclusiones. Molina no cubre ningún servicio que no esté identificado e incluido en la sección “Servicios Cubiertos” de este Acuerdo. El Miembro será totalmente responsable del pago de cualquier servicio que no esté cubierto.

Terapia Acuática: La terapia acuática y otros tratamientos con agua no están cubiertos, a menos que sean Médicamente Necesarios como parte de un plan de tratamiento de fisioterapia cubierto, de acuerdo con la sección “Servicios Cubiertos” de este Acuerdo. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario de trastornos de salud mental o de abuso de sustancias.

Inseminación artificial y concepción por medios artificiales: los servicios relacionados con la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales no tienen cobertura.

Ciertos exámenes y servicios: Los siguientes no están cubiertos, a menos que un Proveedor Participante indique que los servicios son Médicamente Necesarios.

- Exámenes físicos y otros servicios que son:
    - Requeridos para obtener o mantener empleo o participación en programas de empleados.
    - Requeridos para obtener cobertura médica, seguro de vida o licencia.
    - Requeridos por orden judicial o requeridos para libertad bajo fianza o libertad condicional.

Servicios quiroprácticos: los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a ningún servicio específicamente cubierto en ninguna sección de este Acuerdo, incluidas las secciones de Servicios de habilitación y rehabilitación.

Servicios cosméticos: Los servicios destinados principalmente a cambiar o mantener la apariencia del Miembro no tienen cobertura. Esta exclusión no se aplica a ningún servicio específicamente cubierto en la sección “Servicios Cubiertos” de este Acuerdo. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario de trastornos de salud mental o de abuso de sustancias.

Orden Judicial de Atención que no es Médicamente Necesaria: Servicios que son ordenados por la corte pero que no son Médicamente Necesarios, a menos que lo exija la Ley Estatal.

Cuidado de custodia: No está cubierta la ayuda con las actividades de la vida cotidiana. Esta exclusión no se aplica a la asistencia con las actividades de la vida cotidiana proporcionada como parte de un centro de cuidados paliativos, un centro de enfermería especializada o atención hospitalaria para pacientes internados cubiertos. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario de trastornos de salud mental o de abuso de sustancias.

Dietista: El servicio de un dietista no es un Servicio Cubierto, excepto por los beneficios paliativos o como se describe en la sección titulada “Fenilcetonuria (PKU, en inglés) y Otros Errores Innatos del Metabolismo”. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario de trastornos de salud mental o de abuso de sustancias.

Salud digital y terapias digitales: las aplicaciones móviles, el software o los dispositivos de hardware comercializados como terapias digitales para prevenir, controlar o tratar trastornos médicos o afecciones conductuales no están cubiertos. Esto no se aplica a los monitores continuos de glucosa del formulario ni a los dispositivos de bomba de insulina cubiertos, que se consideran equipos médicos duraderos y están sujetos a autorización previa.

Suministros desechables: los suministros desechables para uso doméstico, como vendajes, gasas, esparadrapo, antisépticos, vendajes, vendajes tipo Ace, pañales, protectores interiores y otros suministros para la incontinencia no están cubiertos.

Disfunción eréctil: Molina no cubre medicamentos ni tratamiento para la disfunción eréctil. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario de trastornos de salud mental o de abuso de sustancias.

Servicios Experimentales o de Investigación: Molina no cubre los Servicios Experimentales o de Investigación; sin embargo, esta exclusión no se aplica a los Servicios cubiertos en la sección Ensayos Clínicos Aprobados.

Terapia Genética, Terapia Celular y Terapia Genética Basada en Células: La terapia genética, la terapia celular (incluida la terapia con células madre) y la terapia genética basada en células, incluidos los medicamentos recetados, los procedimientos o los servicios de atención médica relacionados con estas terapias, no están cubiertos. La cobertura de otros servicios de atención médica y las opciones de tratamientos relacionados con una afección (para la cual se han desarrollado estos tipos de terapias excluidas) se realiza de acuerdo con este Acuerdo y las limitaciones indicadas en la política médica aplicable. Como tal, ciertos servicios pueden estar sujetos a Autorización previa.

Tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello: los elementos y servicios para la promoción, la prevención u otro tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello no están cubiertos. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario de trastornos de salud mental o de abuso de sustancias.

Aparatos auditivos: Molina no cubre audífonos. El Programa de Cobertura de Audífonos para Niños (HACCP, en inglés) ofrece cobertura de audífonos financiada por el estado para niños y jóvenes elegibles, de 0 a 20 años. Para obtener más información y presentar una solicitud, visite www.dhcs.ca.gov/HACCP.

Encarcelamiento: Molina no cubrirá los servicios para los Miembros cuando se presten mientras el Miembro está encarcelado, a menos que una orden judicial requiera específicamente cobertura.

Servicios para la Infertilidad: Más allá de los servicios de preservación de la fertilidad iatrogénica Médicamente Necesarios, Molina no cubre los servicios y suministros para la infertilidad, incluidas la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales, tales como: trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, en inglés), semen y óvulos (y servicios relacionados con su adquisición y almacenamiento), fertilización in vitro (IVF, en inglés) y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, en inglés).

Cuidados intermedios: la atención en un centro de cuidados intermedios con licencia no está cubierta. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos en virtud de la sección “Servicios Cubiertos” de este Acuerdo.

Artículos y Servicios No Relacionados con la Atención Médica: Molina no cubre servicios que no son servicios de atención médica, como los que se indican a continuación:

- Enseñanza de modales y protocolo.
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación como la planificación de actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas.
- Artículos y servicios que aumentan el conocimiento o las habilidades académicas, servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.
- Preparación académica o tutoría para habilidades como gramática, matemáticas y manejo del tiempo.
- Enseñanza de la habilidad de leer para miembros con dislexia.
- Pruebas educativas.
- Enseñar habilidades para conseguir empleo o con propósitos vocacionales.
- Formación profesional o enseñar habilidades profesionales.
- Cursos de crecimiento profesional.
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral.
- Exámenes relacionados con el desempeño laboral, deportivo (exámenes físicos para deportes) o recreativo.

Condones masculinos: Los condones masculinos no están cubiertos excepto aquellos en el formulario de servicios preventivos de salud femenina.

Terapia de masaje: Los masajes terapéuticos no están cubiertos, a menos que sean Médicamente Necesarios como parte de un plan de tratamiento de la fisioterapia cubierto en la sección “Servicios Cubiertos” de este Acuerdo.

Turismo Médico: Molina no cubrirá ningún gasto relacionado con el turismo médico. El turismo por motivos médicos hace referencia a los viajes fuera de los Estados Unidos para recibir atención médica. Esto incluye, entre otros, procedimientos electivos, cirugías, tratamientos y cualquier atención de seguimiento relacionada con los servicios recibidos fuera del país. Los Miembros que decidan buscar atención médica fuera de los Estados Unidos serán totalmente responsables de todos los costos incurridos.

Nutrición oral: No se cubre la nutrición oral para pacientes ambulatorios, como los suplementos dietéticos o nutricionales, los suplementos, los suplementos herbarios, las

ayudas para la pérdida de peso y los alimentos. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos en la sección “Fenilcetonuria (PKU) y Otros Errores Innatos del Metabolismo” de este Acuerdo.

Servicios del pagador principal: El pagador principal debe pagar primero cualquier servicio para el que exista otra cobertura que tenga prioridad sobre Molina antes de que se pueda considerar la cobertura en virtud de este Acuerdo. Consulte la sección Coordinación de Beneficios para obtener información adicional.

Servicio de enfermería privado: habitualmente, no se cubren los servicios de enfermería proporcionados a un paciente en un centro o en un domicilio particular. En general, las enfermeras contratadas de forma independiente proporcionan los servicios privados de enfermería, y no una agencia, como una agencia de atención médica domiciliaria.

Consulta entre Proveedores: Molina no cubre consultas interprofesionales entre proveedores sin la presencia del miembro.

Costos Incurridos por el Proveedor: Molina no cubrirá ningún gasto, tarifa, impuesto ni recargo impuesto al Miembro por ningún Proveedor o Centro que deba pagar el Proveedor o Centro.

Cirugía Reconstructiva: Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva no están cubiertos:

- Cirugía que, a juicio de un médico Proveedor Participante especializado en cirugía reconstructiva, solo ofrece una mejora mínima en la apariencia.
- Cirugía que se realiza para alterar o reformar las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia

Cuidado residencial: la atención en un centro en el que un Miembro permanece durante la noche no está cubierta; sin embargo, esta exclusión no se aplica si la estadía nocturna es parte de la atención cubierta en cualquiera de los siguientes centros:

- Un Hospital.
- Un centro de enfermería especializada.
- Un centro de cuidado de relevo para pacientes internados cubiertos, de acuerdo con la sección “Atención médica para pacientes terminales”.
- Un centro con licencia que brinda servicios residenciales de crisis cubiertos por la sección de Servicios de Salud Mental (Pacientes Internados y Ambulatorios).
- Un centro con licencia que proporciona servicios de recuperación residenciales de transición cubiertos por la sección Trastornos por Uso de Sustancias (Pacientes Internados y Ambulatorios).

Servicios no aprobados por la FDA: no se cubre ningún medicamento, suplemento, prueba, vacuna, dispositivo, material radioactivo ni otro servicio que, por ley, requiera la aprobación de la FDA para su venta en los EE. UU. y que no cuente con dicha aprobación. Esta exclusión se aplica a los servicios prestados en cualquier lugar, incluso fuera de los EE. UU.; por otra parte, esta exclusión no se aplica a los Servicios

Cubiertos conforme a la sección “Ensayos Clínicos Aprobados” de este Acuerdo. Consulte la sección Apelaciones y Quejas Formales de este Acuerdo para obtener información sobre solicitudes denegadas de servicios Experimentales o de Investigación.

Servicios prestados fuera del área de servicio: excepto como se indica en este Acuerdo, no se cubren los servicios y suministros proporcionados a un Miembro fuera del Área de Servicio, lugar al que el Miembro viajó con el fin de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos. Además, tampoco se cubre la atención médica de rutina, la atención médica preventiva, la atención médica primaria, la atención especializada y los servicios para pacientes internados cuando se suministran fuera del área de servicio. Cuando la muerte ocurre fuera de los Estados Unidos, no se cubre la evacuación médica ni la repatriación de los restos. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

Servicios prestados fuera del territorio de los Estados Unidos de América: salvo que se disponga lo contrario en este Acuerdo, los servicios, suministros o medicamentos recetados recibidos fuera de los Estados Unidos no están cubiertos.

Servicios prestados por personas sin licencia: no se cubren los servicios prestados por personas que, según la Ley Estatal, no están obligadas a poseer licencias o certificados válidos para proporcionar servicios de atención médica, a menos que este Acuerdo establezca lo contrario. Esta exclusión no se aplica a servicios que se consideran médicamente necesarios para el tratamiento de trastornos de salud mental o de uso de sustancias.

Servicios Relacionados con un Servicio No Cubierto: cuando un servicio no está cubierto, los servicios relacionados con ese servicio tampoco están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a los servicios que Molina cubriría de otra manera para tratar las complicaciones del Servicio No Cubierto. Molina cubre todos los servicios médicos básicos Medicamente necesarios para las complicaciones de un Servicio No Cubierto.

Servicios Prestados por la Familia Inmediata: Cualquier servicio prestado por un miembro inmediato de la familia del Miembro.

Servicios sin Costo para el Miembro: Cualquier servicio, suministro o equipo que se proporcionaría sin costo al Miembro si Molina no cubriera el cargo.

Disfunción sexual: el tratamiento de la disfunción sexual, independientemente de la causa, incluidos, entre otros, los dispositivos, los implantes, los procedimientos quirúrgicos y los medicamentos. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario de trastornos de salud mental o de abuso de sustancias.

Subrogación: los servicios para cualquier persona en relación con un Acuerdo de Subrogación, excepto los Servicios Cubiertos proporcionados a una Miembro que sea una madre sustituta. Un “Acuerdo de Subrogación” es uno en el que una mujer (gestante por subrogación) se compromete a quedar embarazada y a entregar al bebé a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño, independientemente de que la mujer reciba un pago por ser la gestante por subrogación. Consulte

“Subrogación para un Contrato de Sustitución” en la sección “Avisos Legales” de este Acuerdo para obtener información sobre las obligaciones de los Miembros con Molina en relación con un Acuerdo de Sustitución, incluidas las obligaciones de los Miembros de reembolsarle a Molina los Servicios Cubiertos que Molina cubra y la obligación de un Miembro de proporcionarle información a Molina sobre cualquier persona que sea financieramente responsable de los Servicios Cubiertos que el bebé (o bebés) reciba.

Gastos de viaje y alojamiento: Los gastos de viaje y alojamiento no están cubiertos. Molina puede pagar ciertos gastos que Molina preautoriza de acuerdo con las directrices de viaje y alojamiento de Molina. Las pautas de viaje y alojamiento de Molina están disponibles en Servicios para Miembros.

RECLAMACIONES

Presentar una reclamación: los Miembros o Proveedores deben presentar de inmediato ante Molina las reclamaciones por Servicios Cubiertos prestados a los Miembros. Todas las reclamaciones deben presentarse en un formulario aprobado por Molina y deben incluir la historia clínica completa relacionada con la reclamación, si lo solicita Molina o, de otro modo, según lo requieran las políticas y los procedimientos de Molina. El proveedor debe presentar las reclamaciones hechas por el Miembro o Proveedor a Molina dentro de los 365 días calendario posteriores a que haya ocurrido lo siguiente:

- Alta por servicios para pacientes internados o la fecha del servicio para pacientes ambulatorios.
- Se le ha proporcionado al Proveedor el nombre y la dirección correctos de Molina.

Si Molina no es el pagador principal según la coordinación de beneficios o la responsabilidad de terceros, el proveedor debe presentar las reclamaciones a Molina dentro de los 30 días calendario posteriores a la determinación final del pagador principal. Salvo que la Ley Estatal disponga lo contrario, las reclamaciones que no sean presentadas a Molina dentro de estos plazos no son elegibles para el pago y el Proveedor renuncia a cualquier derecho de pago.

Procesamiento de Reclamaciones: El pago de las reclamaciones se hará a los Proveedores Participantes de acuerdo con las disposiciones de cronología establecidas en el contrato del proveedor. A menos que el Proveedor y Molina hayan acordado por escrito un cronograma de pago alternativo, Molina pagará al Proveedor el servicio dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de una reclamación presentada con toda la documentación médica relevante y que cumpla con las pautas y requisitos de facturación de Molina. La fecha de recepción de un reclamo es la fecha en que Molina recibe un aviso escrito o electrónico de la reclamación.

Pago de Molina: Algunos Proveedores Participantes de Molina reciben un monto fijo por cada mes que el miembro se encuentra bajo su cuidado, ya sea que el miembro vea al Proveedor Participante o que no lo haga. Algunos proveedores trabajan a través de un pago por cada servicio, lo que significa que reciben un pago por cada servicio que brindan. Es posible que algunos proveedores reciban incentivos por brindar atención médica preventiva de calidad. Molina no ofrece incentivos financieros para las

decisiones de gestión de utilización que podrían dar lugar a denegaciones de autorización o subutilización. Para obtener más información sobre cómo se paga a los proveedores, los Miembros pueden llamar a Servicios para Miembros. Los Miembros también pueden llamar al consultorio de un Proveedor o su grupo médico para obtener esta información.

Reembolso al miembro: con la excepción de cualquier monto de Costos Compartidos requerido, si un miembro pagó por un servicio cubierto o una receta médica que se aprobó previamente o no requiere aprobación, Molina le devolverá el dinero. Para ello, el miembro debe presentar su reclamación de reembolso dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en la que realizó el pago.

Para los servicios médicos cubiertos, los Miembros deben enviar esta información por correo a Servicios para Miembros de Molina, a la dirección que figura en la portada interior de este Acuerdo. El miembro tendrá que enviar a Molina una copia de la factura del proveedor o el centro por los Servicios Cubiertos, así como también una copia del recibo. También debe incluir el nombre y el número de póliza del Miembro para el que presenta la reclamación.

Para los medicamentos recetados cubiertos, los miembros deben completar un formulario de reembolso que se encuentra en la sección de Formularios de MolinaMarketplace.com. Los miembros deben incluir una copia de la etiqueta de la receta y del recibo de la farmacia al enviar el formulario de solicitud a la dirección indicada en el formulario.

Después de recibir la solicitud de reembolso del Miembro, Molina le responderá dentro de los siguientes 30 días naturales. Si se acepta la reclamación, Molina enviará un cheque al Miembro por el reembolso. Si se deniega la reclamación, el Miembro recibirá una carta en la que se le explicará el motivo de dicha denegación. Si el Miembro no está de acuerdo con la denegación, puede presentar una queja formal como se describe en este Acuerdo.

Pago de Facturas: Los Miembros deben consultar el Plan de Beneficios para conocer sus responsabilidades de Costos Compartidos para los Servicios Cubiertos. Los Miembros pueden ser responsables de pagar el precio total de los servicios en los siguientes casos:

- El Miembro solicita y recibe servicios médicos que no son Servicios Cubiertos.
- Excepto en el caso de los Servicios de Emergencia o las excepciones que se enumeran en la sección “Acceso a la Atención Médica” de este Acuerdo, el Miembro solicita y obtiene servicios de cuidado de la salud de un Proveedor o un centro que no es un Proveedor Participante.

Si Molina no paga a un Proveedor Participante por proporcionar Servicios Cubiertos, el miembro no es responsable de pagar al Proveedor Participante ningún monto que Molina adeude. Esto no es válido para los proveedores no participantes.

AVISOS LEGALES

Responsabilidad de terceros: Molina tiene derecho a reembolsos por los Servicios Cubiertos prestados a un miembro bajo este plan para tratar una lesión o enfermedad causada por el acto ilícito, la omisión o la negligencia de un tercero, si un miembro recibió una compensación por la lesión o enfermedad de parte del tercero, o de sus representantes. Molina tendrá derecho al pago, el reembolso y la subrogación (recuperación de beneficios pagados cuando un plan médico adicional proporciona cobertura) en resarcimientos de terceros, y el Miembro deberá cooperar para ayudar íntegra y completamente en la protección de los derechos de Molina, incluida la notificación rápida de un caso que implique un posible resarcimiento de un tercero. Los Miembros deben reembolsar a Molina el costo razonable de los servicios pagados por Molina, en la medida en que lo permita la Ley Estatal, inmediatamente después de cobrar la compensación por los daños, ya sea por acción, ley, Acuerdo u otros. También deben cooperar plenamente con el ejercicio de los derechos de retención de Molina por el valor razonable de los servicios prestados por Molina, en la medida en que lo permita la Ley Estatal. El gravamen de Molina puede presentarse ante la persona cuyo acto causó las lesiones, su agente o el tribunal.

Un tercero incluye, entre otros, una persona física, una entidad u organización comercial, una agencia o programa gubernamental y una compañía de seguros.

Indemnización de los Trabajadores: Molina no proporcionará beneficios bajo este Acuerdo que dupliquen los beneficios a los que el Miembro tiene derecho bajo cualquier ley de indemnización de trabajadores vigente. El Miembro es responsable de realizar cualquier acción necesaria para obtener el pago bajo las leyes de indemnización de los trabajadores, cuando se pueda esperar razonablemente el pago bajo el sistema de indemnización de los trabajadores. La falta de una acción apropiada y oportuna impedirá que Molina tenga la responsabilidad de proporcionar beneficios en la medida en que el pago podría haberse esperado razonablemente en virtud de las leyes de Indemnización de los Trabajadores. Si surge una disputa entre el Miembro y la compañía de Indemnización de los Trabajadores, en cuanto a la capacidad del Miembro para cobrar conforme a las leyes de indemnización de los trabajadores, Molina proveerá los beneficios descritos en este Acuerdo hasta la resolución de la disputa. Si Molina proporciona beneficios que duplican los beneficios a los que el Miembro tiene derecho bajo la ley de indemnización de los trabajadores, Molina tendrá derecho a un reembolso por el costo razonable de tales beneficios.

Renovación de la cobertura: Molina renovará la cobertura de los Miembros el primer día de cada mes si recibió el pago de todas las Primas adeudadas. La renovación está sujeta al derecho de Molina de enmendar este Acuerdo y a la continuación de la elegibilidad del Miembro para este Plan. Los Miembros deben seguir todos los procedimientos requeridos por el Marketplace para redeterminar la elegibilidad y la renovación garantizada de la inscripción cada año durante el Período de Inscripción Abierta.

Cambios en las Primas y Costos Compartidos: Cualquier cambio en este Acuerdo, incluidos (entre otros) los cambios en los montos de las Primas, los Servicios

Cubiertos, el Deducible, el Copago, el Coseguro y el OOPM, entrará en vigor 60 días después del aviso enviado a la dirección del Suscriptor que Molina tiene registrada.

Actos Más Allá del Control de Molina: Si las circunstancias más allá del control razonable de Molina, incluidos cualquier desastre importante, epidemia, destrucción total o parcial de los centros, guerra, disturbios o insurrección civil, provocan la indisponibilidad de cualquier centro, personal o Proveedores Participantes, entonces Molina y el Proveedor Participante proveerán o intentarán proveer los Servicios Cubiertos en la medida de lo posible, según su mejor criterio, dentro de la limitaciones de tales centros, personal y Proveedores Participantes. Ni Molina ni ningún Proveedor Participante tendrá ninguna responsabilidad u obligación por demora o falta de prestación de Servicios Cubiertos si tal retraso o fracaso es el resultado de cualquiera de las circunstancias descritas anteriormente.

Renuncia: el incumplimiento por parte de Molina de cualquier disposición de este Acuerdo no se interpretará como una renuncia a esa disposición o a cualquier otra disposición de este Acuerdo, ni perjudicará el derecho de Molina de exigir al Miembro el cumplimiento de cualquier disposición de este Acuerdo.

No discriminación: Molina no discrimina ilegalmente en la contratación de personal ni en la prestación de Servicios Cubiertos en base a una condición de salud preexistente, color, credo, edad, origen nacional, identificación con un grupo étnico, religión, impedimento, discapacidad, sexo o información genética.

Donación de Órganos o Tejidos: La Legislatura del Estado le ha pedido a Molina que les comunique a los Miembros que pueden convertirse en donantes de órganos o tejidos. Los avances médicos en la tecnología de trasplante de órganos han ayudado a muchos pacientes. Sin embargo, el número de órganos disponibles es mucho menor que el número de pacientes que necesitan un trasplante de órganos. Los Miembros pueden elegir ser donantes de tejido orgánico si se comunican con el Departamento de Vehículos Motorizados (Department of Motor Vehicles) para obtener una tarjeta de donación de órganos.

Acuerdo vinculante para los miembros: al elegir la cobertura o aceptar los beneficios en virtud de este Acuerdo, todos los Miembros legalmente capaces de contratar, y los representantes legales de todos los Miembros incapaces de contratar, están de acuerdo con todas las disposiciones de este Acuerdo.

Asignación: un Miembro no puede asignar este Acuerdo ni ninguno de los derechos, intereses, reclamaciones por dinero adeudado, beneficios, reclamaciones u obligaciones bajo este documento sin contar con el consentimiento previo de Molina por escrito. Molina puede rehusarse a dar su consentimiento, a su propia discreción.

Ley vigente: Salvo en la medida en la que prevalezca la ley federal, este Acuerdo se regirá de acuerdo con la Ley Estatal, y cualquier disposición que deba incluirse en este Acuerdo según la Ley Estatal o federal será vinculante para Molina y los Miembros, ya sea que esté o no establecido en este Acuerdo.

Falta de validez: si alguna disposición de este Acuerdo se considera ilegal, inválida o inaplicable en un procedimiento judicial, dicha disposición será eliminada y quedará inoperante, y el resto de este Acuerdo permanecerá operativo y en pleno vigor y efecto.

Avisos: cualquier notificación requerida por Molina en virtud de este Acuerdo se enviará a la dirección o registro más reciente del suscriptor. El suscriptor es responsable de informar cualquier cambio de dirección al Marketplace.

Subrogación para un Acuerdo de Subrogación: Si un Miembro celebra un Acuerdo de Subrogación y el Miembro o cualquier otro beneficiario tiene derecho a recibir pagos u otra compensación bajo el Acuerdo de Subrogación, el Miembro debe reembolsar a Molina por los Servicios Cubiertos que reciba en relación con la concepción, el embarazo, el parto o la atención de posparto en relación con ese contrato ("Servicios de Salud de Subrogación") hasta el máximo permitido bajo la Sección 3040 del Código Civil de California. Un "Acuerdo de Subrogación" es uno en el que una mujer se compromete a quedar embarazada y a entregar al bebé a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño, independientemente de que la mujer reciba un pago por ser la gestante por subrogación. Nota: Esta sección de "Acuerdo de Subrogación" no afecta la obligación del Miembro ni paga su Copago o Coseguro por estos Servicios Cubiertos. Después de entregar un bebé a los padres legales, el Miembro no está obligado a reembolsar por los Servicios Cubiertos que recibe el bebé (los padres legales son financieramente responsables de cualquier Servicio Cubierto que reciba el bebé).

Al aceptar los Servicios de Salud de Subrogación, el Miembro automáticamente le asigna a Molina el derecho a recibir pagos que son pagaderos al Miembro o a cualquier otro beneficiario en virtud del Acuerdo de Subrogación, sin importar si esos pagos son para gastos médicos. Para garantizar los derechos de Molina, Molina también tendrá un gravamen sobre esos pagos y sobre cualquier cuenta de garantía, fideicomiso o cualquier otra cuenta que tenga esos pagos. Esos pagos (y los montos en cualquier cuenta de garantía, fideicomiso u otra cuenta que tenga esos pagos) se aplicarán primero para cumplir con el gravamen de Molina. La asignación y el gravamen de Molina no excederán la cantidad total de la obligación del Miembro a Molina según el párrafo anterior.

Dentro de los 30 días siguientes a la celebración de un Acuerdo de Subrogación, el Miembro debe enviar un aviso por escrito del acuerdo, que incluya toda la información siguiente:

- Nombres, direcciones y números telefónicos de las otras partes del acuerdo.
- Nombres, direcciones y números telefónicos de cualquier agente de custodia o administrador.
- Nombres, direcciones y números telefónicos de los padres previstos y de cualquier otra parte que sea financieramente responsable de los servicios cubiertos que reciba el bebé (o bebés), incluyendo nombres, direcciones y números telefónicos de cualquier seguro de salud que cubra los Servicios Cubiertos que reciba el bebé (o bebés).

- Una copia firmada de cualquier acuerdo y otros documentos que expliquen el acuerdo.
- Toda la información que Molina solicite para satisfacer sus derechos.

El Miembro debe enviar esta información por correo a la dirección que figura en la primera página de este Acuerdo.

El Miembro debe completar y enviar a Molina todos los consentimientos, las liberaciones, las autorizaciones, las formas de gravamen y otros documentos que sean razonablemente necesarios para que Molina determine la existencia de cualquier derecho que podamos tener bajo esta sección de “Acuerdo de Subrogación” y para satisfacer esos derechos. El Miembro puede no aceptar la renuncia a los derechos de Molina, liberarlos o reducirlos según esta sección de “Acuerdo de Subrogación” sin el consentimiento previo y por escrito de Molina.

Si la propiedad, el padre o la madre, el tutor o el curador del Miembro afirman un reclamo contra un tercero basado en el Acuerdo de Subrogación, la propiedad, el padre (hombre), la madre (mujer), el tutor o el curador del Miembro estará sujeto a los derechos de residencia de Molina y a otros derechos en la misma medida que si hubiera firmado la reclamación contra el tercero. Molina puede asignar sus derechos para hacer cumplir los derechos de gravamen y otros.

Si el Miembro tiene preguntas sobre sus obligaciones en virtud de esta disposición, se puede comunicar con Servicios para Miembros.

Programa de Bienestar y otros Beneficios del Programa: este Acuerdo incluye el acceso a un programa de bienestar ofrecido para alentar a los miembros a realizar actividades de salud que respalden su salud general. El programa es voluntario y está disponible sin costo adicional para todos los Suscriptores. El programa también está disponible para los dependientes mayores de 18 años sin costo. Es posible que Molina les ofrezca a los Miembros recompensas u otros beneficios por participar en ciertas actividades y programas de salud proporcionadas por los Proveedores Participantes. Las recompensas y beneficios del programa disponibles para los miembros pueden incluir créditos premium u otros beneficios como tarjetas de regalo.

Los miembros deben consultar con su PCP antes de participar. El programa de bienestar es opcional y los beneficios están disponibles sin costo adicional para los Miembros elegibles. Las recompensas y los beneficios del programa están disponibles para el canje solo mientras el Suscriptor o el Dependiente elegible estén actualmente inscritos en un Plan de salud del Molina Marketplace. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

Materiales de Educación de Salud: Molina ofrece materiales fáciles de leer sobre temas como nutrición, pautas de servicios preventivos, manejo del estrés, ejercicio, manejo del colesterol, asma y diabetes. Para obtener estos materiales, los miembros pueden visitar www.MolinaMarketplace.com.

Programa de Prevención de la Diabetes: El Programa de Prevención de la Diabetes (DPP, en inglés) de Molina es un programa de cambio de estilo de vida reconocido por los CDC. El DPP se desarrolló para prevenir la diabetes tipo 2. Está diseñado para Miembros de Molina que tienen prediabetes o están en riesgo de diabetes tipo 2. El DPP no es para los Miembros que ya tienen diabetes o que están embarazadas.

Los consejeros capacitados conducen el programa para ayudar a los Miembros a cambiar ciertos aspectos de su estilo de vida. Les mostrarán cómo comer más sano, reducir el estrés y hacer más actividad física. El programa también incluye el apoyo de grupos de otros que comparten metas y luchas. Este programa de cambio de estilo de vida no es una dieta de moda o una clase de ejercicio. No es una solución rápida. Se trata de un programa de un año de duración centrado en los cambios a largo plazo y los resultados duraderos.

Un año podría sonar como mucho tiempo, pero aprender nuevos hábitos, adquirir nuevas destrezas y crear confianza lleva tiempo. A medida que el Miembro comience a comer mejor y se vuelva más activo, notará cambios. Los cambios pueden ser en cómo se siente o incluso en cómo luce el Miembro. El personal del DPP trabajará con los Miembros para ver si están listos para inscribirse en el programa.

Para calificar para el programa, los Miembros deben cumplir con todos los requisitos siguientes:

- Tener al menos 18 años.
- Tener sobrepeso.
- No tener diabetes tipo 1 o tipo 2.
- Tener un resultado en el análisis de sangre en el rango de prediabetes en los últimos 12 meses O haber sido diagnosticada con diabetes gestacional en el pasado (no estar embarazada ahora).

Los Miembros pueden acceder al Programa de Prevención de la Diabetes de Molina si consultan a su Proveedor o llaman a Servicios para Miembros.

ARBITRAJE VINCULANTE: ACUERDO PARA RESOLVER TODAS LAS CONTROVERSIAS, INCLUIDA LA FUTURA RECLAMACIÓN POR NEGLIGENCIA MEDIANTE ARBITRAJE VINCULANTE

*** Información Importante sobre sus Derechos***

Cualquier disputa de cualquier tipo, incluidas entre otras, reclamaciones relacionadas con la cobertura y entrega de servicios bajo este producto, que pueden incluir, pero no se limitan a reclamaciones de negligencia (por ejemplo, en caso de cualquier disputa o controversia que surja del diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente por parte del proveedor de

atención médica) o reclamaciones de que los servicios médicos prestados bajo el producto eran innecesarios o no estaban autorizados o fueron prestados de manera inapropiada entre los Miembros (incluidas sus subsidiarias o afiliadas), y Molina o cualquiera de sus compañías matrices, subsidiarias, sucesoras o compañías asignadas, serán sometidos a arbitraje obligatorio de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables, incluida la Ley Federal de Arbitraje, 9 U.S.C., Secciones 1-16, Código de Procedimiento Civil de California, Secciones 1280 et seq. y la Ley de Atención Médica Asequible. Cualquier disputa de este tipo no será resuelta por una demanda o proceso judicial, ni estará sujeta a apelación, excepto según lo dispuesto por la ley aplicable. Cualquier arbitraje bajo esta disposición se llevará a cabo de manera individual; no se permiten arbitrajes de clase ni acciones de clase.

El Miembro y Molina acuerdan que, cuando se celebra el acuerdo de inscripción de un Miembro en este producto, el Miembro y Molina renuncian cada uno al derecho a un juicio por jurado o a participar en una acción de clase. El Miembro y Molina están renunciando a sus derechos constitucionales para que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso de arbitraje final y vinculante de conformidad con las normas y procedimientos integrales de JAMS, y la administración del arbitraje se llevará a cabo por medio de JAMS o cualquier otro servicio de arbitraje que las partes acuerden por escrito. La sentencia sobre el laudo dictado por el árbitro puede ser interpuesta en cualquier tribunal que tenga jurisdicción.

Las partes se esforzarán por acordar mutuamente el nombramiento del árbitro, pero, si no se puede llegar a dicho contrato dentro de los 30 días naturales a partir de la fecha en que se reciba el aviso de inicio del arbitraje, se utilizarán los procedimientos de nombramiento del árbitro de los Procedimientos y Normas Integrales de JAMS. El árbitro celebrará una audiencia dentro de un plazo razonable a partir de la fecha de aviso de la selección del árbitro neutral.

Las audiencias de arbitraje se llevarán a cabo en el Condado en el cual el Miembro vive o en cualquier otro lugar que las partes acuerden por escrito. El descubrimiento civil puede ser tomado en tal arbitraje de acuerdo con las secciones 1280-1294.2 del Código de Procedimiento Civil de California. El árbitro seleccionado tendrá el poder de controlar el momento, el alcance y la manera de tomar el descubrimiento, y tendrá además los mismos poderes para hacer cumplir los deberes respectivos de las partes con respecto al descubrimiento, como lo haría un tribunal de Ley Estatal de

California, incluyendo, entre otros, la imposición de sanciones. El árbitro tendrá la facultad de otorgar todos los recursos de acuerdo con la ley aplicable, y sujeto a cualquier limitación de esta.

El árbitro preparará por escrito un laudo que indique la parte o las partes ganadoras, el monto y otros términos pertinentes del laudo, y que incluya las razones legales y fácticas de la decisión. El requisito de arbitraje vinculante no impedirá que una parte solicite una orden de restricción temporal o un mandamiento judicial preliminar u otros recursos provisionales a un tribunal con jurisdicción; sin embargo, cualquier otra demanda o causa de acción, incluyendo, entre otros, a aquellos que buscan daños, estará sujeta a arbitraje vinculante como se estipula en el presente documento.

Las partes dividirán por igual los costos y gastos de JAMS y del árbitro. En casos de adversidades extremas, Molina puede asumir toda o parte de la participación del Miembro en los honorarios y gastos de JAMS y del árbitro, siempre que el Miembro presente una solicitud de adversidad a JAMS. La aplicación de adversidad se realizará de manera adecuada y con la información y la documentación que requiera JAMS. JAMS (y no el punto neutro asignado para escuchar el caso) determinará si se debe conceder la solicitud de privación del Miembro.

TODAS LAS PARTES ACUERDAN EXPRESAMENTE RENUNCIAR A SU DERECHO CONSTITUCIONAL A QUE SE RESUELVAN LAS CONTROVERSIAS ENTRE ELLAS ANTE UN JURADO Y, EN CAMBIO, ACEPTAN EL USO DE ARBITRAJE VINCULANTE.

APELACIONES Y QUEJAS FORMALES

Reclamaciones o Quejas Formales: Una reclamación es una queja formal. Una queja formal es una expresión oral o escrita de insatisfacción que un Miembro tiene con Molina o con cualquier Proveedor Participante, lo que incluye preocupaciones por la calidad de los cuidados y puede comprender reclamaciones, disputas, solicitudes de consideración o apelaciones hechas por un Miembro o un representante de este. Por ejemplo, un Miembro puede no estar satisfecho con el horario de disponibilidad de un médico. Las cuestiones relacionadas con la denegación de los servicios de atención médica son Apelaciones, y deben ser presentadas a Molina o al Departamento de Atención Médica Administrada del Estado de California (California State Department of Managed Health Care) de la manera que se indica a continuación.

Si un Miembro tiene algún problema con los servicios de Molina, incluidos los Servicios Dentales Pediátricos, Molina quiere ayudarlo a solucionarlo.

El representante del plan que puede ser contactado acerca de la queja formal se llama el “Coordinador de Apelaciones y Quejas Formales”, y se lo puede contactar de la siguiente manera:

- Por teléfono, al número de Servicios para Miembros de Molina que aparece en la página 3 de este Acuerdo.
- Por escrito, mediante correo o en línea, en la siguiente dirección:
  CA Appeals and Grievance Coordinator
- PO Box 182273
  Chattanooga, TN 37422
- MolinaMarketplace.com
- Por correo electrónico a:
  MHCMemberGandA@Molinahealthcare.com
- Por fax al 1 (562) 499-0757.

Los Miembros también pueden llamar al número de teléfono gratuito del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DHMC) del Estado de California al 1 (888) 466-2219.

Molina reconoce el hecho de que los Miembros pueden no siempre estar satisfechos con la atención y los servicios prestados por los médicos, hospitales y otros proveedores contratados de Molina. Molina quiere conocer los problemas y quejas del Miembro.

Los Miembros pueden presentar una queja formal (también llamada reclamación) en persona, por escrito o por teléfono.

Molina enviará una carta para acusarle recibo de la queja formal al Miembro dentro de 5 días naturales y, luego, le dará una respuesta formal dentro de 30 días naturales desde la fecha de su contacto inicial con Molina. Todos los niveles de quejas formales serán resueltos dentro de 30 días naturales.

Si un Miembro no está satisfecho con la respuesta de Molina a una queja formal, puede presentar una apelación ante Molina, siempre y cuando esta se reciba y se pueda procesar en un plazo de 30 días naturales tras la recepción inicial de la queja formal. Molina enviará una carta de confirmación de recepción de la apelación en un plazo de 5 días naturales. Todos los niveles de apelaciones y quejas formales de Molina se completarán en un plazo de 30 días naturales.

Los Miembros deben presentar una queja formal dentro de los 180 días naturales a partir del día en el que ocurrió el incidente o la acción que le causó insatisfacción al Miembro.

La cobertura del Miembro permanecerá en efecto hasta que se produzca el resultado de la apelación interna.

Revisión Acelerada: Si una queja formal implica una amenaza inminente y seria para la salud de un Miembro, Molina revisará la queja formal rápidamente. Ejemplos de amenazas inminentes y serias incluyen, entre otros, dolor severo, pérdida potencial de vida, miembro o función corporal importante. Se le informará inmediatamente al Miembro de su derecho a comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care). Molina emitirá una respuesta formal a más tardar 3 días naturales después del contacto inicial del Miembro con Molina. El Miembro también puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care) de inmediato y no se le exige participar en el proceso de quejas formales de Molina.

Revisión Externa de Excepciones No Incluidas en el Formulario: Si no está de acuerdo con la denegación de un "medicamento no incluido en el formulario" o de una solicitud de excepción de terapia progresiva, el Miembro, su representante o su proveedor pueden presentar una queja formal para solicitar una revisión externa de excepciones. La información sobre cómo solicitar una revisión también se incluirá en el aviso de denegación del afiliado. Consulte la sección "Apelaciones y Quejas Formales" para obtener más información sobre cómo presentar una queja formal. El proceso de revisión de excepciones externas se suma al derecho del Miembro a presentar una queja formal o solicitar una revisión médica independiente. Molina responderá a la solicitud de revisión externa en:

- 24 horas después de recibir la solicitud de excepción acelerada.
- 72 horas después de recibir la solicitud de excepción estándar.

Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care):
El Department of Managed Health Care de California es responsable de reglamentar los planes de servicios de salud. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1 (888) 858-2150** y utilizar el proceso de queja formal que este establece antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal que involucra una emergencia, una queja formal de que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no se ha resuelto durante más de 30 días, puede comunicarse al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, en inglés). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidad auditiva o del habla. En el sitio web del departamento,

www.dmhc.ca.gov, aparecen los formularios de queja, de solicitud de IMR y las instrucciones en línea.

Revisión Médica Independiente: Un Miembro puede solicitar una revisión médica independiente ("IMR", en inglés) de un Servicio de Atención Médica en Disputa del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) si cree que los servicios de atención médica han sido denegados, modificados o retrasados indebidamente por Molina o uno de sus Proveedores Participantes. Un "Servicio de Atención Médica en Disputa" es cualquier servicio de atención médica elegible para cobertura y pago (también llamado Servicios Cubiertos) que ha sido denegado, modificado o retrasado por Molina o uno de sus Proveedores Participantes, en su totalidad o en parte porque el servicio no es Médicamente Necesario.

El proceso de IMR se suma a cualquier otro procedimiento o reparación que pueda estar disponible para los Miembros. Los Miembros no pagan ninguna tarifa de procesamiento o solicitud de ningún tipo para IMR. Los Miembros tienen derecho a dar información que respalde la solicitud para una IMR. Molina les dará a los Miembros un formulario de solicitud de IMR con toda carta de disposición que deniegue, modifique o retrase los servicios de atención médica. Una decisión de no participar en el proceso de IMR puede causar que un Miembro pierda cualquier derecho legal a tomar acción legal contra Molina en relación con el servicio de atención médica en disputa.

Elegibilidad para IMR: El DMHC revisará la solicitud de una IMR de un Miembro para confirmar que:

1. Ya sea:
    A. El proveedor del Miembro ha recomendado un servicio de atención médica como Médicamente Necesario.
    B. El Miembro ha recibido Atención de Urgencia o Servicios de Emergencia que un proveedor determinó que eran Médicamente Necesarios.
    C. Un Proveedor Participante ha visto al Miembro para un diagnóstico o tratamiento de la condición médica para la cual el Miembro busca revisión médica.

2. El Servicio de Salud en Disputa ha sido denegado, modificado o retrasado por Molina o uno de sus Proveedores Participantes, basado en su totalidad o en parte en una decisión de que el servicio de atención médica no es Médicamente Necesario.

3. El Miembro presentó una queja formal ante Molina o su Proveedor Participante y la decisión en disputa se mantiene, o la queja formal sigue sin resolverse después de 30 días naturales. El Miembro no tiene que esperar una respuesta de Molina por más de 30 días naturales.

    Si una queja formal requiere una Revisión Acelerada, el Miembro puede traerla inmediatamente a la atención del DMHC. El Miembro no tiene que esperar una respuesta de Molina por más de 3 días naturales. El DMHC puede renunciar al requisito de seguir el proceso de quejas formales de Molina en casos extraordinarios y convincentes.

Si un caso es elegible para IMR, la disputa será sometida a un Especialista que hará una determinación independiente de si la atención es Médicamente Necesaria o no. El Miembro recibirá una copia de la evaluación realizada en el caso. Si la IMR determina que el servicio es Médicamente Necesario, Molina prestará el servicio de atención médica.

Para casos no urgentes, la organización de la IMR designada por el DMHC debe emitir su decisión dentro de los 30 días naturales posteriores de la recepción de la solicitud y documentos de prueba del Miembro. Para casos urgentes que supongan una amenaza inminente y seria contra la salud del Miembro, incluidos, entre otros, dolor grave, la potencial pérdida de la vida, un miembro o una función corporal importante, el deterioro inmediato y grave de la salud del Miembro, la organización de la IMR debe brindar su determinación en un plazo de 3 días naturales.

Para obtener más información sobre el proceso de IMR o para solicitar un formulario de solicitud, llame a Servicios para Miembros de Molina.

Revisión Médica Independiente para la Denegación de Terapias Experimentales o de Investigación : Los Miembros también pueden tener derecho a una Revisión Médica Independiente de la decisión de Molina de denegar la cobertura para el tratamiento que Molina ha decidido que es Experimental o de Investigación.

- El tratamiento debe ser para una condición potencialmente mortal o seriamente debilitante.
- Molina le notificará al Miembro por escrito la oportunidad de solicitar una Revisión Médica Independiente de una decisión que deniegue una terapia Experimental o de Investigación dentro de los 5 días naturales posteriores a la decisión de denegar la cobertura.
- No se le requiere al Miembro participar en el proceso de quejas formales de Molina antes de buscar una Revisión Médica Independiente de la decisión de Molina de denegar la cobertura de una terapia Experimental o de Investigación.
- La Revisión Médica Independiente se completará dentro de los 30 días naturales posteriores a la recepción de la solicitud y la documentación de prueba del Miembro por parte del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care). Si el médico del Miembro determina que la terapia propuesta sería significativamente menos efectiva si no se inicia de inmediato, la decisión de Revisión Médica Independiente se emitirá dentro de los 7 días naturales posteriores a la solicitud completada para una revisión acelerada.

ANEXO DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS 2026

Proporcionado por California Dental Network

200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Los beneficios dentales son proporcionados por California Dental Network. California Dental Network hace negocios como DentaQuest. A lo largo de esta Evidencia de Cobertura, se hace referencia a California Dental Network como DentaQuest.

Este formulario de evidencia de cobertura combinada y divulgación constituye solo un resumen del plan de salud. Se debe consultar el contrato del plan de salud para determinar los términos y condiciones exactos de cobertura.

DEFINICIONES

"Atención Dental de Emergencia" significa el servicio necesario para aliviar inmediatamente los síntomas agudos asociados con una condición dental de emergencia.

"Condición Médica de Emergencia" se refiere a una condición médica que incluye dolor severo o sangrado asociado con problemas dentales o condiciones dentales imprevistas que, si no se diagnostican y tratan inmediatamente, pueden llevar a una discapacidad, disfunción o muerte que se manifiesten por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor severo) de tal manera que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente dar como resultado cualquiera de los siguientes:

- Poner la salud del paciente en grave peligro.
- Causar daños graves en las funciones corporales; o
- Provocar una falla grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

"Exclusión" se refiere a cualquier servicio que aparezca como no cubierto por DentaQuest o el Proveedor.

"Limitación" significa cualquier servicio que no sea una Exclusión que restrinja la Cobertura bajo este plan.

"Proveedor Dental" se refiere a aquellos dentistas, que han celebrado un contrato con DentaQuest, e incluye a cualquier higienista o asistente que actúe bajo la supervisión del dentista para proporcionar servicios a los Miembros.

"Especialista Dental" se refiere a un dentista que es responsable del cuidado dental de un Miembro en una rama específica de la odontología, como endodoncia, periodoncia, odontopediatría, cirugía oral u ortodoncia.

"Máximo Anual de Gastos de Bolsillo" (también conocido como "OOPM"): se refiere al máximo que un Miembro debe pagar por los Servicios Cubiertos en un año del Plan. Después de que un Miembro gasta este monto en deducibles, copagos y coseguros, DentaQuest paga el 100 % de los costos de los Beneficios de Salud Esenciales Dentales Cubiertos para Miembros pediátricos (niños de hasta 19 años). Los montos que pagan el Suscriptor o los Dependientes por los servicios no cubiertos por este Plan no se cuentan para el máximo anual de gastos de bolsillo (OOPM, en inglés). El Plan de Beneficios puede incluir un monto OOPM por cada individuo inscrito y un monto OOPM por separado para toda la familia cuando hay dos o más Miembros inscritos. Cuando dos o más miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo: 1) se alcanzará el OOPM individual, con respecto al Suscriptor o a un Dependiente, cuando esa persona alcance el monto del OOPM

individual; o 2) se alcanzará el OOPM familiar cuando los Costos Compartidos de la familia de un Miembro se sumen al monto del OOPM familiar. Una vez que los Costos Compartidos totales para el Suscriptor o un Dependiente se sumen al total del OOPM individual, DentaQuest pagará el 100 % de los costos de los Beneficios de Salud Dental Esenciales Cubiertos para Miembros pediátricos (niños de hasta 19 años) durante el resto del año del plan para el afiliado pediátrico. Una vez que los Costos Compartidos de dos o más miembros de la familia se sumen hasta llegar al monto OOPM familiar, DentaQuest pagará el 100 % de los costos de los Beneficios de Salud Dental Esenciales Cubiertos para Miembros pediátricos (niños hasta los 19 años) por el resto del año del plan para el Miembro y cada Miembro pediátrico (niños hasta los 19 años) de su familia.

"Proveedor Dental Participante" se refiere a un dentista que tiene un contrato con DentaQuest para tratar a nuestros miembros asegurados.

"Beneficios de Salud Esenciales Pediátricos" son uno de los diez beneficios de salud esenciales requeridos bajo la Ley de Atención Médica Asequible ("ACA", en inglés): Los beneficios de salud esenciales pediátricos cubren la atención y servicios dentales como limpiezas, radiografías y empastes para personas de hasta 19 años.

"Dentista Primario" se refiere al dentista principal al que el Miembro ha elegido o ha sido asignado para su tratamiento dental y es un proveedor dental participante.

"Atención Dental de Urgencia" se refiere a la atención necesaria para prevenir un grave deterioro de la salud de un Miembro, tras el inicio de una condición imprevista. La Atención de Urgencia es necesaria dentro de las 24 a 72 horas, e incluye solo los servicios necesarios para prevenir el grave deterioro de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista para la cual no se puede retrasar el tratamiento.

¿CÓMO USO MIS BENEFICIOS?

Además de su Evidencia de Cobertura de Molina Healthcare of California, usted recibirá una carta de (DentaQuest) con el número telefónico y la dirección de su oficina dental.

Al final de este Anexo se incluye una lista completa de los servicios cubiertos y los copagos. Los servicios excluidos de su Cobertura se encuentran en la sección titulada "Beneficios, Exclusiones y Limitaciones". Lea esta sección cuidadosamente. Los servicios dentales de un dentista o especialista fuera de la red no están cubiertos. Bajo ciertas situaciones de emergencia, los servicios de un dentista general no participante pueden ser cubiertos.

¿CÓMO CAMBIO MI PROVEEDOR DENTAL?

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LE INDICA LOS GRUPOS DE PROVEEDORES QUE PUEDEN PROPORCIONARLE ATENCIÓN DENTAL.

Puede seleccionar a cualquier Proveedor Dental Participante de DentaQuest para su cuidado dental. Puede cambiar a su Dentista Primario en cualquier momento. Comuníquese con el Departamento de Servicio de Atención al Cliente Dental (Dental Customer Support) al número de teléfono gratuito 1-855-424-8106 para cambiar a su Dentista Primario. Cualquier solicitud recibida antes del 20 de cada mes entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Cualquier solicitud recibida después del 20 de cada mes entrará en vigencia el primer día del siguiente mes calendario. Podemos requerir hasta 30 días para procesar una solicitud.

PROVEEDORES DENTALES

Los consultorios dentales participantes de DentaQuest están abiertos durante el horario comercial normal y algunos consultorios están abiertos el sábado. Consulte el directorio de su proveedor para obtener más información sobre los horarios de consulta del proveedor y los idiomas que se hablan en los consultorios participantes. Si tiene dificultades para localizar a un Proveedor Dental Participante en su área dentro de los estándares de acceso del plan, comuníquese con el Departamento de Servicio de Atención al Cliente Dental (Dental Customer Support) al 1-855-424-8106 para recibir autorización para servicios fuera de la red. Podrá seleccionar un proveedor de su elección en el área inmediata. Se dará autorización para el examen y las radiografías, todo el tratamiento debe ser sometido para su aprobación.

¿Cómo puedo obtener Servicios de Emergencia?

La atención dental urgente y de emergencia está cubierta las 24 horas del día, los siete días de la semana, para todos los Miembros. La Atención Dental de Emergencia se reconoce como tratamiento dental para el alivio inmediato de una condición médica de emergencia y cubre solo los servicios dentales necesarios para aliviar los síntomas de tales condiciones. La atención de urgencia es aquella que se requiere dentro de un plazo de 24 a 72 horas, y consiste en servicios necesarios para evitar el deterioro grave de la salud bucal a causa de una enfermedad o lesión imprevista cuyo tratamiento no puede postergarse. El Plan proporciona cobertura para servicios dentales urgentes solo si se requieren los servicios para aliviar síntomas como dolor o sangrado severos o si un Miembro cree razonablemente que la condición, si no se diagnostica o se trata, puede llevar a una discapacidad, deterioro o disfunción. Los beneficios cubiertos son el alivio de los síntomas agudos solamente (por ejemplo: dolor severo o hemorragia) y no incluye la restauración completa. Comuníquese con su Dentista Participante para atención dental de urgencia o de emergencia. Si su Proveedor Dental no está disponible durante el horario comercial regular, llame al Servicio de Atención al Cliente Dental (Dental Customer Support) al 1-855-424-8106.

En el caso de una emergencia después de horas, y que su proveedor dental seleccionado no esté disponible, usted puede obtener servicio de emergencia o de urgencia de cualquier dentista autorizado. Usted solo tiene que enviar a DentaQuest, a la dirección indicada en este documento, la factura incurrida como resultado de la emergencia dental, evidencia de pago y una breve explicación de la indisponibilidad de su Proveedor. Un padre no cubierto de un niño cubierto puede presentar una reclamación por atención de emergencia o atención de urgencia sin la aprobación del padre cubierto, en cuyo caso el padre no cubierto será reembolsado. Tras la verificación de la indisponibilidad de su proveedor, DentaQuest le reembolsará el costo de los servicios de emergencia o de urgencia, menos cualquier copago aplicable.

Se recomienda a los afiliados que utilicen adecuadamente el sistema de auxilio para emergencias “911”, en áreas donde el sistema está establecido y en funcionamiento, cuando usted tiene una condición médica de emergencia que requiere una respuesta de emergencia.

¿Qué hago si estoy fuera del área?

Está cubierto para atención dental de urgencia y de emergencia. Si usted está lejos de su Proveedor

Participante asignado, usted puede contactar a DentaQuest para ser derivado a otro dentista contratado que pueda tratar su condición de urgencia o de emergencia. Si usted está fuera del área, fuera del horario comercial normal de DentaQuest, o no puede contactar a DentaQuest para redirigirle a otro dentista contratado, póngase en contacto con cualquier dentista autorizado para recibir atención de emergencia o de urgencia. Se le requiere que presente una declaración detallada del dentista tratante con una lista de todos los servicios proporcionados. Las reclamaciones de los Miembros se deben presentar dentro de los 180 días y reembolsaremos a los Miembros dentro de los 30 días por cualquier gasto de emergencia o atención de urgencia. Un padre no cubierto de un niño cubierto puede presentar una reclamación por una emergencia fuera del área sin la aprobación del padre cubierto, en ese caso el padre no cubierto será reembolsado. Envíe todas las reclamaciones a DentaQuest a esta dirección:

DentaQuest:
23291 Mill Creek Dr. Ste. 100
Laguna Hills, CA 92653

La Atención Dental de Emergencia se reconoce como tratamiento dental para el alivio inmediato de una condición médica de emergencia y cubre solo los servicios dentales necesarios para aliviar los síntomas de tales condiciones. La atención de urgencia es el tratamiento que se requiere dentro de un plazo de 24 a 72 horas, y consiste en servicios necesarios para evitar el deterioro grave de la salud bucal a causa de una enfermedad o lesión imprevista cuyo tratamiento no puede postergarse. El Plan proporciona cobertura para servicios dentales de emergencia o de urgencia solo si se requieren los servicios para aliviar síntomas como dolor o sangrado severos o si un Miembro cree razonablemente que la condición, si no se diagnostica o se trata, puede llevar a una discapacidad, deterioro o disfunción. El beneficio cubierto es el alivio de los síntomas agudos solamente (por ejemplo: dolor severo o sangrado) y no incluye la restauración completa.

Para ver a un Especialista

Si su Dentista Primario decide que necesita los servicios de un especialista, solicitará Autorización Previa para una derivación a un Especialista de DentaQuest. DentaQuest le enviará una carta de autorización de tratamiento, con el nombre, la dirección y el número telefónico de su especialista de DentaQuest asignado. Las solicitudes de Autorización Previa de rutina se procesarán dentro de los cinco (5) días laborables a partir de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por DentaQuest para tomar una decisión. Si se requiere una derivación de emergencia, su Dentista Primario se pondrá en contacto con DentaQuest y se harán arreglos inmediatos para el tratamiento especial. Las derivaciones de emergencia se procesan en un plazo de setenta y dos (72) horas a partir de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por DentaQuest para tomar la decisión. A su Dentista Primario se le informará la decisión de DentaQuest en un plazo de 24 horas a partir de la decisión. Tanto el proveedor general como el paciente recibirán una notificación por escrito de aprobación o denegación.

Si tiene preguntas sobre cómo se aprueba un determinado servicio, llame gratis a DentaQuest al 1-855-424-8106. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque el 711 para el Servicio de Retransmisión de California. Estaremos encantados de enviarle una explicación general de cómo se toma ese tipo de decisión o enviarle una explicación general del proceso de aprobación general si lo solicita.

Si usted solicita servicios de cualquier especialista sin la aprobación previa por escrito de DentaQuest, usted será responsable de la tarifa del especialista por cualquier servicio prestado.

RESPONSABILIDAD DEL MIEMBRO POR EL PAGO

Por estatuto, cada contrato entre DentaQuest y un Dentista Participante deberá prever que, en caso de que DentaQuest no pague al Dentista Participante, el Miembro no será responsable ante el Dentista Participante de las sumas adeudadas por DentaQuest. En caso de que DentaQuest no pague a los Dentistas Participantes que no sean contratados, el Miembro podrá ser responsable ante el Dentista Participante que no sea contratado por los costos de los servicios prestados.

Los Miembros serán responsables de todos los cargos suplementarios, incluidos copagos, deducibles y procedimientos no cubiertos como Beneficios del Plan.

RECLAMACIONES Y APELACIONES

Todas las reclamaciones y apelaciones dentales serán manejadas de acuerdo con el proceso de reclamaciones y apelaciones de Molina, como se describe en esta Evidencia de Cobertura.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En el caso de que un Miembro esté cubierto por otro plan o política que ofrezca cobertura, beneficios o servicios (plan) que estén cubiertos beneficios bajo este plan dental, entonces los beneficios de este plan se coordinarán con el otro plan de acuerdo con las regulaciones sobre “Coordinación de Beneficios”. El diseño de beneficios estándar de Covered California requiere que el pagador de beneficios dentales primario sea un plan de salud comprado a través de Covered California que incluye beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica. Cualquier plan dental independiente que ofrezca el beneficio de salud dental esencial pediátrico, ya sea como un beneficio separado o combinado con un beneficio dental familiar, cubre los beneficios como un pagador secundario del plan de beneficios dentales. El pagador principal de beneficios dentales es este plan de salud comprado a través de Covered California e incluye beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica.

Se puede obtener una copia de las normas de Coordinación de Beneficios de DentaQuest.
El Plan o sus proveedores tratantes se reservan el derecho de recuperar el costo o valor, según lo establecido en la Sección 3040 del Código Civil, de los servicios cubiertos proporcionados a un Miembro que resultaron o fueron causados por terceros que posteriormente se determinan como responsables del daño al Miembro.

POLÍTICA DE SEGUNDA OPINIÓN

Es la política de DentaQuest que una segunda opinión obtenida de un proveedor de panel participante sea un beneficio cubierto. El beneficio cubierto necesitará una

aprobación del Plan. Se alienta una segunda opinión como componente positivo de la calidad de la atención.

Segunda Opinión de Medicina General

Una solicitud de una segunda opinión puede ser procesada si una o más de las siguientes condiciones son evidentes:

- El Miembro desea la afirmación de un plan de tratamiento complejo o extenso, un plan de tratamiento alternativo o una aclaración de un plan o procedimiento de tratamiento.
- El Miembro tiene una pregunta sobre la exactitud de un diagnóstico de un procedimiento o plan de tratamiento.
- Los Miembros cuestionan el progreso y el resultado exitoso de un plan de tratamiento.
- El plan requiere una segunda opinión como parte de la resolución de la queja formal de un Miembro.

Cuando un Miembro tenga una solicitud de una segunda opinión que no se encuentre dentro de los perfiles de descripción, la solicitud será enviada a un Director Dental de DentaQuest para su consideración.

Los Miembros pueden obtener una segunda opinión poniéndose en contacto con DentaQuest al 1-855-424-8106. El Miembro recibirá los nombres de los proveedores en su área para seleccionar un proveedor de segunda opinión. Si el Miembro opta por no aceptar a uno de los proveedores contratados y desea salir de la red, no es un beneficio cubierto. El proveedor de elección será notificado por el Plan de la necesidad del Miembro de una segunda opinión y del copago aplicable. El Miembro será responsable de obtener una cita del proveedor de segunda opinión.

El representante del Plan rellenará un formulario de segunda opinión. Se obtendrán radiografías y registros del proveedor actual y, junto con el formulario, se enviarán al proveedor de segunda opinión.

Los proveedores contratantes han acordado en su contrato participar en las actividades de Garantía de Calidad del Plan. La presentación de una segunda opinión se considera parte de las Actividades de Garantía de Calidad del Plan, por lo que todos los proveedores contratantes acuerdan:

- Proporcionar copias de los registros y radiografías necesarios al plan (sin cargo alguno a los Miembros, al Plan o proveedor de segunda opinión) para su revisión por el proveedor de segunda opinión.

- Acordar proporcionar una evaluación de segunda opinión a los Miembros en copago tras la aprobación de la solicitud de segunda opinión del Plan, y poner los resultados de su evaluación a disposición del proveedor remitente, el Miembro y el Plan.

Los proveedores de segunda opinión pueden elegir aceptar a un Miembro que busca una transferencia, pero no están obligados a hacerlo. Las transferencias deben acordarse mutuamente con el proveedor de segunda opinión y el Miembro que solicite la segunda opinión.

Segunda Opinión de Especialidad
Los procedimientos de especialidad incorporados en un plan de tratamiento pueden requerir una segunda opinión de especialidad. Se tratarían de la misma manera que una segunda opinión de medicina general con las mismas pautas.

Segunda Opinión de Ortodoncia
En el caso de una segunda opinión de Ortodoncia, se procesará de la misma manera que una general, excepto que las siguientes condiciones deben ser evidentes:

- Preguntas acerca de las extracciones de los dientes para llevar a cabo la finalización del tratamiento versus la no extracción de los dientes.
- Preguntas sobre la duración del tratamiento.
- Preguntas sobre los cambios faciales, el crecimiento y el desarrollo.
- Preguntas sobre la iniciación del tratamiento, el tratamiento interceptivo, la terapia removible versus la terapia fija.
- Preguntas sobre varios proveedores que tratan el caso vs. un proveedor que informa los resultados.

Cuando un Miembro tenga una solicitud de una segunda opinión que no se encuentre dentro de los perfiles de descripción, la solicitud será enviada al Director Dental para su consideración.

Negaciones
Condiciones en las que se puede negar una segunda opinión:

- El Miembro no es elegible o el Plan ha sido terminado.
- El Miembro ha completado el tratamiento. Cualquier segundo pensamiento en este momento se considera una queja formal.
- El Miembro ha dado su consentimiento para recibir tratamiento. Insatisfacción con el proveedor debido a la actitud u otras molestias de la personalidad (aparte del plan de tratamiento).
- El plan de tratamiento ha sido aceptado por el paciente, el tratamiento en curso y el paciente no está cumpliendo los acuerdos financieros, las citas, el cuidado de seguimiento, la atención en el hogar, etc.

Segunda Opinión de Emergencia
Cuando la condición de un Miembro sea tal que el Miembro se enfrente a una amenaza inminente y grave para su salud (incluida, pero no limitada a, la pérdida potencial de vidas, miembros u otras funciones corporales), la solicitud de una segunda opinión se autorizará dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud por el Plan, siempre que sea posible.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA: AFECCIÓN AGUDA O AFECCIÓN CRÓNICA GRAVE

A petición del inscrito, el Plan organizará la continuación de los servicios cubiertos prestados por un Dentista Participante terminado a un inscrito que esté recibiendo un tratamiento de un Dentista Participante terminado por una afección aguda o una afección crónica grave. La finalización de los servicios cubiertos se proporcionará

mientras dure la afección aguda. La finalización de los servicios cubiertos se proporcionará durante el período de tiempo necesario para completar un curso de tratamiento y coordinar una transferencia segura a otro proveedor, según lo determinado por el Plan en consulta con el inscrito y el proveedor terminado o proveedor no participante y consistente con una buena práctica profesional.

El pago de copagos, deducibles u otros componentes de costos compartidos por parte del afiliado durante el periodo de continuidad de la atención con un Dentista Participante terminado serán los mismos copagos, deducibles u otros componentes de costos compartidos que serían pagados por el afiliado cuando reciba atención de un Dentista Participante con contrato actual con el Plan o empleado del Plan. El Plan no cubrirá los servicios ni proporcionará beneficios que no estén cubiertos de otra manera bajo los términos y condiciones del contrato del Plan.

A los efectos de esta sección:

“Dentista Participante Terminado” se refiere a un Dentista Participante cuyo contrato para proporcionar servicios a los miembros del Plan se rescinde o no se renueva por el plan o uno de los grupos de Dentistas Participantes en la contratación del plan. Un Dentista Participante Terminado no es un Dentista Participante que voluntariamente abandone el plan o celebre un contrato con un grupo de Dentistas Participantes.

“Afección Aguda” se refiere a una condición médica que involucra un inicio repentino de síntomas a causa de una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica rápida y que tiene una duración limitada.

“Afección Crónica Grave” se refiere a una condición médica a causa de una enfermedad, afección u otro problema o trastorno médico de naturaleza grave, y que cumple con alguna de las siguientes condiciones:

(a) Persiste sin una curación completa o empeora durante un período prolongado.
(b) Requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir que empeore.

Para solicitar la consideración de la continuidad de los servicios de un Dentista Participante Terminado porque usted tiene una afección crónica grave o seria, llame o escriba el Plan.

ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN MÉDICA Y LOS SERVICIOS DE INTÉRPRETE

Se requiere que DentaQuest proporcione o disponga la prestación de servicios de atención dental cubiertos de manera oportuna y apropiada para la naturaleza de la condición del afiliado, de conformidad con las buenas prácticas profesionales. DentaQuest garantiza que los afiliados puedan acceder a cuidados clínicamente adecuados de manera oportuna. Las citas urgentes dentro de la red de proveedores contratados por DentaQuest están disponibles dentro de las 72 horas siguientes al momento de la solicitud de nombramiento, cuando son

consistentes con las necesidades individuales del afiliado y según lo requerido por estándares de práctica dental reconocidos profesionalmente. Las citas no urgentes (rutinarias) están disponibles dentro de los 36 días laborables de la solicitud de cita. Las citas de servicios dentales preventivos están disponibles dentro de los 40 días laborables de la solicitud de cita.
Los servicios de intérprete están disponibles para los miembros en todos los puntos de contacto, incluso cuando un miembro está acompañado por un familiar o un amigo que puede prestar servicios de interpretación, sin costo para el miembro. Para coordinar los servicios de intérprete en su consulta dental u otro punto de contacto, comuníquese con Servicios para Miembros de DentaQuest.

DIVULGACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Todos los registros personales y la historia clínica (incluidas la información personal o privilegiada, la historia clínica, la historia clínica del paciente, etc.) serán confidenciales. Dicha información confidencial puede ser revisada por DentaQuest según lo requiera su personal y el Comité de Garantía de Calidad.

Dicha información también puede ser puesta a disposición del Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care), el Consejo Médico Dental y los representantes legales de DentaQuest u otras agencias según lo requerido por la ley.

Un Miembro del Plan o el padre no cubierto de un niño cubierto puede solicitar acceso o una copia de la información personal y la historia clínica.

El consentimiento por escrito para la divulgación de la información y los registros del paciente debe ser firmado por el paciente, junto con la tarifa apropiada, según lo permitido por la ley, antes de que cualquier registro sea liberado. DentaQuest responderá a dicha solicitud dentro de los 30 días posteriores a la recepción de los formularios y tarifas correspondientes.

Los suscriptores y afiliados de DentaQuest pueden solicitar comunicaciones confidenciales por correo directo o a través de comunicaciones electrónicas.

Envíe las solicitudes por correo a:

DentaQuest:
23291 Mill Creek Drive, Suite 100
Laguna Hills, CA 92653

o por teléfono:
(949) 830-1600: Número de Teléfono Gratuito (877) 425-4164

Correo electrónico: membership@caldental.net

DentaQuest implementará las solicitudes de comunicaciones confidenciales en un plazo de 7 días naturales a partir de la recepción de una solicitud electrónica o telefónica o en un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción por correo de primera clase.

DentaQuest no requiere que una persona protegida obtenga la autorización del suscriptor principal u otro afiliado para recibir servicios confidenciales o para presentar una reclamación

por servicios confidenciales si la persona protegida tiene derecho a dar su consentimiento para la atención.

DentaQuest no divulga información médica relacionada con servicios de atención médica confidenciales proporcionados a una persona protegida al suscriptor principal o a cualquier afiliado del plan que no sea la persona protegida que recibe atención, a falta de una autorización expresa de la persona protegida.

DentaQuest permite y se adapta a las solicitudes de comunicaciones confidenciales en la forma y el formato solicitados por la persona protegida, si es que es sencillo producirlas en la forma y el formato solicitados, o en ubicaciones alternativas.

La solicitud confidencial será válida hasta que el suscriptor o afiliado presente una revocación de la solicitud o se presente una nueva solicitud de comunicación confidencial. La solicitud de comunicación confidencial se aplicará a todas las comunicaciones que divulguen información médica o el nombre y la dirección del proveedor relacionados con la recepción de servicios médicos por parte de la persona que solicita la comunicación confidencial.

La política de confidencialidad de DentaQuest está disponible para su revisión a todos los miembros del plan bajo petición.

Un Miembro del Plan puede solicitar que se añada un anexo de 250 o menos palabras a su historia clínica, de conformidad con la ley estatal. Esta solicitud debe hacerse directamente al dentista participante que tenga la custodia de los registros. Si el Dentista Participante deniega al Miembro la solicitud de agregar un anexo, el Miembro debe ponerse en contacto con DentaQuest para obtener ayuda.

SE ENCUENTRA DISPONIBLE UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE DentaQuest PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS, Y SE LE ENTREGARÁ A SOLICITUD.

TELEODONTOLOGÍA

Este plan incluye cobertura para servicios dentales prestados adecuadamente a través de los servicios de teleodontología. En general, la teleodontología se puede utilizar para realizar diagnósticos básicos, clasificar emergencias y responder preguntas sobre el cuidado bucal. Durante una visita virtual, su dentista podría determinar que usted necesita ser atendido ahora para recibir atención de emergencia o decidir que puede esperar hasta después de que se reanuden las citas regulares en el consultorio. Los servicios están cubiertos de la misma manera y en la misma medida que el mismo servicio a través del diagnóstico, la consulta o el tratamiento en persona. La cobertura no se limita solo a los servicios prestados por proveedores de telesalud corporativos externos seleccionados.

BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Los Beneficios de Salud Esenciales para la Odontología Pediátrica se exponen en la lista adjunta de procedimientos cubiertos y están sujetos al costo de miembro aplicable (copago) en la lista, cuando los proporciona un Proveedor Dental Participante de DentaQuest y están sujetos a las

Exclusiones y Limitaciones que figuran en el presente documento. Los copagos de los Miembros/los costos compartidos pagados por los beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica se acumulan para el deducible y el Máximo Anual de Gastos de Bolsillo, según corresponda.

DentaQuest monitorea los pagos de bolsillo a lo largo del año del plan. DentaQuest proporcionará al afiliado pediátrico su saldo acumulado para su deducible anual y OOPM anual por cada mes en que se utilizaron los beneficios y hasta que el saldo anual sea igual al monto total de OOPM. Los afiliados pediátricos pueden solicitarnos su saldo de acumulación más actualizado para su OOPM anual en cualquier momento. Cuando esos pagos alcancen el Máximo de Bolsillo para el plan de un Miembro, enviaremos una carta tanto al miembro como al Dentista Participante seleccionado por el Miembro para asegurarnos de que no sean responsables de los copagos por servicios futuros.

Las actualizaciones de acumulación se enviarán por correo a los afiliados a menos que el afiliado haya optado por no recibir la notificación por correo y haya elegido recibir la actualización de acumulación electrónicamente, o a menos que el afiliado haya optado previamente por no recibir notificaciones por correo.

- Los afiliados que hayan optado por dejar de recibir notificaciones por correo pueden optar por volver a inscribirse en cualquier momento.
- Las actualizaciones de acumulación pueden incluirse con evidencia de declaraciones de beneficios.

Los suscriptores y afiliados de DentaQuest pueden solicitar comunicaciones confidenciales por correo directo o a través de comunicaciones electrónicas. Envíe las solicitudes por correo a:

DentaQuest:
23291 Mill Creek Drive, Suite 100
Laguna Hills, CA 92653

o por teléfono:
(949) 830-1600: Número de Teléfono Gratuito (855) 425-4164

Correo electrónico: membership@caldental.net

Los Beneficios de Salud Esenciales para la Odontología Pediátrica se aplican a los miembros de hasta 19 años de edad. Los copagos de los Miembros/los costos compartidos pagados por los beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica se acumulan para el deducible y el Máximo Anual de Gastos de Bolsillo, según corresponda. Los Miembros deben conservar los recibos de todos los trabajos dentales para mostrar los gastos de bolsillo.

La cobertura de los beneficios de salud esenciales dental pediátrica se limita a los niños de hasta 19 años de edad.

Beneficios y Límites para los Servicios de Diagnóstico:

- Evaluación oral periódica (D0120): una vez cada seis meses, por proveedor.
- Evaluación oral limitada, centrada en el problema (D0140): una vez por paciente por proveedor.
- Examen bucal integral (D0150): una vez por paciente por proveedor para la evaluación inicial.
- Evaluación oral detallada y extensa (D0160): centrada en el problema, por informe, una vez por paciente por proveedor.
- Reevaluación, limitada, centrada en el problema (consulta no posoperatoria) (D0170): un beneficio para el cuidado sintomático continuo de la disfunción de la articulación temporomandibular; hasta seis veces en un periodo de tres meses, hasta un máximo de 12 en un período de 12 meses.
- Radiografías, Intraorales, Series completas (incluida la radiografía panorámica de mordida) (D0210): una vez por proveedor cada 36 meses.
- Radiografías (radiografías), Intraoral, primera película periapical (D0220): un beneficio para un máximo de 20 periapicales en un período de 12 meses por el mismo proveedor. Lo anterior, en cualquier combinación de lo siguiente: primera imagen radiográfica intraoral-periapical (D0220) e intraoral-periapical en cada imagen radiográfica adicional (D0230).
- Radiografías (radiografías), Intraorales, periapicales cada película adicional (D0230): un beneficio para un máximo de 20 periapicales en un período de 12 meses para el mismo proveedor. Lo anterior, en cualquier combinación de lo siguiente: primera imagen radiográfica intraoral-periapical (D0220) e intraoral-periapical en cada imagen radiográfica adicional (D0230).
- Radiografías (radiografías), Intraoral, película oclusal (D0240): un beneficio de hasta un máximo de dos en un período de seis meses por proveedor.
- Radiografías (radiografías), Extraorales (D0250): un beneficio una vez por fecha de servicio.
- Radiografías, radiografía panorámica de mordida , película simple (D0270): un beneficio una vez por fecha de servicio.
- Radiografías (radiografías), radiografía panorámica de mordida, dos películas (D0272): un beneficio una vez cada seis meses por proveedor.
- Radiografías (radiografías), radiografía panorámica de mordida, cuatro películas (D0274): un beneficio una vez cada seis meses por proveedor.
- Radiografías, artrograma de la articulación temporomandibular, incluida la inyección (D0320): un beneficio para el análisis de trauma o patología; para un máximo de tres por fecha de servicio.
- Radiografías, estudio tomográfico (D0322): un beneficio dos veces en un período de 12 meses por proveedor.
- Radiografías (radiografías) película panorámica (D0330): un beneficio una vez en un período de 36 meses por proveedor, excepto cuando se documenta como esencial para un examen de seguimiento/ postoperatorio (como después de la cirugía oral).
- Radiografías (radiografías), imagen radiográfica cefalométrica (D0340): un beneficio dos veces en un período de 12 meses por proveedor.

- Imagen fotográfica bucal/facial en 2D obtenida de forma intrabucal o extrabucal (D0350): un beneficio hasta un máximo de cuatro por fecha de servicio.
- Moldes de diagnóstico (D0470): un beneficio una vez por proveedor a menos que se documenten circunstancias especiales tales como trauma o patología que ha afectado el curso del tratamiento ortodóncico, para pacientes menores de 21 años, para dentición permanente (a menos que tengan más de 13 años con dientes primarios todavía presentes o tengan un paladar hendido o anomalía craneofacial).

Beneficios y Límites para los Servicios Preventivos:

- Profilaxis infantil (D1120): un beneficio una vez en un período de seis meses para pacientes menores de 21 años.
- Barniz de fluoruro tópico (D1206): un beneficio disponible una vez cada seis meses para pacientes menores de 21 años. Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de fluoruro (D1208). Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de fluoruro (D1208).
- Aplicación tópica de fluoruro (D1208): un beneficio disponible una vez cada seis meses para pacientes menores de 21 años. Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de barniz de fluoruro (D1206). Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de barniz de fluoruro (D1206).
- Sellador, por diente (D1351): un beneficio, para los molares permanentes primero, segundo y tercero que ocupan la segunda posición molar; solo en las superficies oclusales que están libres de caries o restauraciones; para pacientes menores de 21 años; una vez por diente cada 36 meses por proveedor independientemente de las superficies selladas.
- Restauración de resina preventiva en un paciente con riesgo de caries moderado a alto, diente permanente (D1352): un beneficio para los molares permanentes primero, segundo y tercero que ocupan la segunda posición molar; solo para una lesión cavitaria activa en un foso o fisura que no cruza el DEJ; para pacientes menores de 21 años; una vez por diente cada 36 meses por proveedor independientemente de las superficies selladas.
- Mantenedor de espacio, fijo, unilateral (D1510): un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes menores de 18 años; solo para mantener el espacio para un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, maxilar (D1516): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular (D1517): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan

dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación. Mantenedor de espacio, extraíble, unilateral (D1520): un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes menores de 18 años; solo para mantener el espacio para un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación

- Mantenedor de espacio, extraíble, bilateral, maxilar (D1526): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, removible, bilateral, mandibular (D1527): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Recementación o nueva unión del mantenedor de espacio bilateral, maxilar (D1551): un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años.
- Recementación o nueva unión del mantenedor de espacio bilateral, mandibular (D1552): un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años.
- Recementación o nueva unión el mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante (D1553): un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años. Beneficios y Límites para los Servicios Restaurativos:
- Dientes primarios, restauraciones de amalgama: una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro o más superficies (D2161): un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, restauraciones de amalgama: una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro o más superficies (D2161): un beneficio una vez en un período de 36 meses.
- Dientes primarios, restauraciones compuestas de resina (anterior): una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro o más superficies o que impliquen un ángulo incisal (D2335): un beneficio una vez en un período de 12 meses, cada superficie dental única solo se paga una vez por diente por fecha de servicio.

- Dientes permanentes, restauraciones compuestas de resina (anterior): Una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro o más superficies o que impliquen un ángulo incisal (D2335): un beneficio una vez en un período de 36 meses, cada superficie dental única solo se paga una vez por diente por fecha de servicio.
- Dientes primarios, corona compuesta de resina (anterior) (D2390): Participarán, al menos, cuatro superficies: un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, corona compuesta de resina (anterior) (D2390): Participarán, al menos, cuatro superficies: un beneficio una vez en un período de 36 meses.
- Dientes primarios, restauraciones compuestas de resina (posterior): una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro o más superficies (D2394): un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, restauraciones compuestas de resina (posterior): una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro o más superficies (D2394): un beneficio una vez en un período de 36 meses.
- Corona, compuesto de resina (indirecta), dientes anteriores y posteriores permanentes, para pacientes de 13 años o más, (D2710): un beneficio disponible una vez cada cinco años; para cualquier corona compuesta basada en resina que sea fabricada indirectamente. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Corona, 3/4 compuesto de resina (indirecta), dientes anteriores y posteriores permanentes, para pacientes de 13 años o más, (D2712): un beneficio disponible una vez cada cinco años; para cualquier corona compuesta basada en resina que sea fabricada indirectamente. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales; o para su uso como corona provisional.
- Corona, resina predominantemente con metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, para pacientes de 13 años o más, (D2721): un beneficio disponible una vez cada cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Corona, porcelana/cerámica, dientes anteriores y posteriores permanentes, para pacientes de 13 años o más, (D2740): un beneficio disponible una vez cada cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.

- Corona, porcelana fundida predominantemente con metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, para pacientes de 13 años o más, (D2751): un beneficio disponible una vez cada cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Corona, 3/4 de fundición predominantemente de metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, para pacientes de 13 años o más, (D2781): un beneficio disponible una vez cada cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Corona, 3/4 porcelana/cerámica, dientes anteriores y posteriores permanentes, para pacientes de 13 años o más, (D2783): un beneficio disponible una vez cada cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Corona, fundición total predominantemente de metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, para pacientes de 13 años o más, (D2791): un beneficio disponible una vez cada cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Recementación de la incrustación, del recubrimiento o restauración de cobertura parcial (2910): un beneficio una vez en un período de 12 meses, por proveedor.
- Recementación de corona (D2920): no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Corona de porcelana/cerámica prefabricada y diente permanente (D2928): un beneficio una vez en un período de 36 meses. No beneficia a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Corona de porcelana/cerámica prefabricada; diente primario (D2929): un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Corona prefabricada de acero inoxidable; diente primario (D2930): un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Corona prefabricada de acero inoxidable; diente permanente (D2931): un beneficio una vez en un período de 36 meses. No beneficia a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Dientes primarios, corona prefabricada de resina (D2932), corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina (D2933): un beneficio una vez en un período de 12 meses.

- Dientes permanentes, corona de resina prefabricada (D2932), corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina (D2933): un beneficio una vez en un período de 36 meses. No beneficia a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Colocación de restauración directa provisional (D2940): un beneficio una vez por diente en un período de seis meses, por proveedor. No es un beneficio cuando se realiza en la misma fecha de servicio con una restauración o corona permanente, para el mismo diente; en los dientes tratados con endodoncia.
- Retención de pasador por diente, además de restauración (D2951): un beneficio solo para los dientes permanentes; cuando se facturan con una amalgama o restauración compuesta en la misma fecha de servicio; una vez por diente independientemente del número de pasadores colocados; para una restauración posterior cuando la destrucción implica tres o más superficies conectadas y al menos una cúspide; o para una restauración anterior cuando la destrucción coronal extensa implica el ángulo incisal.
- Poste y muñón además de corona, de fabricación indirecta (D2952): un beneficio una vez por diente independientemente del número de postes colocados; solo en conjunción con las coronas permisibles (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en los dientes permanentes tratados con endodoncia.
- Poste prefabricado y muñón además de corona (D2954): un beneficio una vez por diente independientemente del número de postes colocados; solo en conjunción con las coronas permisibles (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en los dientes permanentes tratados con endodoncia.
- Reparación de la corona necesaria por fallo del material restaurador (D2980): un beneficio para las coronas procesadas en laboratorio en dientes permanentes. No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a la colocación inicial de la corona o a la reparación previa para el mismo proveedor.

Beneficios y Límites para los Servicios Endodónticos:

- Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final); eliminación de la pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación del medicamento (D3220): un beneficio una vez por diente primario. No es un beneficio para un diente primario cerca de la exfoliación; para un diente primario con una pulpa necrótica o una lesión periapical; para un diente primario que no es restaurable; o para un diente permanente.
- Desbridamiento pulpal, dientes primarios y permanentes (D3221): un beneficio para los dientes permanentes o para los dientes primarios sobremantenidos sin sucesor permanente; una vez por diente.
- Pulpotomía parcial para apexogénesis; diente permanente con desarrollo de raíces incompleto (D3222): un beneficio una vez por diente permanente. No es un beneficio para los dientes primarios; para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial fija o una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Terapia pulpar (empaste reabsorbible); diente anterior, primario (D3230) o posterior, diente primario (D3240), (excluyendo restauración final): un beneficio

una vez por diente primario. No es un beneficio para un diente primario cerca de la exfoliación; con una pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final) (D3220), misma fecha de servicio, mismo diente; o con desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes (D3221), misma fecha de servicio, mismo diente.

- Terapia con endodoncia, diente anterior (D3310), (excluyendo la restauración final): un beneficio una vez por diente para el tratamiento inicial de la terapia de endodoncia. Para el retratamiento de la terapia con el canal de la raíz, use el retratamiento de la terapia anterior de endodoncia (D3346).
- Tratamiento de endodoncia, diente premolar (D3320), (excluyendo la restauración final): un beneficio una vez por diente para el tratamiento inicial de la terapia de endodoncia. Para el retratamiento de la terapia con el canal de la raíz, use el retratamiento de la terapia anterior de endodoncia (D3347).
- Terapia de endodoncia, diente molar (excluyendo la restauración final) (D3330): un beneficio una vez por diente para el tratamiento inicial de la terapia de endodoncia. Para el retratamiento de la terapia de endodoncia, use el retratamiento de la terapia de endodoncia anterior molar (D3348). No es un beneficio para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial fija o una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Repetición de la terapia de endodoncia anterior (D3346), premolar (D3347): no es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses posteriores al tratamiento inicial.
- Retratamiento de la terapia anterior de endodoncia; molar (D3348): no es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses posteriores al tratamiento inicial; para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial fija o una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Apexificación/recalcificación/regeneración pulpar; consulta inicial (cierre apical/reparación de calcificación de perforaciones, reabsorción de raíces, desinfección del espacio de pulpa, etc.) (D3351): un beneficio una vez por diente permanente. No es un beneficio para los dientes primarios; para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial fija o una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Apexificación/recalcificación; provisional (D3352): un beneficio una vez por diente permanente; solo después de la apexificación/recalcificación; consulta inicial (cierre apical/reparación de calcificación de perforaciones, reabsorción de raíces, etc.) (D3351). No es un beneficio para los dientes primarios; para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial fija o una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.

- Apicoectomía/cirugía perirradicular anterior (D3410): un beneficio solo para los dientes anteriores permanentes. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días posteriores a la terapia de endodoncia, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses posteriores a una apicoectomía previa/cirugía perirradicular.
- Apicoectomía/cirugía perirradicular, premolar (primera raíz) (D3421): un beneficio solo para los dientes premolares permanentes. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días posteriores a la terapia de endodoncia, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses posteriores a una apicoectomía previa/cirugía perirradicular.
- Apicoectomía/cirugía perirradicular; molar (primera raíz) (D3425): un beneficio para los dientes permanentes de primer y segundo molar solamente. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días de la terapia de endodoncia, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses de una apicoectomía previa/cirugía perirradicular; la misma raíz; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar parcial fijo existente o una dentadura postiza parcial removible con restos o descansos.
- Apicoectomía /cirugía perirradicular; molar, cada raíz adicional (D3426): un beneficio para los dientes permanentes de primer y segundo molar solamente. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días de la terapia de endodoncia, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses de una apicoectomía previa o cirugía perirradicular; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar parcial para una dentadura postiza parcial fija o una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.

Beneficios y Límites para los Servicios Periodónticos:

- Gingivectomía o gingivoplastia; cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por diente por cuadrante (D4210) o uno o tres dientes contiguos, o espacios limitados por diente por cuadrante (D4211): un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Cirugía ósea (incluyendo entrada y cierre de la solapa); cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante (D4260): un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Cirugía ósea (incluyendo la entrada de la solapa y los cierres), de uno a tres dientes contiguos o espacios limitados a los dientes, por cuadrante (D4261): un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Escalamiento y alisado radicular periodontales; cuatro o más dientes por cuadrante (D4341) o uno o tres dientes por cuadrante (D4342): un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 24 meses.

- Mantenimiento periodontal (D4910): un beneficio solo para los pacientes que residen en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, en inglés) o en un Centro de Cuidados Intermedios (ICF, en inglés); solo cuando están precedidos por un escalamiento y un planeo de raíces periodontales (D4341-D4342); solo después de la finalización de todas las escalaciones y alisados radiculares necesarios; una vez en un trimestre natural; solo en el período de 24 meses posterior al último escalamiento y alisado radicular.
- Cambio no programado de apósito dental (por alguien que no sea el dentista que trata) (D4920): para pacientes de 13 años o más; una vez por paciente por proveedor; dentro de los 30 días posteriores a la fecha de servicio de gingivectomía o gingivoplastia (D4210 y D4211) y cirugía ósea (D4260 y D4261).

Beneficios y Límites para los Servicios de Prostodoncia:

- los servicios de prostodoncia prestados exclusivamente con fines cosméticos no son un beneficio.
- Las dentaduras postizas temporales o provisionales que se utilizarán mientras se construye una dentadura postiza permanente no son un beneficio.
- Las dentaduras postizas de reserva o de respaldo no son un beneficio.
- La evaluación de una dentadura postiza sobre una base de mantenimiento no es un beneficio.
- Dentadura postiza completa; superior (D5110), inferior (D5120): cada uno un beneficio una vez en un período de cinco años a partir de una dentadura postiza completa, inmediata o sobredentadura postiza completa anterior.
- Dentadura postiza inmediata; superior (D5130), inferior (D5140): cada uno es un beneficio una vez por paciente. No es un beneficio como una dentadura postiza provisional. Las dentaduras postizas completas subsiguientes no son un beneficio dentro de un período de cinco años de una dentadura postiza inmediata.
- Dentadura postiza parcial de resina (incluidos los materiales retentivos o de ajuste, los apoyos oclusales y los dientes), superior (D5211) o inferior (D5212): cada uno de ellos se beneficia una vez en un período de cinco años; cuando se reemplaza un diente/diente anterior permanente o el arco carece de una oclusión equilibrada posterior. La falta de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera: faltan cinco dientes permanentes posteriores (excluyendo los terceros molares), o faltan los primeros o segundos cuatro molares permanentes, o faltan los primeros o segundos molares permanentes y el segundo premolar en el mismo lado. No es un beneficio para reemplazar los terceros molares faltantes.
- Dentadura postiza parcial de resina hecha con metal fundido (incluidos los materiales retentivos o de ajuste, cualquier retenedor convencional, los apoyos oclusales y los dientes) superior (D5213) o inferior (D5214): cada uno de ellos se beneficia una vez en un período de cinco años; cuando se reemplaza un diente/diente anterior permanente o el arco carece de una oclusión equilibrada posterior. La falta de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera: faltan cinco dientes permanentes posteriores (excluyendo los terceros molares), o faltan los primeros o segundos cuatro molares permanentes, o faltan

los primeros o segundos molares permanentes y el segundo premolar en el mismo lado. No es un beneficio para reemplazar los terceros molares faltantes.

- Ajuste de dentadura postiza completa; superior (D5410) o inferior (D5411): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un período de 12 meses por proveedor. No es un beneficio: misma fecha de servicio o en el transcurso de los seis meses posteriores a la fecha de servicio de una dentadura postiza completa, maxilar (D5110) mandibular (D5120), dentadura postiza inmediata, maxilar (D5130) mandibular (D5140) o sobredentadura, maxilar (D5863) o mandibular (D5865); misma fecha de servicio o en el transcurso de los seis meses posteriores a la fecha de servicio de rebasado de dentadura postiza completa (consultorio) maxilar (D5730) mandibular (D5731), rebasado de dentadura postiza completa (laboratorio) maxilar (D5750) mandibular (D5751) y preparación de tejido, maxilar (D5850) mandibular (D5851); misma fecha de servicio o en el transcurso de los seis meses posteriores a la fecha de servicio de la reparación de la base de dentadura postiza completa rota (D5511 O D5512) y reemplazo de dientes rotos o faltantes, dentadura postiza completa (D5520).
- Ajuste de la dentadura postiza parcial; superior (D5421), inferior (D5422): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un período de 12 meses por proveedor. No es un beneficio la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de una dentadura parcial, base de resina maxilar (D5211) mandibular (D5212) o una dentadura parcial; estructura de metal fundido con bases de dentadura de resina maxilar (D5213) mandibular (D5214); misma fecha de servicio o dentro de los seis meses posteriores a un rebase de prótesis parcial (consultorio) maxilar (D5740) mandibular (D5741), rebase de prótesis parcial (laboratorio) maxilar (D5760) mandibular (D5761), y acondicionamiento de tejido, maxilar (D5850) mandibular (D5851); misma fecha de servicio o dentro de seis meses de la fecha de servicio de reparación de base de dentadura de resina (D5611 O D5612), reparación de armazón fundido (D5621 O D5622), reparación o reemplazo de broche roto (D5630), reemplazo de dientes rotos por diente (D5640), agregar diente a dentadura parcial existente (D5650) y agregar broche a dentadura parcial existente (D5660).
- Reparar la base de la dentadura postiza completa rota; inferior (D5511) o superior (D5512): un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un período de 12 meses por proveedor. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la dentadura maxilar completa (consultorio) (D5730), la dentadura mandibular completa (consultorio) (D5731), la dentadura maxilar completa (laboratorio) (D5750) y la dentadura mandibular completa (laboratorio) (D5751).
- Reemplazo de diente faltante o roto, dentadura postiza completa por diente (D5520): un beneficio hasta un máximo de cuatro, por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.
- Reparar la base de la dentadura postiza de resina; inferior (D5611) o superior (D5612): un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos

veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor; solo para dentaduras postizas parciales. No es un beneficio para la misma fecha de servicio que la dentadura parcial maxilar (consultorio) (D5740), la dentadura parcial mandibular (consultorio) (D5741), la dentadura parcial maxilar (laboratorio) (D5760) y la dentadura parcial mandibular (laboratorio) (D5761).

- Reparar el bastidor fundido; inferior (D5621) o superior (D5622): un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.
- Reparación o sustitución de broche roto (D5630): un beneficio hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.
- Reemplazo de diente faltante o roto, dentadura postiza parcial, por diente (D5640): Un beneficio: hasta un máximo de cuatro, por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor; solo para dentaduras postizas parciales.
- Agregar diente a dentadura postiza parcial existente por diente (D5650): Un beneficio: hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; una vez por diente. No es un beneficio para añadir los terceros molares.
- Agregar broche a la dentadura postiza parcial existente (D5660): Un beneficio: hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.
- Dentadura postiza completa (consultorio) superior (D5730): un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una dentadura-maxilar inmediata (D5130) o una sobredentadura postiza inmediata (D5863) que requiriera extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura (remota) completa (D5110) o extractivas (D5863). No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura postiza maxilar completa de rebase (laboratorio) (D5750).
- Dentadura postiza completa de rebase (consultorio) inferior (D5731): cada beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una dentadura postiza mandibular inmediata (D5140) o una sobredentadura mandibular inmediata (D5865) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura postiza (remota) mandibular completa (D5120) o una sobredentadura (remota) mandibular (D5865) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura postiza mandibular completa (laboratorio) con rebase (D5751).
- Dentadura postiza parcial (consultorio) superior (D5740): un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para el maxilar de base de dentaduras-resina parcial (D5211) o el marco de metal fundido de dentadura parcial con bases de dentadura de resina maxilar (D5213) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para las bases de dentadura parcial (D5211) o el marco de metal fundido parcial con bases de resina maxilar (D5213) que no requirieron extracciones. No es un

beneficio dentro de los 12 meses de un rebase de prótesis parcial (laboratorio) maxilar (D5760).

- Dentadura postiza parcial de rebase (consultorio) inferior (D5741): un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para la base mandibular de la dentadura parcial (D5212) o el marco de metal fundido parcial de la dentadura con bases mandibulares de resina (D5214) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para las extracciones mandibulares parciales de la base de la resina (D5212) o el marco de metal fundido parcial de la dentadura con bases de resina que no requirieron extracciones (D5214). No es un beneficio dentro de los 12 meses de un rebase de prótesis parcial (laboratorio) mandibular (D5761).
- Rebase de prótesis total (laboratorio) superior (D5750): cada beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para un maxilar de dentadura postiza (D5130) o un maxilar de sobredentadura (D5863) inmediato que requiriera extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza (remota) maxilar (D5110) o una sobredentadura (remota) maxilar (D5863) completa que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura postiza completa (consultorio) maxilar (D5730).
- Rebase de prótesis total (laboratorio) inferior (D5751): cada beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una dentadura mandibular inmediata (D5140) o una sobredentadura postiza mandibular inmediata (D5865) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura postiza (remota) mandibular completa (D5120) o una sobredentadura postiza (remota) mandibular (D5865) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura postiza completa (consultorio) mandibular (D5731).
- Dentadura postiza parcial superior con rebase (laboratorio) (D5760): Un beneficio: una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para el marco de metal de dentadura parcial maxilar con bases de dentadura de resina (D5213) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para el marco de metal de dentadura parcial maxilar con bases de dentadura de resina (D5213) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura postiza parcial maxilar (consultorio) (D5740); para una base de resina para dentadura postiza parcial maxilar (D5211).
- Dentadura postiza parcial inferior de rebase (laboratorio) (D5761): Un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para el marco de metal de la dentadura parcial mandibular con bases de dentadura de resina (D5214) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para el marco de metal de dentadura parcial mandibular con bases de dentadura de resina (D5214) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura postiza parcial mandibular (consultorio) (D5741); para una base de resina para dentadura postiza parcial mandibular (D5212).

- Acondicionamiento de tejidos, superior (D5850): Un beneficio dos veces por prótesis en un período de 36 meses. No se beneficia la misma fecha de servicio que la dentadura maxilar completa (consultorio) (D5730), la dentadura parcial maxilar (consultorio) (D5740), la dentadura maxilar completa (laboratorio) (D5750) y la dentadura parcial maxilar (laboratorio) (D5760); o la misma fecha de servicio que una prótesis que no requería extracciones.
- Acondicionamiento del tejido, inferior (D5851): Un beneficio dos veces por prótesis en un período de 36 meses. No es un beneficio la misma fecha de servicio que la dentadura mandibular completa (consultorio) (D5731), la dentadura parcial mandibular (consultorio) (D5741), la dentadura mandibular completa (laboratorio) (D5751) y la dentadura parcial mandibular (laboratorio) (D5761), o la misma fecha de servicio que una prótesis que no requería extracciones.
- Sobredentadura maxilar (D5863): un beneficio una vez en un período de cinco años.
- Sobredentadura mandibular (D5865): un beneficio una vez en un período de cinco años.
-

Beneficios y Límites para las Prótesis Maxilofaciales

- Prótesis ocular (D5916): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis ocular, provisional (D5923).
- Prótesis ocular, provisional (D5923): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis ocular (D5916).
- Prótesis de obturador, quirúrgica (D5931): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, la prótesis definitiva (D5932) y la prótesis de obturador, provisional (D5936)
- Prótesis de obturador, definitiva (D5932): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, la quirúrgica (D5931) y la prótesis de obturador, provisional (D5936).
- Prótesis de obturador, modificación (D5933): un beneficio dos veces en un período de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, quirúrgica (D5931), la prótesis de obturador, definitiva (D5932) y la prótesis de obturador, provisional (D5936).
- Prótesis de obturador, provisional (D5936): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, la quirúrgica (D5931) y la prótesis de obturador, definitiva (D5932).
- Ayuda a la alimentación (D5951): un beneficio para los pacientes menores de 18 años.
- Prótesis de ayuda al habla, pediátrica (D5952): un beneficio para los pacientes menores de 18 años.
- Prótesis de ayuda al habla, adulto (D5953): un beneficio para los pacientes menores de 18 años.

- Prótesis de elevación palatal D5955, definitiva (D5955): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de elevación palatal, provisional (D5958).
- Prótesis de elevación palatal, provisional (D5958): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con prótesis de elevación palatal, definitiva (D5955).
- Prótesis de elevación palatal, modificación (D5959): un beneficio dos veces en un período de 12 meses. no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de elevación palatal, la prótesis de elevación definitiva (D5955) y la prótesis de elevación palatal, provisional (D5958).
- Prótesis de ayuda al habla, modificación (D5960): un beneficio dos veces en un período de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de ayuda al habla, la pediátrica (D5952) y la prótesis de ayuda al habla, adultos (D5953).
- Portador de gel de fluoruro (D5986): un beneficio solo en conjunción con radioterapia dirigida a los dientes, la mandíbula o las glándulas salivales.

Beneficios y Límites para los Servicios de Implantación

- Los servicios de implante son un beneficio solo cuando se documenten condiciones médicas excepcionales y DentaQuest las revise por necesidad médica para Autorización Previa. Las condiciones médicas excepcionales incluyen, entre otros, lo siguiente:
    - Cáncer de la cavidad oral que requiere cirugía ablativa o radiación que conduce a la destrucción del hueso alveolar, donde las estructuras óseas restantes no pueden apoyar prótesis dentales convencionales.
    - Atrofia severa de la mandíbula o maxilar que no se puede corregir con procedimientos de extensión vestibulares o procedimientos de aumento óseo, y el paciente no puede funcionar con prótesis convencionales.
    - Deformidades esqueléticas que impiden el uso de prótesis convencionales (como artrogriposis, displasia ectodérmica, anodoncia parcial y displasia cleidocraneal).
    - Destrucción traumática de la mandíbula, la cara o la cabeza donde las estructuras óseas restantes no pueden apoyar prótesis dentales convencionales.
- Los proveedores deberán presentar la documentación completa de los casos (como radiografías, exploraciones, informes operativos, informes de paneles craneofaciales, modelos de diagnóstico, fotografías y trazas intraorales/extraorales) necesarios para demostrar la necesidad médica de los servicios de implante solicitados.
- Los implantes de un solo diente no son un beneficio de DentaQuest Children’s Dental HMO.
- Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: Implante endosteal (D6010): los servicios de implante son un beneficio solo cuando se documenten condiciones médicas excepcionales y se revisen por necesidad médica. Consulte las políticas Generales de Servicios de Implante para conocer los requisitos específicos.
- Colocación quirúrgica; implante eposteal (D6040): Consulte D6010

- Colocación quirúrgica; implante transosteal (D6050): Consulte D6010
- Barra de conexión; soporte del implante o soporte de pilar (D6055): Consulte D6010
- Pilar prefabricado; incluye modificación y colocación (D6056): Consulte D6010
- Pilar fabricado a medida; incluye colocación (D6057): Consulte D6010
- Corona de porcelana/cerámica con soporte de pilar (D6058): Consulte D6010
- Porcelana con soporte de pilar fundida con corona de metal (metal noble alto) (D6059): Consulte D6010
- Porcelana con soporte de pilar fundida con corona de metal (predominantemente metal base) (D6060): Consulte D6010
- Porcelana con soporte de pilar fundida con corona de metal (metal noble) (D6061): Consulte D6010
- Corona de metal fundido con apoyo de pilar (metal noble alto) (D6062): Consulte D6010
- Corona de metal fundido con apoyo de pilar (predominantemente metal base) (D6063): Consulte D6010
- Corona de metal fundido apoyada (metal noble) (D6064): Consulte D6010
- Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante (D6065): Consulte D6010
- Corona implantosoportada; porcelana fundida en aleaciones nobles altas (D6066): Consulte D6010
- Corona de metal implantosoportada (aleaciones nobles altas) (D6067): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana/cerámica (D6068): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble alto) (D6069): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida con metal (predominantemente metal base) (D6070): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble) (D6071): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal noble alto) (D6072): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (predominantemente metal base) (D6073): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal noble) (D6074): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante para FPD cerámico (D6075): Consulte D6010
- Retenedor implantosoportado para FPD; porcelana fundida en aleaciones nobles altas (D6076): Consulte D6010
- Retenedor implantosoportado para aleaciones nobles altas de FPD de metal fundido (D6077): Consulte D6010

- Procedimientos de mantenimiento de implantes, cuando se retira y reinserta una prótesis híbrida fija de arco completo, incluyendo limpieza de prótesis y pilares y reinserción de prótesis (D6080): Consulte D6010
- Corona implantosoportada (porcelana fundida en aleaciones de base principalmente) (D6082): Consulte D6010
- Corona implantosoportada (porcelana fundida en aleaciones nobles) (D6083): Consulte D6010
- Corona implantosoportada (porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio) (D6084): Consulte D6010 corona implantosoportada (aleaciones de base principalmente) (D6086): Consulte D6010
- Corona implantosoportada (aleaciones nobles) (D6087): Consulte D6010
- Corona implantosoportada (titanio y aleaciones de titanio) (D6088): Consulte D6010
- Reparación de prótesis con soporte de implante/pilar (D6090): Consulte D6010
- Sustitución de parte reemplazable de semiprecisión o precisión de prótesis con soporte de implante/pilar, por accesorio (D6091): Consulte D6010
- Corona con soporte de implante/pilar reacondicionado (D6092): no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Implante/pilar de reconstrucción con dentadura postiza parcial fija (D6093): no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Corona con apoyo de pilar (titanio) (D6094): Consulte D6010
- Corona con soporte de pilar; porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio (6097): Consulte D6010
- Corona implantosoportada; porcelana fundida en aleaciones de base principalmente (D6098): Consulte D6010
- Retenedor implantosoportado para FPD; porcelana fundida en aleaciones nobles (6099): Consulte D6010
- Retenedor implantosoportado; porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio (6120): Consulte D6010
- Retenedor implantosoportado para FPD de metal; aleaciones de base principalmente (6121): Consulte D6010
- Retenedor implantosoportado para FPD de metal; aleaciones nobles (6122): Consulte D6010
- Retenedor implantosoportado para FPD de metal; titanio y aleaciones de titanio (6123): Consulte D6010
- Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando no se retira una prótesis híbrida fija de arco completo, incluida la limpieza de prótesis y pilares (D6180): Consulte D6010

Beneficios y Límites para los Servicios de Prostodoncia Fija:

- Las dentaduras postizas parciales fijas no son un beneficio cuando el pronóstico de los dientes de retención (pilar) es cuestionable debido a la no restaurabilidad o la participación periodontal.

- Las dentaduras postizas parciales fijas posteriores no son un beneficio cuando el número de dientes faltantes solicitados para ser reemplazados en el cuadrante no afecta significativamente la capacidad masticatoria del paciente.
- Los retenedores fijos de incrustación parcial de dentadura postiza (pilares) (D6545-D6634) no son un beneficio.
- Las dentaduras postizas parciales fijas unidas con resina de fundición (Puentes de Maryland) no son un beneficio.
- Póntico: fundición predominantemente de metal base (D6211): Un beneficio: una vez en un período de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214); solo cuando se facturan en la misma fecha de servicio con retenedores parciales fijos de dentaduras postizas (renuncias) (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783, D6784 y D6791). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Póntico: porcelana fundida predominantemente con metal base (D6241): un beneficio una vez en un período de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214); solo cuando se facturan en la misma fecha de servicio con retenedores parciales fijos de dentaduras postizas (renuncias) (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783, D6784 y D6791). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Póntico: porcelana/cerámica (D6245): un beneficio una vez en un período de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214); solo cuando se facturan en la misma fecha de servicio con retenedores parciales fijos de dentaduras postizas (renuncias) (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783, D6784 y D6791). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Póntico: resina predominantemente con metal base (D6251): un beneficio una vez en un período de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214); solo cuando se facturan en la misma fecha de servicio con retenedores parciales fijos de dentaduras postizas (renuncias) (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783, D6784 y D6791). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona: resina predominantemente con metal base (D6721): un beneficio una vez en un período de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona: porcelana/cerámica (D6740): un beneficio una vez en un período de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.

- Corona: porcelana fundida predominantemente con metal base (D6751): un beneficio una vez en un período de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona: 3/4 de fundición predominantemente de metal base (D6781): un beneficio una vez en un período de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona: 3/4 porcelana/cerámica (D6783): un beneficio una vez en un período de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona del retenedor, ¾ de titanio y aleaciones de titanio (D6784): un beneficio una vez en un período de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona: fundición total predominantemente de metal base (D6791): un beneficio una vez en un período de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Puente de recementación (D6930): no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Reparación parcial de dentaduras postizas fijas necesaria por fallo del material restaurador (D6980): no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a la colocación inicial o a la reparación previa, el mismo proveedor.

Beneficios y Límites para Servicios de Cirugía Oral

- Extracción, remanentes coronarios - diente primario (D7111): no es un beneficio para los dientes asintomáticos.
- Extracción, diente en erupción o raíz expuesta (elevación o extracción de fórceps) (D7140): no es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial del diente.
- Extirpación quirúrgica del diente en erupción que requiere elevación del colgajo y extracción del hueso o seccionamiento del diente, incluida la elevación del colgajo mucoperióstico, si se indica (D7210): un beneficio cuando la extracción de cualquier diente que se produzca requiere la elevación de un colgajo mucoperióstico y la extracción de un hueso alveolar sustancial o la seccionamiento del diente.
- Extracción del diente afectado; tejido blando (D7220): un beneficio cuando la porción mayor o toda la superficie oclusal está cubierta por tejido blando mucogingival.

- Extracción del diente impactado; parcialmente óseo (D7230): un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un colgajo mucoperióstico y la extracción de un hueso alveolar sustancial. Una de las alturas proximales del contorno de la corona estará cubierta de hueso.
- Extracción del diente impactado; completamente óseo (D7240): un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un colgajo mucoperióstico y la extracción de un hueso alveolar sustancial que cubra la mayor parte o toda la corona.
- Extracción del diente impactado; hueso completo con complicaciones quirúrgicas inusuales (D7241): un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un colgajo mucoperióstico y la extracción de un hueso alveolar sustancial que cubra la mayor parte o toda la corona. La dificultad o complicación se debe a factores como la disección nerviosa o la posición dentaria aberrante.
- Extirpación quirúrgica de las raíces dentales residuales (procedimiento de corte) (D7250): un beneficio cuando la raíz está completamente cubierta por hueso alveolar. no es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial del diente.
- Cierre de la Fístula Antral Oral (D7260): un beneficio para la escisión de un tracto fistuloso entre el seno maxilar y la cavidad oral. No es un beneficio junto con los procedimientos de extracción (D7111-D7250).
- Cierre primario de una perforación sinusal (D7261): un beneficio en ausencia de un tracto fistuloso que requiera la reparación o cierre inmediato de la comunicación oroantral o oralnasal, posterior a la extracción de un diente.
- Reimplantación de dientes o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente (D7270): un beneficio una vez por arco independientemente del número de dientes involucrados, y solo para dientes anteriores permanentes.
- Acceso quirúrgico de un diente retenido (D7280): no es un beneficio para los terceros molares.
- Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado (D7283): un beneficio solo para pacientes en tratamiento ortodóncico activo. No es un beneficio para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Biopsia de tejido oral duro (hueso, diente) (D7285): un beneficio para la extracción del espécimen solamente; una vez por arco, por fecha de servicio independientemente de las áreas involucradas. No es un beneficio con una apicoectomía/cirugía perirradicular (D3410-D3426), una extracción (D7111-D7250) y una escisión de cualquier tejido blando o lesión intraósea (D7410-D7461) en el mismo área en la misma fecha de servicio.
- Biopsia de tejido oral blando (D7286): un beneficio para la extracción del espécimen solamente; hasta un máximo de tres por fecha de servicio. No es un beneficio con una apicoectomía/cirugía perirradicular (D3410-D3426), una extracción (D7111-D7250) y una escisión de cualquier tejido blando o lesión intraósea (D7410-D7461) en el mismo área en la misma fecha de servicio.

- Reposicionamiento quirúrgico de los dientes (D7290): un beneficio solo para los dientes permanentes; una vez por arco; solo para los pacientes con tratamiento ortodóncico activo. No es un beneficio para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe (D7291): un beneficio una vez por arco; solo para pacientes en tratamiento ortodóncico activo.
- Alveoloplastia junto con extracciones; cuatro o más dientes o espacios de dientes, por cuadrante (D7310): no es un beneficio cuando solo se extrae un diente en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio.
- Alveoloplastia no en conjunto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios de dientes, por cuadrante (D7320): un beneficio sin importar el número de dientes o espacios de dientes. No es un beneficio dentro de los seis meses siguientes a las extracciones (D7140-D7250) en el mismo cuadrante, para el mismo proveedor.
- Vestibuloplastia; extensión de la cresta (epitelialización secundaria) (D7340): un beneficio una vez en un período de cinco años por arco. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una vestibuloplastia; extensión de la cresta (D7350) mismo arco; en la misma fecha de servicio con extracciones (D7111-D7250) mismo arco.
- Vestibuloplastia: extensión de la cresta (incluyendo injertos de tejido blando, reinserción muscular, revisión de inserciones de tejido blando y tratamiento del tejido hipertrofiado e hiperplásico) (D7350): un beneficio una vez por arco. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una vestibuloplastia; extensión de la cresta (D7340) mismo arco; en la misma fecha de servicio con extracciones (D7111-D7250) mismo arco.

- Escisión de lesión benigna, complicada (D7412): un beneficio cuando hay un gran debilitamiento con el avance o el cierre rotacional del colgajo.
- Escisión de lesión maligna, complicada (D7415): un beneficio cuando hay un gran debilitamiento con el avance o el cierre rotacional del colgajo.
- Extracción de la exostosis lateral (maxilar o mandíbula) (D7471): un beneficio una vez por cuadrante; solo para la extracción de exostosis bucal o facial.
- Remoción de Torus Palatinus (D7472): un beneficio una vez en la vida del paciente.
- Remoción de torus mandibularis (D7473): un beneficio una vez por cuadrante.
- Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea (D7485): un beneficio una vez por cuadrante.
- Incisión y drenaje del absceso; tejido blando intraoral (D7510): un beneficio una vez por cuadrante, la misma fecha de servicio. No es un beneficio cuando cualquier otro tratamiento definitivo se realiza en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio, excepto las radiografías o fotografías necesarias.
- Incisión y drenaje del absceso; tejido blando intraoral complicado (incluye drenaje de múltiples espacios de la fascia). (D7511): un beneficio una vez por cuadrante, la misma fecha de servicio. No es un beneficio cuando cualquier otro

tratamiento definitivo se realiza en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio, excepto las radiografías o fotografías necesarias.

- Extracción del cuerpo extraño de la mucosa, piel o tejido alveolar subcutánea (D7530): un beneficio una vez por fecha de servicio. No es un beneficio cuando se asocia con la extirpación de un tumor, quiste (D7440-D7461) o diente (D7111-D7250).
- Eliminación de reacciones que producen cuerpos extraños, sistema musculoesquelético (D7540): un beneficio una vez por fecha de servicio. No es un beneficio cuando se asocia con la extirpación de un tumor, quiste (D7440-D7461) o diente (D7111-D7250).
- Ostectomía parcial/sequestrectomía para la extracción de hueso no vital (D7550): un beneficio una vez por cuadrante por fecha de servicio; solo para la eliminación de hueso suelto o desprendido causado por infección o suministro de sangre reducido. No es un beneficio dentro de los 30 días de una extracción asociada (D7111-D7250).
- Sinosotomía maxilar para la extracción del fragmento del diente o del cuerpo extraño (D7560): no es un beneficio cuando se recupera un fragmento de diente o un cuerpo extraño del alvéolo dental.
- Huesos faciales; reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos (D7680): un beneficio para el tratamiento de fracturas simples.
- Huesos faciales; reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos (D7780): un beneficio para el tratamiento de fracturas compuestas.
- Aparato ortótico oclusal, por informe (D7880): un beneficio para la disfunción de la TMJ diagnosticada. No es un beneficio para el tratamiento del bruxismo.
- Terapia TMD no especificada, por informe (D7899): no es un beneficio para procedimientos como la acupuntura, la acupresión, la biorretroalimentación y la hipnosis.
- Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm (D7910): no es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Sutura complicada; hasta 5 cm (D7911): no es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Sutura complicada; superior a 5 cm (D7912): no es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Injerto de piel (identificar defecto cubierto, localización y tipo de injerto) (D7920): no es un beneficio para el injerto periodontal.
- Injerto óseo, osteoperióstico o de cartílago de huesos mandibulares o faciales, autógenos o no autógenos, por informe (D7950): no es un beneficio para el injerto periodontal.
- Aumento sinusal con sustitutos óseos o óseos a través de un abordaje abierto lateral (D7951): un beneficio solo para pacientes con servicios de implante autorizados.
- Aumento sinusal con hueso o sustituto óseo mediante un abordaje vertical (D7952): un beneficio solo para pacientes con servicios de implante autorizados.

- Reparación del defecto del tejido blando o duro maxilofacial (D7955): no es un beneficio para el injerto periodontal.
- Frenectomía (frenilectomía) labial o bucal (D7961): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo cuando han estallado los incisivos y los caninos permanentes.
- Frenectomía (frenilectomía) lingual (D7962): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo cuando han estallado los incisivos y los caninos permanentes.
- Frenuloplastia (D7963): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo cuando han estallado los incisivos y los caninos permanentes.
- Escisión de tejido hiperplásico por arco (D7970): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio. No es un beneficio para la hiperplasia inducida por fármacos o cuando la extracción de tejido requiere una extensa remodelación gingival.
- Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa (D7972): un beneficio una vez por cuadrante por fecha de servicio.
- Retirada del aparato (no por el dentista que colocó el aparato), incluye la extracción de la barra de arco (D7997): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo para la remoción de aparatos relacionados con procedimientos quirúrgicos. No es un beneficio para el retiro de aparatos de ortodoncia y mantenedores de espacio.

Beneficios y Límites para los Servicios Ortodónticos

- Los procedimientos de ortodoncia son beneficios para casos de maloclusión por discapacidad Médicamente Necesarios, paladar hendido y tratamiento del crecimiento facial para pacientes menores de 21 años y deben estar autorizados previamente.
- Solo aquellos casos con dentición permanente deben ser considerados para una maloclusión por discapacidad médicamente necesaria, a menos que el paciente tenga 13 años o más y los dientes primarios queden. Los casos de anomalía craneofacial y paladar hendido son un beneficio para la dentición primaria, mixta y permanente. Las anomalías craneofaciales se tratan utilizando el manejo del crecimiento facial.
- Todos los procedimientos necesarios que puedan afectar el tratamiento ortodóncico se deben completar antes de considerar el tratamiento ortodóncico.
- Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio solo cuando los difusiones de diagnóstico verifican una puntuación mínima de 26 puntos en el formulario de puntuación del Formulario de Puntuación de Modificaciones del Índice de California DC016 (06/09) del método Índice de Desviación Labio-Lingual (HLD, en inglés) Discapacitante o una de las seis condiciones de calificación automática que se mencionan a continuación o cuando hay documentación escrita de una anomalía craneofacial de un especialista acreditado en su membrete profesional.
- Las condiciones de calificación automática son:
    - deformidad del paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en las difusiones de diagnóstico, se presentará la documentación escrita de un especialista acreditado, en su membrete profesional, con la

solicitud de autorización previa,
    - anomalía craneofacial. La documentación escrita de un especialista acreditado se presentará, en su membrete profesional, con la solicitud de autorización previa.
    - una profunda sobremordida impactante en la que los incisivos inferiores están destruyendo el tejido blando del paladar.
    - una mordida cruzada de dientes anteriores individuales que causa la destrucción de tejido blando.
    - un resalte incisal superior a 9 mm o un resalte incisal inverso superior a 3.5 mm.
    - una desviación traumática grave (como la pérdida de un segmento premaxilar por quemaduras, accidente u osteomielitis u otra patología macroscópica). La documentación escrita del trauma o patología se presentará con la solicitud de autorización previa.
- Tratamiento ortodóncico integral de la maloclusión de la dentición adolescente (D8080) discapacitante: un beneficio para casos de maloclusión discapacitante, paladar hendido y tratamiento del crecimiento facial; para pacientes menores de 21 años; para dentición permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes primarios todavía presentes o tenga una anomalía craneofacial o paladar hendido); una vez por paciente por fase de tratamiento.
- Tratamiento de ortodoncia integral con cirugía ortognática (D8091): un beneficio para casos de maloclusión discapacitante, paladar hendido y tratamiento del crecimiento facial; para pacientes menores de 21 años; para dentición permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes primarios todavía presentes o tenga una anomalía craneofacial o paladar hendido); una vez por paciente por fase de tratamiento.
- Terapia con dispositivos extraíbles (D8210): un beneficio para los pacientes de 6 a 12 años; una vez por paciente. No es un beneficio para aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación; para mantenedores de espacio en la región anterior superior o inferior.
- Terapia con aparatos fijos (D8220): un beneficio para los pacientes de 6 a 12 años; una vez por paciente. No es un beneficio para aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación; para mantenedores de espacio en la región anterior superior o inferior.
- Consulta de tratamiento preortodóncico (D8660): un beneficio previo al tratamiento ortodóncico integral de la dentición adolescente (D8080) para la fase inicial de tratamiento para casos de manejo del crecimiento facial independientemente de cuántas fases de dentición se requieran; una vez cada tres meses; para pacientes menores de 21 años; para un máximo de seis.
- Consulta periódica de tratamiento ortodóncico (como parte de un contrato) por maloclusión discapacitante (D8670): un beneficio para pacientes menores de 21 años; para dentición permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes primarios todavía presentes o tenga un paladar hendido o anomalía craneofacial); una vez por trimestre natural.
- La cantidad máxima de consultas de tratamiento mensuales para las siguientes fases es:

- Maloclusión: hasta un máximo de 8 consultas trimestrales. (4 consultas trimestrales adicionales serán autorizadas cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
    - Paladar Hendido:
        - Dentición primaria: hasta un máximo de 4 consultas trimestrales. (Se autorizarán 2 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
        - Dentición mixta: hasta un máximo de 5 consultas trimestrales. (Se autorizarán 3 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
        - Dentición permanente: hasta un máximo de 10 consultas trimestrales. (5 consultas trimestrales adicionales serán autorizadas cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
    - Manejo del Crecimiento Facial:
        - Dentición primaria: hasta un máximo de 4 consultas trimestrales. (Se autorizarán 2 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
        - Dentición mixta: hasta un máximo de 5 consultas trimestrales. (Se autorizarán 3 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
        - Dentición permanente: hasta un máximo de 8 consultas trimestrales. (Se autorizarán 4 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
- Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia asociada con cirugía ortognática (D8671): un beneficio para pacientes menores de 21 años; para dentición permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes primarios todavía presentes o tenga un paladar hendido o anomalía craneofacial); una vez por arco para cada fase autorizada del tratamiento ortodóncico.
- Retención ortodóntica (retirada de aparatos, construcción y colocación de retenedores) (D8680): un beneficio para pacientes menores de 21 años; para dentición permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes primarios todavía presentes o tenga un paladar hendido o anomalía craneofacial); una vez por arco para cada fase autorizada del tratamiento ortodóncico.
- Reparación del aparato de ortodoncia para el maxilar (D8696): un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por aparato. No beneficia al proveedor original la sustitución o reparación de brackets, bandas o cables de arco.
- Reparación del aparato de ortodoncia para la mandíbula (D8697): un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por aparato. No beneficia al proveedor original la sustitución o reparación de brackets, bandas o cables de arco.

- Recementación o nueva unión del mantenedor de espacio bilateral fijo; maxilar (D8698): un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Recementación o nueva unión de mantenedor de espacio fijo; mandibular (D8699): un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Reparación de mantenedores de espacio fijos, incluye el reajuste; maxilar (D8701): un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Reparación de mantenedores de espacio fijos, incluye el reajuste; mandibular (D8702): un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Reemplazo de un mantenedor de espacio perdido o roto, maxilar (D8703). Un beneficio para pacientes menores de 21 años; una vez por arco; solo dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de servicio de la retención ortodóntica (D8680).
- Reemplazo de un retenedor perdido o roto; mandibular (D8704). Un beneficio para pacientes menores de 21 años; una vez por arco; solo dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de servicio de la retención ortodóntica.

Beneficios y Límites para los Servicios Complementarios

- Tratamiento paliativo del dolor dental – por consulta (D9110): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor independientemente del número de dientes o áreas tratadas. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento en la misma fecha de servicio, excepto cuando se necesitan radiografías/fotografías del área afectada para diagnosticar y documentar la condición de emergencia.
- Seccionamiento parcial de dentaduras postizas fijas (D9120): un beneficio cuando al menos uno de los dientes de pilar debe ser retenido.
- Anestesia local no en conjunto con procedimientos quirúrgicos ambulatorios (D9210): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; solo para su uso con el fin de realizar un diagnóstico diferencial o como inyección terapéutica para eliminar o controlar una enfermedad o estado anormal. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento en la misma fecha de servicio, excepto cuando se necesitan radiografías/fotografías del área afectada para diagnosticar y documentar la condición de emergencia.
- Sedación profunda/anestesia general; cada incremento de 15 minutos (D9223): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la analgesia, la ansiólisis, la inhalación de óxido nitroso (D9230), la sedación/analgesia consciente intravenosa (D9239 O D9243) o la sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.
- Óxido nitroso de analgesia (D9230): un beneficio para pacientes no cooperativos menores de 13 años, o para pacientes de 13 años o mayores cuando la documentación identifica específicamente la condición física, conductual, de desarrollo o emocional que prohíbe al paciente responder a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento. No es un beneficio en la misma fecha de

servicio que la sedación profunda/anestesia general (D9223), la sedación consciente intravenosa/ analgesia (D9239 O D9243) o la sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.

- Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente): primeros 15 minutos (D9239): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la sedación profunda/anestesia general (D9223), la analgesia, la ansiólisis, la inhalación de óxido nitroso (D9230) o la sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.
- Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, cada incremento posterior de 15 minutos (D9239 O D9243): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la sedación profunda/anestesia general (D9223), la analgesia, la ansiólisis, la inhalación de óxido nitroso (D9230) o la sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.
- Sedación consciente no intravenosa (D9248): un beneficio para los pacientes no cooperativos menores de 13 años o para los pacientes de 13 años o más cuando la documentación identifica específicamente la condición física, conductual, de desarrollo o emocional que prohíbe al paciente responder a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento; para las vías de administración oral, de parche, intramuscular o subcutánea; una vez por fecha de servicio. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la sedación profunda/anestesia general (D9223), la analgesia, la ansiólisis, la inhalación de óxido nitroso (D9230) o la sedación/ analgesia consciente intravenosa (D9239 O D9243); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.
- Llamada a la casa/centro de cuidados extendidos (D9410): un beneficio una vez por paciente por fecha de servicio; solo en conjunto con los procedimientos que se pagan.
- Llamada al hospital o al centro de cirugía ambulatoria (D9420): un beneficio por cada hora o fracción del mismo, tal como se documenta en el informe operativo. No es un beneficio para un cirujano asistente; para el tiempo dedicado a compilar la historia del paciente, escribir informes o para consultas posoperatorias o de seguimiento.
- Visitas al consultorio para observación (durante las horas regularmente programadas); no se realizan otros servicios (D9430): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor. No es un beneficio cuando se proporcionan procedimientos que no sean radiografías o fotografías necesarias en la misma fecha de servicio; para consultas a pacientes que residen en una casa/centro de atención extendida.
- Visita al consultorio; después de las horas programadas regularmente (D9440): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; solo con tratamiento que sea un beneficio.

- Fármaco parenteral terapéutico, administración única (D9610): un beneficio para hasta un máximo de cuatro inyecciones por fecha de servicio. No es un beneficio para la administración de un analgésico o sedante cuando se usa en conjunto con sedación profunda/anestesia general (D9223), analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230), sedación consciente intravenosa/ analgesia (D9239 O D9243) o sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.
- Aplicación de medicamentos desensibilizantes (D9910): un beneficio una vez en un período de 12 meses por proveedor; solo para dientes permanentes. No es un beneficio cuando se utiliza como base, revestimiento o adhesivo bajo una restauración; la misma fecha de servicio que el fluoruro (D1206 y D1208).
- Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas); circunstancias inusuales, por informe (D9930): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; para el tratamiento de un alvéolo seco o sangrado excesivo dentro de los 30 días siguientes a la fecha de servicio de una extracción; para la eliminación de fragmentos óseos dentro de los 30 días posteriores a la fecha de servicio de una extracción. No es un beneficio para la eliminación de fragmentos óseos en la misma fecha de servicio que una extracción; para las consultas rutinarias posoperatorias.
- Análisis de oclusión; caso montado (D9950): un beneficio una vez en un período de 12 meses; para pacientes de 13 años o más; solo para la disfunción de la TMJ diagnosticada; para la dentición permanente. No es solo un beneficio para el bruxismo.
- Ajuste oclusal; limitado (D9951): un beneficio una vez en un período de 12 meses por cuadrante por proveedor; para pacientes de 13 años o más; solo para dientes naturales. No es un beneficio dentro de los 30 días siguientes al tratamiento restaurativo definitivo, endodóntico, removible y fijo de la prostodoncia en el mismo cuadrante u opuesto.
  Ajuste oclusal; completo (D9952): un beneficio una vez en un período de 12 meses después de un caso montado en el análisis de la oclusión (D9950); para pacientes de 13 años o más; solo para la disfunción de la TMJ diagnosticada; para la dentición permanente.

DISPOSICIONES GENERALES

- DentaQuest está sujeta a los requisitos de la Ley del Plan de Servicios de Atención de Salud Knox-Keene de 1975, modificada y el subcapítulo 5.5 del Capítulo 3 del Título 10 del Código de Regulaciones de California, y cualquier disposición que se requiera para estar en este Acuerdo por cualquiera de los anteriores obligará a DentaQuest, esté o no prevista en este Acuerdo. En el caso de que la Ley o Reglamento establecido en virtud de la misma establezca cualquier requisito que no esté incluido en el presente Acuerdo o sea contrario al mismo, prevalecerá sobre las disposiciones aplicables del presente Acuerdo y será vinculante para las partes del mismo.

- Nada de lo contenido en este documento impedirá a DentaQuest cambiar la ubicación de cualquiera de sus oficinas dentales, siempre y cuando conserve una red de Proveedores

suficiente para proporcionar servicios dentales a los afiliados.

- En el caso de que cualquiera de los Proveedores de DentaQuest termine su relación con DentaQuest, incumpla su Acuerdo de Proveedor con DentaQuest o no pueda prestar servicios dentales en virtud del presente documento, y los Miembros se verían afectados de manera adversa o material, DentaQuest dará a los Miembros afectados un aviso por escrito al respecto.

- Tras la terminación de un Contrato de Proveedor, DentaQuest será responsable de asegurar la terminación de los servicios cubiertos prestados por dicho Proveedor (excepto para los copagos definidos en el Título 28, Código de Regulaciones de California, sección 1300.45 (g)) a los Miembros que conserven la elegibilidad bajo este Acuerdo o por la operación de la ley bajo el cuidado de dicho Proveedor en el momento de dicha terminación hasta que los servicios prestados a los Miembros por dicho Proveedor estén terminados, a menos que DentaQuest haga disposiciones razonables y médicamente apropiadas para la asunción de tales servicios por parte de otro Proveedor.

- Si cualquier disposición del presente Acuerdo se considera ilegal o no válida por cualquier motivo, dicha decisión no afectará la validez de las disposiciones restantes del presente Acuerdo, y dichas disposiciones restantes continuarán en pleno vigor y efecto a menos que la ilegalidad o la nulidad impidan el cumplimiento de los objetivos y propósitos del presente Acuerdo.

REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

La revisión independiente externa está disponible para los miembros para la revisión de negaciones de terapias experimentales donde tales terapias podrían ser indicadas para el tratamiento de una condición que amenaza la vida o enfermedad seriamente debilitante o para negaciones basadas en servicio que no sea médicamente necesario poniéndose en contacto con Servicios para Miembros dentro de los cinco días laborables de la negación. La solicitud de una revisión médica independiente será revisada por el Director Dental o, si es necesario, se derivará al Comité de Garantía de Calidad. Los plazos para considerar solicitudes de revisión médica independiente serán los mismos que para el procesamiento de quejas formales. Los Miembros tienen derecho a presentar información en apoyo de la solicitud de revisión médica independiente.

El Department of Managed Health Care de California es responsable de reglamentar los planes de servicios de salud. Si usted tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al (**1-855-424-8106)** y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal que involucra una emergencia, una queja formal de que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no se ha resuelto durante más de 30 días, puede comunicarse al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, en inglés). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para

los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidad auditiva o del habla. En el sitio web del departamento, **www.dmhc.ca.gov**, aparecen los formularios de quejas, los formularios de solicitud de IMR y las instrucciones en línea.

Molina Healthcare of California /DentaQuest

BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES PARA LA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA		
	Niño Individual	**Familia (2 o más niños)**
Máximo de gastos de bolsillo	Los servicios dentales pediátricos cubiertos se aplican al desembolso máximo en su Evidencia de Cobertura (EOC, en inglés) de Molina Healthcare of California. Consulte su EOC de Molina Healthcare of California para obtener información sobre su máximo de gastos de bolsillo.	
Deducible	Ninguno	Ninguno
Copago del Consultorio	$0	$0
Período de Espera	Ninguno	Ninguno
Límite de Beneficios Anuales	Ninguno	Ninguno

Servicios Profesionales	Los copagos varían según el procedimiento y se pueden encontrar en el Programa de Copagos para Miembros de 2026, a continuación. Entre las categorías de servicios se incluyen:	
Servicios Diagnósticos y Preventivos:	Examen Oral	Sin Cargo
	Limpieza Preventiva	Sin Cargo
	Radiografía Preventiva	Sin Cargo
	Selladores por Diente	Sin Cargo
	Aplicación Tópica de Flúor	Sin Cargo
	Mantenedores de Espacios, Fijos	Sin Cargo
Servicios Básicos	Procedimientos de Restauración	Consulte el Cronograma de Copago de los Miembros de 2026 a continuación
	Servicios de Mantenimiento Periodontal	
Servicios Importantes	Periodoncia (que no sea de mantenimiento)	Consulte el Cronograma de Copago de los Miembros de 2026 a continuación
	Endodoncia	
	Coronas y Moldes	
	Prostodoncia	
	Cirugía Oral	
Ortodoncia	Ortodoncia Médicamente Necesaria	$1,000

A continuación, se incluye una lista de Beneficios de Salud Esenciales para la Odontología Pediátrica Cubiertos, junto con sus costos compartidos, cuando son realizados por un Proveedor Dental Participante de DentaQuest y sujetos a las exclusiones y limitaciones de esta Evidencia de Cobertura:

Código CDT	**Descripción**	**Copago del Miembro**
Diagnóstico		
D0120	Evaluación oral periódica: paciente habitual	Sin Cargo
D0140	Evaluación oral limitada, centrada en problemas	Sin Cargo
D0145	Evaluación oral para un paciente menor de tres años y asesoramiento con el proveedor de cuidados primarios	Sin Cargo
D0150	Evaluación oral integral: paciente nuevo o habitual	Sin Cargo
D0160	Evaluación oral detallada y amplia; centrado en el problema, por informe	Sin Cargo

D0170	Reevaluación: limitada y enfocada en un problema (paciente habitual; no en la consulta posoperatoria)	Sin Cargo
D0171	Reevaluación; visita posoperatoria al consultorio	Sin Cargo
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido	Sin Cargo
D0210	Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas	Sin Cargo
D0220	Intraoral: primera imagen radiográfica periapical	Sin Cargo
D0230	Intraoral: periapical, cada radiografía adicional	Sin Cargo
D0240	Intraoral: imagen radiográfica oclusal	Sin Cargo
D0250	Extraoral: imagen radiográfica en proyección 2D creada con una fuente de radiación fija y detector	Sin Cargo
D0251	Extraoral: imagen radiográfica dental posterior	Sin Cargo
D0270	Radiografía de mordida: una sola radiografía	Sin Cargo
D0272	Radiografía de mordida: dos radiografías	Sin Cargo
D0273	Radiografía de mordida: tres radiografías	Sin Cargo
D0274	Radiografía de mordida: cuatro radiografías	Sin Cargo
D0277	Radiografía de mordida vertical: de 7 a 8 radiografías	Sin Cargo
D0310	Sialografía	Sin Cargo
D0320	Artrograma de articulación temporomandibular, incluida la inyección	Sin Cargo
D0322	Estudio tomográfico	Sin Cargo
D0330	Radiografía panorámica	Sin Cargo
D0340	Radiografía cefalométrica 2D, adquisición, medición y análisis.	Sin Cargo
D0350	Imagen fotográfica bucal/facial en 2D obtenida de forma intrabucal o extrabucal.	Sin Cargo
D0396	Impresión 3D de un escaneo de superficie dental en 3D	Sin Cargo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Sin Cargo
D0470	Modelos de diagnóstico	Sin Cargo
D0502	Otros procedimientos de patología oral, por informe	Sin Cargo
D0601	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con una conclusión de bajo riesgo	Sin Cargo
D0602	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con una conclusión de riesgo moderado	Sin Cargo
D0603	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con una conclusión de alto riesgo	Sin Cargo
D0701	Imagen radiográfica panorámica; solo captura de imágenes	Sin Cargo
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica en 2D; solo captura de imágenes	Sin Cargo
D0703	Imagen fotográfica 2D oral/facial obtenida intraoral o extraoralmente; solo captura de imágenes	Sin Cargo
D0705	Imagen radiográfica dental posterior extraoral; solo captura de imágenes	Sin Cargo
D0706	Intraoral, imagen radiográfica oclusal; solo captura de imágenes	Sin Cargo
D0707	Intraoral, imagen radiográfica periapical; solo captura de imágenes	Sin Cargo
D0708	Intraoral, radiografía panorámica de mordida; captura de imágenes solamente	Sin Cargo
D0709	Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas; captura de imágenes solamente	Sin Cargo
D0801	Exploración 3D de la superficie intraoral - directa	Sin Cargo
D0802	Exploración 3D de la superficie dental - indirecta	Sin Cargo
D0803	Exploración 3D de la superficie facial - directa	Sin Cargo

D0804	Exploración 3D de la superficie facial - indirecta	Sin Cargo
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	Sin Cargo
Preventivo		
D1110	Profilaxis, adultos	Sin Cargo
D1120	Profilaxis, niños	Sin Cargo
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	Sin Cargo
D1208	Aplicación tópica de flúor – no incluye barniz	Sin Cargo
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	Sin Cargo
D1320	Asesoramiento sobre el tabaco para el control y la prevención de enfermedades orales	Sin Cargo
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos orales, conductuales y sistémicos relacionados con el consumo de sustancias de alto riesgo	Sin Cargo
D1330	Instrucciones para la higiene oral	Sin Cargo
D1351	Sellador, por diente	Sin Cargo
D1352	Restauración de resina preventiva en un paciente de riesgo de caries de moderado a alto: diente permanente	Sin Cargo
D1353	Reparación con sellador; por diente	Sin Cargo
D1354	Aplicación de medicamento para revertir el proceso de caries provisoriamente; por diente	Sin Cargo
D1355	Aplicación de medicamento preventivo para caries: por diente	Sin Cargo
D1510	Mantenedor de espacio - fijo - unilateral, por cuadrante	Sin Cargo
D1516	Mantenedor de espacio – fijo – bilateral, maxilar	Sin Cargo
D1517	Mantenedor de espacio – fijo – bilateral, mandibular	Sin Cargo
D1520	Mantenedor de espacio – removible – unilateral, por cuadrante	Sin Cargo
D1526	Mantenedor de espacio – removible – bilateral, maxilar	Sin Cargo
D1527	Mantenedor de espacio – removible – bilateral, mandibular	Sin Cargo
D1551	Recementación o nueva unión del mantenedor de espacio bilateral: maxilar	Sin Cargo
D1552	Recementación o nueva unión del mantenedor de espacio bilateral, mandibular	Sin Cargo
D1553	Recementación o nueva unión del mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante	Sin Cargo
D1556	Retiro del mantenedor de espacio fijo unilateral - por cuadrante	Sin Cargo
D1557	Retiro del mantenedor de espacio fijo, bilateral - maxilar	Sin Cargo
D1558	Retiro del mantenedor de espacio fijo, bilateral - mandibular	Sin Cargo
D1575	Mantenedor de espacio zapatilla distal, fijo, unilateral, por cuadrante	Sin Cargo
Restauración		
D2140	Amalgama: una superficie primaria o permanente	$25
D2150	Amalgama: dos superficies primarias o permanentes	$30
D2160	Amalgama: tres superficies primarias o permanentes	$40
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, primarias o permanentes	$45
D2330	Compuesto a base de resina, una superficie, anterior	$30
D2331	Compuesto a base de resina, dos superficies, anterior	$45
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores	$55
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies (anteriores)	$60
D2390	Compuesto a base de resina, corona, anterior	$50

D2391	Compuesto a base de resina, una superficie, posterior	$30
D2392	Compuesto a base de resina, dos superficies, posteriores	$40
D2393	Compuesto a base de resina, tres superficies, posteriores	$50
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posterior	$70
D2710	Corona, compuesto a base de resina (indirecto)	$140
D2712	Corona; 3/4 compuesto de resina (indirecto)	$190
D2721	Corona; resina predominantemente con metal base	$300
D2740	Corona, porcelana o cerámica	$300
D2751	Corona, porcelana fundida predominantemente con metal base	$300
D2781	Corona, modelo de 3/4 predominantemente de metal base	$300
D2783	Corona; 3/4 de porcelana/cerámica	$310
D2791	Corona, fundición total predominantemente de metal base	$300
D2910	Recementado o refijación de incrustación, recubrimiento, carilla o restauración con cobertura parcial	$25
D2915	Recementado o refijación de poste y muñón fabricados indirectamente o prefabricados	$25
D2920	Recementado o refijación de corona	$25
D2921	Reimplantación de fragmento dental, borde incisal o cúspide	$45
D2928	Corona de porcelana/cerámica prefabricada; diente permanente	$120
D2929	Corona de porcelana/cerámica prefabricada; diente primario	$95
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada, diente primario	$65
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente	$75
D2932	Corona de resina prefabricada	$75
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con ventana de resina	$80
D2940	Colocación de restauración directa provisoria	$25
D2949	Fundación de restauración para una restauración indirecta	$45
D2950	Ampliación de muñón, incluidos los pernos cuando sea necesario	$20
D2951	Retención de pernos, por diente, además de la restauración	$25
D2952	Poste y muñón, además de la corona, fabricada indirectamente	$100
D2953	Cada poste adicional fabricado indirectamente, mismo diente	$30
D2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona	$90
D2955	Extracción posterior	$60
D2957	Cada muñón prefabricado adicional; mismo diente	$35
D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que quepa debajo de una estructura de dentadura postiza parcial existente	$35
D2976	Estabilización de la banda, por diente	$40
D2980	Reparación de corona debido a falla del material de restauración	$50
D2989	Excavación de un diente que da como resultado la determinación de no restaurabilidad	$50
D2991	Aplicación de medicamento de regeneración de hidroxiapatita, por diente	Sin Cargo
D2999	Procedimiento de restauración no especificado, por informe	$40
Endodoncia		
D3110	Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final)	$20
D3120	Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final)	$25

D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final): eliminación de la pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación del medicamento	$40
D3221	Desbridamiento pulpar para dientes primarios y permanentes	$40
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis/diente permanente con desarrollo de raíces incompleto	$60
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible); diente anterior, primario (excluida la restauración final)	$55
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible); diente primario posterior (excluyendo restauración final)	$55
D3310	Terapia endodóntica, diente anterior (no incluye restauración final)	$195
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye restauración final)	$235
D3330	Terapia de endodoncia, diente molar (no incluye la restauración final)	$300
D3331	Tratamiento de obstrucción de endodoncia; acceso no quirúrgico	$50
D3333	Reparación interna de la raíz de defectos de perforación	$80
D3346	Repetición de tratamiento de endodoncia, anterior	$240
D3347	Repetición de tratamiento de endodoncia, premolar	$295
D3348	Repetición de tratamiento de endodoncia, molar	$350
D3351	Apexificación/recalcificación-consulta inicial (cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, resorción radicular, etc.)	$85
D3352	Apexificación/recalcificación: reemplazo provisional de medicamentos	$45
D3410	Apicectomía: anterior	$240
D3421	Apicectomía: premolar (primera raíz)	$250
D3425	Apicectomía: molar (primera raíz)	$275
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	$110
D3428	Injerto óseo junto con cirugía perirradicular, por diente, sitio único	$350
D3429	Injerto óseo junto con cirugía perirradicular: cada diente contiguo adicional en el mismo sitio quirúrgico	$350
D3430	Empaste retrógrado, por raíz	$90
D3431	Materiales biológicos para facilitar la regeneración de tejido óseo y blando, junto con cirugía perirradicular	$80
D3471	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, anterior	$160
D3472	Reparación quirúrgica de resorción radicular, premolar	$160
D3473	Reparación quirúrgica de resorción radicular; molar	$160
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislar diente con dique de goma	$30
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, por informe	$100
Periodoncia		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante	$150
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: uno a tres dientes contiguos o espacios dentados delimitados por cuadrante	$50
D4249	Alargamiento clínico de la corona; tejido duro	$165
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre), cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante	$265
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre), de uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales, por cuadrante	$140

D4265	Materiales biológicos para facilitar la regeneración de tejido blando y óseo, por sitio	$80
D4341	Alisado y raspado radicular periodontal: cuatro o más dientes por cuadrante	$55
D4342	Alisado y raspado radicular periodontal: uno a tres dientes por cuadrante	$30
D4346	Raspado cuando hay inflamación gingival moderada o grave; toda la boca, después de una evaluación oral	$40
D4355	Desbridamiento completo de la boca para permitir una evaluación periodontal integral y diagnóstico en una consulta posterior	$40
D4381	Entrega localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada en tejido crevicular enfermo, por diente	$10
D4910	Mantenimiento periodontal	$30
D4920	Cambio de apósito no programado (por alguien que no sea el dentista que trata o su personal)	$15
D4999	Procedimiento periodontal no especificado, por informe	$350
Prostodoncia (extraíble)		
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	$300
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	$300
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	$300
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	$300
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	$300
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	$300
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$335
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, estructura de metal con base de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$335
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina (incluye materiales de retención/ganchos y dientes)	$275
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$275
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, estructura de metal fundido con bases de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$330
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, estructura de metal con base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$330
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	$20
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	$20
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	$20
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	$20
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular	$40
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar	$40
D5520	Reemplazo de diente faltante o roto, dentadura postiza completa, por diente	$40
D5611	Reparación de la base de la dentadura postiza de resina, mandibular	$40
D5612	Reparación de la base de la dentadura postiza de resina, maxilar	$40

D5621	Reparación de armazón fundido, mandibular	$40
D5622	Reparación de armazón fundido, maxilar	$40
D5630	Reparación o reemplazo de materiales rotos de retención/ganchos, por diente	$50
D5640	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza parcial, por diente	$35
D5650	Añadir diente a dentadura postiza parcial existente: por diente	$35
D5660	Añadir un broche a una dentadura postiza parcial existente, por diente	$60
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo)	$60
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo)	$60
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo)	$60
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo)	$60
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecta)	$90
D5751	Revestimiento de dentadura postiza completa mandibular (indirecta)	$90
D5760	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto)	$80
D5761	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto)	$80
D5850	Acondicionamiento de tejidos, maxilar	$30
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibular	$30
D5862	Fijación de precisión, por informe	$90
D5863	Sobredentadura postiza, maxilar completo	$300
D5864	Sobredentadura postiza, maxilar parcial	$300
D5865	Sobredentadura postiza, completa en la mandíbula	$300
D5866	Sobredentadura postiza, mandibular parcial	$300
D5899	Procedimiento prostodóntico removible no especificado, por informe	$350
Protésicos maxilofaciales		
D5911	Impresión facial (transversal)	$285
D5912	Impresión facial (completa)	$350
D5913	Prótesis nasal	$350
D5914	Prótesis auricular	$350
D5915	Prótesis orbitales	$350
D5916	Prótesis ocular	$350
D5919	Prótesis facial	$350
D5922	Prótesis del tabique nasal	$350
D5923	Prótesis ocular, provisional	$350
D5924	Prótesis craneana	$350
D5925	Prótesis de implante de aumento facial	$200
D5926	Prótesis nasal, reemplazo	$200
D5927	Prótesis auricular, reemplazo	$200
D5928	Prótesis orbitales, reemplazo	$200
D5929	Prótesis facial, reemplazo	$200
D5931	Prótesis de obturador, quirúrgica	$350
D5932	Prótesis de obturador, definitiva	$350
D5933	Prótesis de obturador, modificación	$150
D5934	Prótesis de resección mandibular con brida de guía	$350
D5935	Prótesis de resección mandibular sin brida de guía	$350
D5936	Prótesis de obturador, provisional	$350

D5937	Aparato de trismo (no para el tratamiento con TMD)	$85
D5951	Ayuda de alimentación	$135
D5952	Prótesis de ayuda para el habla, pediátrica	$350
D5953	Prótesis de ayuda para el habla, adulto	$350
D5954	Prótesis de aumento del paladar	$135
D5955	Prótesis de elevación del paladar, definitiva	$350
D5958	Prótesis de elevación del paladar, provisional	$350
D5959	Prótesis de elevación del paladar, modificación	$145
D5960	Prótesis de ayuda para el habla, modificación	$145
D5982	Stent quirúrgico	$70
D5983	Portador de radiación	$55
D5984	Pantalla antirradiación	$85
D5985	Localizador del cono de radiación	$135
D5986	Portador de gel de fluoruro	$35
D5987	Férula de comisura	$85
D5991	Portador de medicamento para enfermedad vesiculobulosa	$70
D5999	Prótesis maxilofacial no especificada, por informe	$350
Servicios para Implantes		
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante; implante endosteal	$350
D6011	Acceso quirúrgico a un cuerpo de implante (cirugía de implante de segunda etapa)	$350
D6012	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante intermedio para prótesis de transición; implante endosteal	$350
D6013	Colocación quirúrgica de miniimplante	$350
D6040	Colocación quirúrgica; implante eposteal	$350
D6050	Colocación quirúrgica; implante transosteal	$350
D6055	Barra de conexión; implante con apoyo o soporte con apoyo	$350
D6056	Pilar prefabricado; incluye modificación y colocación	$135
D6057	Pilar fabricado a medida; incluye colocación	$180
D6058	Corona de porcelana/cerámica con apoyo en pilar	$320
D6059	Corona de porcelana fundida con metal con apoyo (metal noble alto)	$315
D6060	Corona de porcelana fundida con metal con apoyo (predominantemente metal base)	$295
D6061	Corona de porcelana fundida con metal con apoyo (metal noble)	$300
D6062	Corona de metal fundido con apoyo (metal noble alto)	$315
D6063	Corona de metal fundido con apoyo (predominantemente metal base)	$300
D6064	Corona de metal fundido con apoyo (metal noble)	$315
D6065	Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante	$340
D6066	Corona implantosoportada; porcelana fundida en aleaciones nobles altas	$335
D6067	Corona apoyada sobre un implante, aleaciones de alta nobleza	$340
D6068	Retenedor con apoyo para FPD de porcelana/cerámica	$320
D6069	Retenedor con apoyo para FPD de porcelana fundida a metal (metal noble alto)	$315
D6070	Retenedor con apoyo para FPD de porcelana fundida con metal (predominantemente metal base)	$290

D6071	Retenedor con apoyo para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble)	$300
D6072	Retenedor con apoyo para FPD de metal fundido (metal noble alto)	$315
D6073	Retenedor con apoyo para FPD de metal fundido (predominantemente metal base)	$290
D6074	Retenedor con apoyo para FPD de metal fundido (metal noble)	$320
D6075	Implante con apoyo para FPD de cerámica	$335
D6076	Retenedor implantosoportado FPD: porcelana fundida en aleaciones nobles altas	$330
D6077	Retenedor implantosoportado para aleaciones nobles altas de FPD de metal	$350
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando se retira y reinserta una prótesis híbrida fija de arco completo, incluida la limpieza de prótesis y pilares	$30
D6081	Raspado y desbridamiento de un solo implante cuando hay mucositis, incluso inflamación, sangrado al sondaje y aumento de la profundidad de las bolsas; incluye limpieza de las superficies del implante, sin apertura y cierre de colgajo	$30
D6082	Corona implantosoportada; porcelana fundida en aleaciones de base principalmente	$335
D6083	Corona implantosoportada; porcelana fundida en aleaciones nobles	$335
D6084	Corona implantosoportada; porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio	$335
D6085	Corona de implante provisional	$300
D6086	Corona implantosoportada; aleaciones de base principalmente	$340
D6087	Corona implantosoportada; aleaciones nobles	$340
D6088	Corona implantosoportada; titanio y aleaciones de titanio	$340
D6089	Acceder y retorcar el tornillo suelto del implante, por tornillo	$60
D6090	Reparación de prótesis con soporte de implante/pilar	$65
D6091	Sustitución de parte de reemplazo del accesorio de semiprecisión o precisión de la prótesis con soporte de implante/pilar, por accesorio	$40
D6092	Recementado o refijación de corona sostenida por implante/soporte	$25
D6093	Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija sostenida por implantes/retenciones	$35
D6094	Corona con soporte de pilar: titanio y aleaciones de titanio	$295
D6096	Extracción de perno retenedor del implante roto	$60
D6097	Corona con soporte de pilar; porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio	$315
D6098	Retenedor implantosoportada; porcelana fundida en aleaciones de base principalmente	$330
D6099	Retenedor implantosoportado para FPD; porcelana fundida en aleaciones nobles	$330
D6100	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante	$110
D6105	Retirada del cuerpo del implante que no requiere extracción ósea ni elevación del colgajo	$110
D6110	Dentadura postiza extraíble sujetada mediante soporte/implante para arco edéntulo, maxilar	$350
D6111	Dentadura postiza extraíble sujetada mediante soporte/implante para arco edéntulo, mandibular	$350
D6112	Dentadura postiza extraíble sujetada mediante soporte/implante para arco parcialmente edéntulo, maxilar	$350

D6113	Dentadura postiza extraíble sujetada mediante soporte/implante para arco parcialmente edéntulo, mandibular	$350
D6114	Dentadura postiza fija sujetada mediante soporte/implante para arco edéntulo, maxilar	$350
D6115	Dentadura postiza fija sujetada mediante soporte/implante para arco edéntulo, mandibular	$350
D6116	Dentadura postiza fija sujetada mediante soporte/implante para arco parcialmente edéntulo, maxilar	$350
D6117	Dentadura postiza fija sostenida por soporte/soporte/implante para arco parcialmente edéntulo, mandibular	$350
D6118	Dentadura postiza fija provisional sujetada mediante soporte/implante para arco edéntulo, mandibular	$350
D6119	Dentadura postiza fija provisional sujetada mediante soporte/implante para arco edéntulo, maxilar	$350
D6120	Retenedor implantosoportado; porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio	$330
D6121	Retenedor implantosoportado para FPD de metal; aleaciones de base principalmente	$350
D6122	Retenedor implantosoportado para FPD de metal; aleaciones nobles	$350
D6123	Retenedor implantosoportado para FPD de metal; titanio y aleaciones de titanio	$350
D6180	Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando no se retira una prótesis híbrida fija de arco completo, incluida la limpieza de prótesis y pilares	$30
D6190	Índice radiográfico/quirúrgico de implante, por informe	$75
D6191	Pilar de semiprecisión; colocación	$350
D6192	Pilar de fijación de semiprecisión; colocación	$350
D6194	Corona de retención soportada por pilar para FPD - titanio y aleaciones de titanio	$265
D6195	Retenedor con soporte de pilar; porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio	$315
D6197	Sustitución del material restaurador utilizado para cerrar una abertura de acceso de una prótesis sostenida por implante atornillado, por implante	$95
D6198	Extracción del componente del implante intermedio	$110
D6199	Procedimiento de implante no especificado, por informe	$350
Prostodoncia (fija)		
D6211	Póntico: fundición predominantemente de metal base	$300
D6241	Póntico: porcelana fundida predominantemente con metal base	$300
D6245	Póntico: porcelana/cerámica	$300
D6251	Póntico: resina predominantemente con metal base	$300
D6721	Corona de retención: resina con metal predominantemente de base	$300
D6740	Corona de retención: porcelana/cerámica	$300
D6751	Corona de retención: porcelana fusionada con metal predominantemente de base	$300
D6781	Corona de retención: modelo de 3/4 predominantemente de metal base	$300
D6783	Corona de retención: 3/4 de porcelana/cerámica	$300
D6784	Corona de retención: ¾ de titanio y aleaciones de titanio	$300
D6791	Corona de retención: metal predominantemente básico completamente colado	$300

D6930	Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija	$40
D6980	Reparación parcial de dentaduras postizas fijas debido a falla del material restaurador	$95
D6999	Procedimiento prostodóntico fijo no especificado, por informe	$350
Cirugía Oral y Maxilofacial		
D7111	Extracción: remanentes coronarios, diente primario	$40
D7140	Extracción: diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación o fórceps)	$65
D7210	Extracción: diente en erupción que requiere extracción del hueso o seccionamiento del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperióstico si se indica	$120
D7220	Extracción de diente afectado: tejido blando	$95
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente osificado	$145
D7240	Extracción de diente impactado: completamente óseo	$160
D7241	Extracción de diente impactado: completamente osificado, con complicaciones quirúrgicas inusuales	$175
D7250	Extracción de raíces residuales de dientes (procedimiento con incisión)	$80
D7252	Extracción parcial para la colocación inmediata del implante	$80
D7259	Disección nerviosa	$280
D7260	Cierre de fístula oroantral	$280
D7261	Cierre primario de una perforación sinusal	$285
D7270	Reimplantación o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente	$185
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	$220
D7283	Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado	$85
D7284	Biopsia por escisión de glándulas salivales menores	$115
D7285	Biopsia quirúrgica de tejido oral duro (hueso, diente)	$180
D7286	Biopsia quirúrgica de tejido oral blando	$110
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de los dientes	$185
D7291	Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe	$80
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$85
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones: uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$50
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$120
D7321	Alveoloplastia aparte de extracciones: uno a tres dientes o espacios interdentales, por cuadrante	$65
D7340	Vestibuloplastia; extensión de la cresta (epitelialización secundaria)	$350
D7350	Vestibuloplastia; extensión de la cresta (incluye injertos de tejidos blandos, refijación del músculo, revisión de fijación de tejidos blancos y control de tejidos hiperatrofiados e hiperplásicos)	$350
D7410	Extirpación de lesión benigna hasta 1.25 cm	$75
D7411	Extirpación de lesión benigna superior a 1.25 cm	$115
D7412	Extirpación de lesión benigna, complicada	$175
D7413	Extirpación de lesión maligna hasta 1.25 cm	$95

D7414	Extirpación de lesión maligna superior a 1.25 cm	$120
D7415	Extirpación de lesión maligna, complicada	$255
D7440	Extirpación de tumor maligno; diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	$105
D7441	Extirpación de tumor maligno; diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	$185
D7450	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno; diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	$180
D7451	Extracción de quistes o tumores odontogénicos benignos, diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	$330
D7460	Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno; diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	$155
D7461	Extracción de un quiste o tumor no odontogénico benigno; diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	$250
D7465	Destrucción de lesiones mediante médico o método químico, por informe	$40
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	$140
D7472	Extracción de torus palatinus	$145
D7473	Retirada de torus mandibularis	$140
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	$105
D7490	Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea	$350
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico	$180
D7510	Incisión y drenaje del absceso: tejido blando intraoral	$70
D7511	Incisión y drenaje del absceso: tejido blando intraoral complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	$70
D7520	Incisión y drenaje del absceso: tejido blando extraoral	$70
D7521	Incisión y drenaje del absceso: tejido extraoral blando complicado (incluye drenaje de múltiples espacios fasciales)	$80
D7530	Extracción de un cuerpo extraño de la mucosa, la piel o un tejido alveolar subcutáneo	$45
D7540	Eliminación de cuerpos extraños que producen reacciones en el sistema musculoesquelético	$75
D7550	Ostectomía/sequestrectomía parcial para la extracción de hueso no vital	$125
D7560	Sinosotomía maxilar para extracción de fragmento de diente o cuerpo extraño	$235
D7610	Maxilar; reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	$140
D7620	Maxilar; reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	$250
D7630	Mandíbula; reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	$350
D7640	Mandíbula; reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	$350
D7650	Arco malar o zigomático; reducción abierta	$350
D7660	Arco malar o zigomático; reducción cerrada	$350
D7670	Alveolos; reducción cerrada, puede incluir estabilización de dientes	$170
D7671	Alveolos; reducción abierta, puede incluir estabilización de dientes	$230
D7680	Huesos faciales; reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos	$350
D7710	Maxilar; reducción abierta	$110
D7720	Maxilar; reducción cerrada	$180
D7730	Mandíbula; reducción abierta	$350
D7740	Mandíbula; reducción cerrada	$290
D7750	Arco malar o zigomático; reducción abierta	$220

D7760	Arco malar o zigomático; reducción cerrada	$350
D7770	Alveolo, estabilización de los dientes por reducción abierta	$135
D7771	Alveolo, estabilización de los dientes de reducción cerrada	$160
D7780	Huesos faciales; reducción complicada con fijación y múltiples enfoques	$350
D7810	Reducción abierta de la dislocación	$350
D7820	Reducción cerrada de la dislocación	$80
D7830	Manipulación bajo anestesia	$85
D7840	Condilectomía	$350
D7850	Discectomía quirúrgica, con/sin implante	$350
D7852	Reparación de discos	$350
D7854	Sinovectomía	$350
D7856	Miotomía	$350
D7858	Reconstrucción de articulación	$350
D7860	Artrotomía	$350
D7865	Artroplastía	$350
D7870	Artrocentesis	$90
D7871	Lisis y lavaje no artroscópico	$150
D7872	Artroscopia: diagnóstico, con o sin biopsia	$350
D7873	Artroscopia: lavado y lisis de adherencias	$350
D7874	Artroscopia: reposicionamiento y estabilización de los discos	$350
D7875	Artroscopia: sinovectomía	$350
D7876	Artroscopia: discectomía	$350
D7877	Artroscopia: desbridamiento	$350
D7880	Aparato ortótico oclusal, por informe	$120
D7881	Ajuste del dispositivo ortótico oclusal	$30
D7899	Terapia TMD no especificada, por informe	$350
D7910	Sutura de recientes heridas pequeñas de hasta 5 cm	$35
D7911	Sutura complicada; hasta 5 cm	$55
D7912	Sutura complicada; mayor de 5 cm	$130
D7920	Injerto de piel (identifique defecto cubierto, localización y tipo de injerto)	$120
D7922	Colocación de apósito biológico intracavidad para ayudar en la hemostasia o la estabilización de coágulos, por sitio	$80
D7939	Indexación para osteotomía mediante robótica dinámica asistida o navegación dinámica	$350
D7940	Osteoplastia: para deformidades ortognáticas	$160
D7941	Osteotomía: rama mandibular	$350
D7943	Osteotomía: ramas mandibulares con injerto de hueso; incluye obtención del injerto	$350
D7944	Osteotomía: segmentada o subapical	$275
D7945	Osteotomía: cuerpo de la mandíbula	$350
D7946	LeFort I (maxilar; total)	$350
D7947	LeFort I (maxilar; segmentado)	$350
D7948	LeFort II o LeFort III (osteoplastia de huesos faciales para hipoplasia o retrusión en la cara media); sin injerto óseo	$350
D7949	LeFort II o LeFort III; con injerto óseo	$350

D7950	Injerto óseo, osteoperióstico o de cartílago de la mandíbula o el maxilar, autógeno o no autógeno, por informe	$190
D7951	Aumento del seno con hueso o sustitutos óseos a través de un enfoque abierto lateral	$290
D7952	Aumento sinusal a través de un enfoque vertical	$175
D7955	Reparación del defecto del tejido blando o duro maxilofacial	$200
D7961	Frenectomía (frenilectomía) labial/bucal	$120
D7962	Frenectomía (frenilectomía) lingual	$120
D7963	Frenuloplastía	$120
D7970	Escisión de tejido hiperplásico; por arco	$175
D7971	Escisión de encía pericoronal	$80
D7972	Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa	$100
D7979	Sialolitotomía no quirúrgica	$155
D7980	Sialolitotomía quirúrgica	$155
D7981	Escisión de la glándula salival, por informe	$120
D7982	Sialodocoplastia	$215
D7983	Cierre de la fístula salival	$140
D7990	Traqueotomía de emergencia	$350
D7991	Coronoidectomía	$345
D7995	Injerto sintético; huesos faciales o mandíbula, según informe	$150
D7997	La extracción del aparato (no por el dentista que colocó el aparato), incluye la extracción de la barra de arco	$60
D7999	Procedimiento de cirugía oral no especificado, por informe	$350
Ortodoncia		
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adolescentes	$1,000
D8091	Tratamiento de ortodoncia integral con cirugía ortognática	
D8210	Terapia con aparatos removibles	
D8220	Terapia con aparatos fijos	
D8660	Exploración previa al tratamiento de ortodoncia para controlar el crecimiento y el desarrollo	
D8670	Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia	
D8671	Consulta periódica de tratamiento ortodóncico asociada a cirugía ortognática	
D8680	Retención ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedores)	
D8681	Ajuste del retenedor ortodóntico extraíble	
D8696	Reparación del aparato de ortodoncia; maxilar	
D8697	Reparación del aparato de ortodoncia; mandibular	
D8698	Recementación o nueva unión del retenedor fijo; maxilar	
D8699	Recementación o nueva unión del retenedor fijo; mandibular	
D8701	Reparación del retenedor fijo, incluye el reajuste; maxilar	
D8702	Reparación del retenedor fijo, incluye el reajuste; mandibular	
D8703	Reemplazo del retenedor perdido o roto; maxilar	
D8704	Reemplazo del retenedor perdido o roto; mandibular	
D8999	Procedimiento ortodóncico no especificado, por informe	
Servicios Generales Adicionales		

D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental - por consulta	$30
D9120	Seccionamiento parcial fijo de la dentadura postiza	$95
D9210	Anestesia local por separado de los procedimientos quirúrgicos u operatorios	$10
D9211	Anestesia de bloqueo regional	$20
D9212	Anestesia de bloqueo de división trigémino	$60
D9215	Anestesia local junto con procedimientos quirúrgicos u operatorios	$15
D9219	Evaluación de sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	$45
D9222	Sedación profunda/anestesia general - primeros 15 minutos	$45
D9223	Sedación profunda/anestesia general; cada incremento subsiguiente de 15 minutos	$45
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiolíticos	$15
D9239	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente); primeros 15 minutos	$60
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente); cada incremento posterior de 15 minutos	$60
D9248	Sedación no intravenosa consciente	$65
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	$50
D9311	Consulta con un profesional de la salud	Sin Cargo
D9410	Atención a domicilio/Centro de atención prolongada	$50
D9420	Llamada al hospital o al centro de cirugía ambulatoria	$135
D9430	Consulta al consultorio para observación (durante el horario regular programado), sin que se realice ningún otro servicio	$20
D9440	Consulta al consultorio; después de las horas programadas regularmente	$45
D9610	Fármaco parenteral terapéutico, administración única	$30
D9612	Fármacos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	$40
D9910	Aplicación de medicamentos desensibilizantes	$20
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas); circunstancias inusuales, por informe	$35
D9950	Análisis de oclusión; molde armado	$120
D9951	Ajuste oclusal; limitado	$45
D9952	Ajuste oclusal; completo	$210
D9995	Teleodontología, sincrónica; encuentro en tiempo real	Sin Cargo
D9996	Teleodontología, asincrónica; información almacenada y enviada al dentista para su posterior revisión	Sin Cargo
D9997	Administración de casos odontológicos; pacientes con necesidades especiales de atención médica	Sin Cargo
D9999	Procedimiento adjunto no especificado, por informe	Sin Cargo

Notas Finales de los Diseños del Plan de Beneficios Estándar Dental de 2026

Notas sobre la EHB para Odontología Pediátrica (solo aplicable a la porción pediátrica del Plan Dental para Niños y Plan Dental Familiar)

1) Los pagos de Costos Compartidos realizados por cada niño individual por servicios cubiertos en la red se acumulan al máximo de gastos de su bolsillo. Una vez que se ha alcanzado el máximo de gastos de bolsillo individual del niño, el plan paga todos los costos por los servicios cubiertos para ese niño.

2) En un plan con dos o más hijos, los costos compartidos por cada niño individual por servicios en la red contribuyen al deducible de la familia en la red, si es aplicable, así como al máximo de gastos de bolsillo de la familia.
3) En un plan con dos o más hijos, los pagos de costos compartidos por cada niño individual por servicios cubiertos fuera de la red contribuyen al deducible fuera de la red de la familia, si es aplicable, y no se acumulan al máximo de gastos de bolsillo de la familia.
4) La administración de estos diseños del plan debe cumplir con los requisitos del plan de referencia EHB para odontología pediátrica, incluyendo la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad médica tal como se define en el beneficio de Pruebas de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos Tempranos (EPSDT, en inglés).
5) Los costos compartidos de los Miembros para los servicios de Ortodoncia Médicamente Necesaria se aplican al curso del tratamiento, no a los años de beneficios individuales dentro de un curso de tratamiento de varios años. Los costos compartidos de los Miembros se aplican al curso del tratamiento siempre y cuando el Miembro siga inscrito en el plan.
6) En la medida en que los planes dentales puedan ofrecer Teleodontología, se ofrecería sin cargo.
7) Estas Notas finales no limitan las obligaciones de un emisor de cumplir con las leyes, normas o reglamentos federales, estatales o locales aplicables. En el caso de que un emisor esté sujeto a una ley, regla o regulación recientemente promulgada o enmendada que entre en conflicto con los requisitos de estas Notas Finales, un emisor deberá cumplir con la ley, regla o regulación y cualquier orientación aplicable de su autoridad reguladora. Cuando estas Notas Finales excedan los requisitos impuestos por la ley, un emisor deberá cumplir con los requisitos de estas Notas Finales.

Aviso de no discriminación: Sección 1557
Molina Healthcare of California - Marketplace

Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal), sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Para ayudarle a comunicarse con nosotros, Molina Healthcare proporciona los siguientes servicios gratuitos y de manera oportuna:

- Molina Healthcare ofrece adaptaciones razonables y ayudas y servicios apropiados para las personas con discapacidades. Esto incluye los siguiente:(1) Intérpretes calificados. (2) Información por escrito en otros formatos, como en letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles y braille.

- Molina Healthcare brinda servicios lingüísticos a personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés. Esto incluye lo siguiente:(1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-858-2150 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora local.

Si considera que Molina no proporcionó estos servicios o discriminó por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal), sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal. Puede presentar una queja formal por teléfono, correo postal, correo electrónico o en línea: Si necesita ayuda para escribir la queja formal, le ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas formales en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx

Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al 1-866-606-3889 o TTY/TDD: 711 o envíe su queja formal a:

Civil Rights Unit
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com
Sitio web: MolinaHealthcare.Alertline.com

También puede presentar una queja formal de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights por medios electrónicos a través del Portal de Quejas de la Office for Civil Rights, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Los formularios para las quejas están disponibles aquí: https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf

Notice of Availability – Section 1557
Molina Healthcare of California - Marketplace

English	For free language assistance services, and auxiliary aids and services, call 1-888-858-2150 (TTY: 711).
Arabic العربية	اتصل عل الرقم 1-888-858-2150 (الهاتف النص (TTY): 711) لتليق خدمات المساعدة اللغوية المجانية والخدمات والمساعدات الإضافية.
Armenian հայերեն	Անվճար լեզվական աջակցության, ինչպես նաև հավելյալ օգնության և այլ ծառայությունների համար խնդրում ենք զանգահարել 1-888-858-2150 (TTY: 711):
Cambodian ខ្មែរ	សម្រាប់សេវាកម្មជំនួយភាសា និងជំនួយផ្នែកស្តាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ សូមទូរសព្ទទៅ 1-888-858-2150 (TTY: 711)។
Chinese (Traditional) 中文（台灣繁體）	如需免費的語言協助服務以及輔助裝置和服務，請致電 1-888-858-2150（聽障專線：711）。
Farsi فارس	دریافت خدمات کمک زبا ین رایگان، وکمکها و خدمات اضا یف با این شماره تماس بگ رید: برای 1-888-858-2150 (TTY: 711).
Hindi हिंदी	निःशुल्क भाषा सहायता सेवाओं और सहायक ऐड एवं सेवाओं के लिए 1-888-858-2150 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Hmong Hmoob	Rau cov kev pab cuam txhais lus dawb, thiab cov pab khoom siv thiab cov kev pab cuam, hu 1-888-858-2150 (TTY: 711).
Japanese 日本語	無料の言語サポートや補助器具・サービスをご希望の方は、1-888-858-2150（TTY: 711）までお電話ください。
Korean 한국인	무료 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 원하시면1-888-858-2150 (TTY: 711)로 연락 주시기 바랍니다.
Panjabi ਪੰਜਾਬੀ	ਮੁਫਤ ਭਾਸਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਅਤੇ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, 1-888-858-2150 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Russian Русский	Для получения бесплатных услуг языковой помощи, а также вспомогательных средств и услуг, позвоните: 1-888-858-2150 (телетайп: 711).
Spanish Español	Para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística, así como ayudas y servicios auxiliares, llame al 1-888-858-2150 (TTY: 711).
Tagalog	Para sa libreng serbisyo sa tulong sa wika, at mga auxiliary aid at serbisyo, tumawag sa 1-888-858-2150 (TTY: 711).
Thai ไทย	สำหรับบริการช่วยเหลือฟรีด้านภาษาและบริการเสริม โปรดโทร 1-888-858-2150 (TTY: 711)
Vietnamese Tiếng Việt	Để sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cũng như các dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm, hãy gọi 1-888-858-2150 (TTY: 711).