

2019

Molina Healthcare of California, Contrato y Evidencia de cobertura y formulario de divulgación combinados

Molina Silver 70 HMO AI-AN

CALIFORNIA

200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802

SI CALIFICA COMO ÍNDIGENA DE LOS EE. UU. O NATIVO DE ALASKA, NO TENDRÁ COSTOS COMPARTIDOS SI OBTIENE SERVICIOS CUBIERTOS DE CUALQUIER PROVEEDOR PARTICIPANTE PARA LA SALUD TRIBAL. SIN EMBARGO, SERÁ RESPONSABLE DE LOS COSTOS COMPARTIDOS CONFORME A ESTE PLAN POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS NO PROPORCIONADOS POR UN PROVEEDOR PARTICIPANTE PARA LA SALUD TRIBAL. LOS PROVEEDORES TRIBALES INCLUYEN EL SERVICIO DE SALUD PARA INDÍGENAS AMERICANOS, UNA ORGANIZACIÓN TRIBAL O UNA ORGANIZACIÓN INDÍGENA URBANA.

MolinaMarketplace.com



Your Extended Family

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas a los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todo miembro y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, edad, discapacidad o sexo.

Molina también cumple con las leyes estatales aplicables y no discrimina por motivos de credo, género, identidad o expresión de género, orientación sexual, estado civil, religión, veteranos retirados honorablemente o estado militar, o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio por una persona con una discapacidad.

Para ayudarle a hablar con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Ayuda y servicios para personas con discapacidades
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
 - Materiales escritos en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema braille)
- Servicios de idiomas para personas que hablan otro idioma o que tienen aptitudes limitadas en idioma inglés
 - Intérpretes capacitados
 - Material escrito traducido a su idioma

Si necesita estos servicios, comuníquese con los Servicios para Miembros de Molina. El número de teléfono de Servicios para Miembros de Molina se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. (TTY: 711).

Si siente que Molina no le proporcionó estos servicios o lo discriminó por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar su queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para escribir su queja, le podemos ayudar. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889 o TTY al 711.

Envíe su queja por correo a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator, 200 Oceangate, Long Beach, CA 90802.

Usted también puede enviar su queja por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com.

También puede presentar una queja ante Molina Healthcare AlertLine, las 24 horas, todos los días de la semana, en <https://molinahealthcare.alertline.com>.

También puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., en la Oficina de Derechos Civiles. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

También puede enviarla a un sitio web a través del Portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si necesita ayuda, llame al (800) 368-1019; TTY (800) 537-7697.

Quejas: el procedimiento de quejas está disponible en la sección del Acuerdo llamada “Quejas y apelaciones”. Consulte dicha sección para saber cómo presentar una queja, cómo incluir el nombre del representante del plan y su número de teléfono, dirección y correo electrónico para que podamos ponernos en contacto con él en relación con dicha queja, y cómo presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) para su revisión una vez finalizado el proceso de queja o la participación en el proceso durante 30 días, como mínimo.

You have the right to get this information in a different format, such as audio, Braille, or large font due to special needs or in your language at no additional cost.

Usted tiene derecho a recibir esta información en un formato distinto, como audio, braille, o letra grande, debido a necesidades especiales; o en su idioma sin costo adicional.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services. The number is on the back of your Member ID card. (English)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono está al reverso de su tarjeta de identificación del miembro. (Spanish)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電會員服務。電話號碼載於您的會員證背面。(Chinese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi Dịch vụ Thành viên. Số điện thoại có trên mặt sau thẻ ID Thành viên của bạn. (Vietnamese)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Makikita ang numero sa likod ng iyong ID card ng Miyembro. (Tagalog)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 회원 서비스로 전화하십시오. 전화번호는 회원 ID 카드 뒷면에 있습니다. (Korean)

تنبيه: إذا كنت تستخدم اللغة العربية، تتاح خدمات المساعدة اللغوية، مجاناً، لك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء. ورقم الهاتف هذا موجود خلف بطاقة تعريف العضو الخاصة بك. (Arabic)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele Sèvis Manm. W ap jwenn nimewo a sou do kat idantifikasyon manm ou a. (French Creole)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Отдел обслуживания участников. Номер телефона указан на обратной стороне вашей ID-карты участника. (Russian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե դուք խոսում եք հայերեն, կարող եք անվճար օգտվել լեզվի օժանդակ ծառայություններից: Ձանգահարե՛ք Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Հեռախոսի համարը նշված է ձեր Անդամակցության նույնականացման քարտի ետևի մասում: (Armenian)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
会員サービスまでお電話ください。電話番号は会員IDカードの裏面に記載されております。
(Japanese)

توجه؛ اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی، بدون هزینه در دسترس شما هستند. با خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره تلفن روی پشت کارت شناسایی عضویت شما درج شده است. (Farsi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਜ (Member Services) ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਨੰਬਰ ਤੁਹਾਡੇ Member ID (ਮੈਂਬਰ ਆਈ.ਡੀ.) ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੈ। (Punjabi)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wenden Sie sich telefonisch an die Mitgliederbetreuungen. Die Nummer finden Sie auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte. (German)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez les Services aux membres. Le numéro figure au dos de votre carte de membre. (French)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Cov npawb xov tooj nyob tom qab ntawm koj daim npav tswv cuab. (Hmong)

CONTENIDO

BIENVENIDO	13
INTRODUCCIÓN	14
SU PRIVACIDAD	15
AYUDA PARA LOS MIEMBROS DE MOLINA HEALTHCARE QUE NO HABLAN INGLÉS	20
DEFINICIONES	21
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	26
¿CUÁNDO COMIENZA MI MEMBRESÍA CON MOLINA?	26
¿QUIÉN ES ELEGIBLE?	27
DEPENDIENTES	27
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO	29
¿CÓMO SÉ SI SOY MIEMBRO DE MOLINA HEALTHCARE?	29
EJEMPLO DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	29
¿QUÉ ES LO PRIMERO QUE DEBO HACER?	30
ACCESO A LA ATENCIÓN	30
¿CÓMO PUEDO OBTENER SERVICIOS MÉDICOS A TRAVÉS DE MOLINA HEALTHCARE?	30
SERVICIOS DE TELESALUD Y DE TELEMEDICINA	30
¿QUÉ ES UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA?	32
CÓMO ELEGIR A SU MÉDICO (ELECCIÓN DEL MÉDICO Y LOS PROVEEDORES)	33
¿CÓMO ELIJO UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)?	33
¿QUÉ SUCDE SI NO ELIJO UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA?	33
CÓMO CAMBIAR DE MÉDICO	33
<i>¿Qué pasa si quiero cambiar de proveedor de atención primaria?</i>	33
<i>¿Puede mi proveedor de atención primaria solicitar que me atienda otra persona?</i>	34
<i>¿Cómo cambio mi proveedor de atención primaria?</i>	34
¿QUÉ SUCDE SI MI MÉDICO U HOSPITAL NO TIENEN CONTRATO CON MOLINA?	34
CONTINUACIÓN DE LA ATENCIÓN	34
TRANSICIÓN DE CUIDADOS	35
¿QUÉ PASA SI NO HAY PROVEEDORES PARTICIPANTES QUE BRINDEN UN SERVICIO CUBIERTO?	35
PROVEEDOR NO PARTICIPANTE EN UN CENTRO PROVEEDOR PARTICIPANTE	35
LÍNEA DE CONSEJOS DE ENFERMERAS DISPONIBLE LAS 24 HORAS	36
ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN MÉDICA	36
AUTORIZACIÓN PREVIA	36
¿QUÉ ES UNA AUTORIZACIÓN PREVIA?	36
USTED NO NECESITA AUTORIZACIÓN PREVIA PARA LOS SIGUIENTES SERVICIOS	36
DEBE OBTENER UNA AUTORIZACIÓN PREVIA PARA LOS SIGUIENTES SERVICIOS	37
AUTORIZACIONES FIJAS	39
SEGUNDAS OPINIONES	39
SERVICIOS DE EMERGENCIA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE	40
¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA?	40
¿CÓMO RECIBO ATENCIÓN DE EMERGENCIA?	40
¿QUÉ SUCDE SI ESTOY FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DE MOLINA Y NECESITO SERVICIOS DE EMERGENCIA?	41
¿QUÉ SUCDE SI NECESITO ATENCIÓN MÉDICA DESPUÉS DE LAS HORAS DE CONSULTA O SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE?	41
SERVICIOS DE EMERGENCIA PRESTADOS POR UN PROVEEDOR NO PARTICIPANTE	41
ADMINISTRACIÓN DE CASOS COMPLEJOS	42

¿QUÉ SUCEDE SI TENGO UN PROBLEMA DE SALUD COMPLEJO?	42
EMBARAZO	42
¿QUÉ SUCEDE SI ESTOY EMBARAZADA?.....	42
OBJECIONES MORALES	43
DIRECTIVA AVANZADA	43
ACCESO A LA ATENCIÓN PARA MIEMBROS CON DISCAPACIDADES	43
LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES	43
ACCESO FÍSICO	43
ACCESO PARA PERSONAS SORDAS O CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN	43
ACCESO PARA PERSONAS CON POCA VISIÓN O CEGUERA	43
QUEJAS POR FALTA DE ACCESO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	44
SERVICIOS CUBIERTOS	44
COSTOS COMPARTIDOS (DINERO QUE TENDRÁ QUE PAGAR PARA OBTENER LOS SERVICIOS CUBIERTOS)	44
MÁXIMO ANUAL DE GASTOS DE BOLSILLO	44
COSEGURO	45
COPAGO	45
DEDUCIBLE	45
NORMAS GENERALES APLICABLES A COSTOS COMPARTIDOS.....	46
RECIBIR UNA FACTURA.....	46
¿CÓMO CUMPLE SU COBERTURA CON LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO?.....	46
CONVIERTA SU COBERTURA EN ASEQUIBLE	47
¿QUÉ CUBRE MI PLAN?	47
SERVICIOS PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS	47
SERVICIOS Y ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA	47
LA ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA Y LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO	47
SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES	48
SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS Y ANCIANOS.....	49
SERVICIOS DE MÉDICOS Y OTROS PROVEEDORES MÉDICOS.....	51
SERVICIOS DE ACUPUNTURA	51
SERVICIOS DE HABILITACIÓN	51
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	51
SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL A PACIENTES AMBULATORIOS.....	52
SERVICIOS PARA TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS (SUD) PARA PACIENTES AMBULATORIOS	54
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA	54
SERVICIOS DENTALES PARA LA RADIOTERAPIA	54
ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES	54
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA PARA EL PALADAR HENDIDO	55
SERVICIOS PARA TRATAR EL SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	55
SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS	55
SERVICIOS PARA LA VISTA	55
SERVICIOS PARA LA VISTA PEDIÁTRICOS	55
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	56
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	57
FENILCETONURIA (PKU, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) Y OTROS DEFECTOS CONGÉNITOS DEL METABOLISMO	57
SERVICIOS POR LA DIABETES.....	58
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA EN HOSPITAL/CENTRO	58

CIRUGÍA AMBULATORIA	58
PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (EXCEPTO CIRUGÍA)	58
SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE IMÁGENES Y EXPLORACIÓN	59
SERVICIOS DE RADIOLOGÍA (RADIOGRAFÍAS)	59
MEDICAMENTOS DE QUIMIOTERAPIA Y OTROS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR PROVEEDORES.....	59
PRUEBAS DE LABORATORIO	59
SALUD CONDUCTUAL Y MENTAL: PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO INTENSIVO PARA PACIENTES AMBULATORIOS.....	59
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS.....	60
SERVICIOS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS.....	60
MEDICAMENTOS DE QUIMIOTERAPIA Y OTROS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR PROVEEDORES.....	60
ATENCIÓN DE MATERNIDAD.....	61
SALUD CONDUCTUAL Y MENTAL: HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA PACIENTES INTERNADOS	61
TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS (SUD).....	62
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	62
CUIDADOS PALIATIVOS	63
ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS	63
CIRUGÍA BARIÁTRICA	64
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	65
EXCLUSIONES DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA.....	65
SERVICIOS DE TRASPLANTES	65
COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	66
FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE MOLINA HEALTHCARE (LISTA DE MEDICAMENTOS).....	67
ACCESO A MEDICAMENTOS QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL FORMULARIO	68
TERAPIA ESCALONADA	69
COSTOS COMPARTIDOS POR MEDICAMENTOS RECETADOS	69
LAS CATEGORÍAS DE LOS MEDICAMENTOS SE DEFINEN DE LA SIGUIENTE MANERA:.....	69
<i>Nivel 1</i>	70
<i>Nivel 2</i>	70
<i>Nivel 3</i>	70
<i>Nivel 4</i>	70
MEDICAMENTOS PARA DEJAR DE FUMAR.....	70
DISPONIBILIDAD DE ORDEN POR CORREO PARA LOS MEDICAMENTOS RECETADOS DEL FORMULARIO	71
SUMINISTROS PARA PACIENTES CON DIABETES.....	71
LÍMITE DE DÍAS DE SUMINISTRO	71
MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS DE VENTA LIBRE	72
USO FUERA DE INDICACIÓN DE UN MEDICAMENTO	72
SERVICIOS AUXILIARES.....	73
EQUIPO MÉDICO DURADERO	73
DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS Y ORTÓTICOS	74
DISPOSITIVOS IMPLANTADOS INTERNAMENTE	74
DISPOSITIVOS EXTERNOS.....	74
SERVICIOS DE AUDICIÓN.....	74
ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA	74
SERVICIOS DE TRANSPORTE	75
TRANSPORTE MÉDICO DE EMERGENCIA	75
TRANSPORTE MÉDICO QUE NO SEA DE EMERGENCIA: AMBULANCIA.....	75
OTROS SERVICIOS	75
SERVICIOS DE DIÁLISIS	75
SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA LA VISTA	76
EXCLUSIONES	76

¿QUÉ ESTÁ EXCLUIDO DE LA COBERTURA SEGÚN MI PLAN?	76
TERAPIA ACUÁTICA	76
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL Y CONCEPCIÓN POR MEDIOS ARTIFICIALES.....	76
CIERTOS EXÁMENES Y SERVICIOS.....	76
SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS.....	77
SERVICIOS DE COSMETOLOGÍA.....	77
CUIDADO DE CUSTODIA	77
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA.....	77
NUTRICIONISTAS	77
MATERIALES DESECHABLES.....	77
MEDICAMENTOS PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL	77
SERVICIOS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN.....	77
TRATAMIENTO CONTRA LA CAÍDA DEL CABELLO O PARA SU CRECIMIENTO	78
SERVICIOS POR INFERTILIDAD	78
CUIDADO INTERMEDIO	78
LOS ARTÍCULOS Y SERVICIOS QUE NO SON PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.....	78
ARTÍCULOS Y SERVICIOS PARA CORREGIR DEFECTOS DE REFRACCIÓN DEL OJO	78
ANTICONCEPTIVOS PARA HOMBRES.....	78
LA TERAPIA DE MASAJES Y LOS TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS	79
NUTRICIÓN ORAL.....	79
SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIVADA DE ENFERMERÍA	79
SERVICIOS Y ARTÍCULOS DE ATENCIÓN PODOLÓGICA DE RUTINA	79
SERVICIOS NO APROBADOS POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS.....	79
SERVICIOS PROPORCIONADOS POR PERSONAS QUE NO TIENEN LICENCIA	79
SERVICIOS RELACIONADOS CON UN SERVICIO NO CUBIERTO.....	79
MADRE SUSTITUTA	80
DISFUNCIÓN SEXUAL	80
GASTOS DE VIAJE Y ALOJAMIENTO.....	80
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	80
DEFINICIONES (APLICABLES A ESTA CLÁUSULA DE COB).....	80
ORDEN DE LAS REGLAS DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS	82
EFFECTO EN LOS BENEFICIOS DE ESTE PLAN	84
DERECHO A RECIBIR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN NECESARIA.....	84
CENTRO DE PAGO	84
DERECHO DE RECUPERACIÓN	85
DISPUTAS DE COORDINACIÓN.....	85
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS.....	85
INDEMNIZACIÓN AL TRABAJADOR	85
RENOVACIÓN Y FINALIZACIÓN	86
¿CÓMO SE RENUEVA MI COBERTURA DE MOLINA HEALTHCARE?	86
CAMBIOS EN PRIMAS, DEDUCIBLES, COPAGOS Y	86
¿CUÁNDO TERMINA MI MEMBRESÍA EN MOLINA HEALTHCARE? (FINALIZACIÓN DE SERVICIOS CUBIERTOS)	86
PAGOS DE PRIMAS Y FINALIZACIÓN POR FALTA DE PAGO	88
AVISOS/FINALIZACIÓN DE LA PRIMA POR FALTA DE PAGO DE PRIMAS.....	88
AVISO DE FINALIZACIÓN	88
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	89
¿CUÁLES SON MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE MOLINA HEALTHCARE?	89
SUS DERECHOS.....	89
SUS RESPONSABILIDADES	90
PARTICIPE ACTIVAMENTE EN SU ATENCIÓN MÉDICA	90
APROVECHE AL MÁXIMO LAS CONSULTAS AL MÉDICO.....	90
VISITE A SU DOCTOR CUANDO ESTÉ ENFERMO	90

SERVICIOS DE MOLINA HEALTHCARE	91
MOLINA HEALTHCARE MEJORA CONTINUAMENTE LOS SERVICIOS	91
COMITÉ DE PARTICIPACIÓN DEL MIEMBRO	91
LA PRIVACIDAD DE SU ATENCIÓN MÉDICA	91
TECNOLOGÍA NUEVA	91
¿QUÉ DEBO PAGAR?	91
¿QUÉ OCURRE SI HE PAGADO UNA FACTURA O UNA RECETA MÉDICA? (DISPOSICIONES SOBRE REEMBOLSOS)	92
¿CÓMO PAGA MOLINA HEALTHCARE MI ATENCIÓN DE SALUD?	92
¿HABLA OTRO IDIOMA QUE NO SEA INGLÉS?	92
SERVICIOS CULTURALES Y LINGÜÍSTICOS	93
QUEJAS Y APELACIONES	93
¿QUÉ ES UNA QUEJA O RECLAMO?	93
¿QUÉ PASA SI TENGO UNA QUEJA O UN RECLAMO?	93
REVISIÓN ACCELERADA	94
REVISIÓN DE EXCEPCIÓN EXTERNA QUE NO ESTÁ EN EL FORMULARIO	94
DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA	94
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE	95
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE POR NEGACIÓN DE TERAPIAS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN	96
ARBITRAJE VINCULANTE	96
DISPOSICIONES VARIAS	98
ACTOS FUERA DEL CONTROL DE MOLINA HEALTHCARE	98
RENUNCIA	98
NO DISCRIMINACIÓN	98
DONACIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS	98
ASIGNACIÓN	99
LEY VIGENTE	99
INVALIDEZ	99
AVISOS	99
PROGRAMA WELLNESS	99
PROGRAMAS DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD DE NIVEL 1	99
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES	100
SU GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA DE ATENCIÓN MÉDICA	102
ANEXO DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS	103

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA

PROGRAMA DE BENEFICIOS

Molina Silver 70 HMO AI-AN

ESTA TABLA TIENE COMO FIN AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA Y SÓLO REPRESENTA UN RESUMEN. EL ACUERDO Y LA COMBINACIÓN DE EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE MOLINA HEALTHCARE SE DEBEN CONSULTAR PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES.

A excepción de los servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente fuera del área, debe recibir los servicios cubiertos por parte de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no estarán cubiertos. Será absolutamente responsable del pago, y los pagos no aplicarán para el máximo de gastos de su bolsillo. Sin embargo, puede recibir servicios de un proveedor no participante para servicios de emergencia, para servicios de atención médica urgente fuera del área, y para las excepciones descritas en la sección de este Contrato titulada “¿Qué sucede si no hay un proveedor participante para prestar un servicio cubierto?”.

Los indígenas americanos tienen un costo compartido de \$0 cuando los servicios cubiertos son prestados por Servicios de Salud para Indígenas Americanos, una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o mediante la remisión a servicios de salud contratados.

Tipo de deducible		Con los proveedores participantes, usted paga
Deducible médico		
Individuo		\$2,500
Familia de 2 o más integrantes		\$5,000
Deducible del medicamento recetado		
Individuo		\$200
Familia de 2 o más integrantes		\$400
Servicios dentales pediátricos deducibles		\$0

Máximo anual de gastos de su bolsillo ¹	usted paga
Individuo	\$7,550
Familia de 2 o más integrantes	\$15,100

¹ Los servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente médicamente necesarios prestados por proveedores no participantes aplicarán para su máximo de gastos de su bolsillo anual.

Servicios de atención de emergencia y de urgencia**		usted paga
Sala de emergencias²	\$350	Copago por consulta; no se paga si es internado.
Médico de emergencia²		Sin cargo
Cuidado urgente	\$40	Copago por consulta

² El costo combinado del centro y del médico en la sala de emergencias no se aplica si se lo interna directamente en el hospital para recibir servicios de internación (consulte la sección Servicios hospitalarios para pacientes internados para conocer sus costos compartidos).

Servicios ambulatorios profesionales ³		Con los proveedores participantes, usted paga	
Visitas al consultorio ⁴			
Atención médica preventiva (incluye examen prenatal, preconcepción y primer examen posparto)	Sin cargo		
Atención médica primaria	\$40	Copago por consulta	
Atención con otros proveedores médicos	\$40	Copago por consulta	
Atención con médicos especialistas	\$80	Copago por consulta	
Servicios de habilitación	\$40	Copago	
Servicios de rehabilitación	\$40	Copago	
Servicios de salud mental/conductual y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias			
Visita al consultorio	\$40	Copago por consulta	
Otros artículos y servicios	\$40	Copago por consulta	
Planificación familiar	Sin cargo		
Servicios dentales pediátricos (únicamente para miembros menores de 19 años) (Para obtener una lista completa de los costos compartidos, refiérase al Apéndice de servicios dentales pediátricos).			
Examen bucal, limpieza preventiva, radiografías, sellador dental, aplicación de fluoruro, espaciadores - Permanente	Consulte el Apéndice de servicios dentales pediátricos.		
Ortodoncia - Medicamento necesaria			
Servicios para la vista pediátricos (únicamente para miembros menores de 19 años) en			
Examen de la vista (incluye dilatación)	Sin cargo		
Anteojos recetados (marcos y lentes) (limitado a un par de anteojos recetados una vez cada 12 meses)			
Examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación): <ul style="list-style-type: none">Los ajustes estándar y premium están totalmente cubiertos. Materiales: <ul style="list-style-type: none">Lentes de contacto con receta cubiertos con un suministro mínimo para tres meses en cualquiera de las siguientes modalidades:<ul style="list-style-type: none">Estándar (un par al año)Mensual (suministro para seis meses)Quincenal (suministro para tres meses)Diario (suministro para tres meses)Los lentes de contacto sustituyen las monturas y los lentes. Los miembros pueden elegir cualquier material disponible para lentes de contacto con receta.			

³ Recuerde que si se atiende en una clínica hospitalaria, es posible que se apliquen costos compartidos ambulatorios en un hospital.

⁴ Para servicios de laboratorio y radiografías de diagnóstico provistas en el consultorio del PCP o del especialista, en la misma fecha de servicio que la consulta en consultorio del PCP o especialista, usted solo será responsable por el monto de costo compartido aplicable para la consulta. El costo compartido de laboratorio y radiografías, tal como se muestra en el Programa de beneficios, se aplicará si los servicios son prestados por un proveedor participante en otra ubicación, aunque sea en el mismo día de la visita al consultorio.

Servicios de atención médica ambulatoria en un hospital/centro		
Con los proveedores participantes, usted paga		
Cirugía para pacientes ambulatorios y otros procedimientos		
Profesional (servicios quirúrgicos y no quirúrgicos)	20%	Coseguro
Establecimiento (servicios quirúrgicos y no quirúrgicos)	20%	Coseguro
Servicios de exploración especializada (tomografía computarizada, tomografía de emisión de positrones, resonancia magnética) ⁵	\$300	Copago
Servicios de radiología	\$75	Copago
Pruebas de laboratorio	\$35	Copago
Servicios de salud mental/conductual y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (servicios profesionales y servicios en centros)		
Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios	\$40	Copago
Tratamiento de salud conductual para trastorno de espectro del autismo (ASD, por sus siglas en inglés)	\$40	Copago

⁵ A menos que los servicios de exploración especializada se lleven a cabo mientras está en un centro para pacientes internados, se aplicará el monto del costo compartido indicado para estos servicios.

Servicios hospitalarios para pacientes internados		
Con los proveedores participantes, usted paga		
Tarifa del hospital (p. ej.: habitación de hospital) <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica / cirugía • Atención de maternidad • Servicios ambulatorios de salud mental y conductual • Trastorno de abuso de sustancias 	20%	Coseguro, rige el deducible
Tarifa profesional del médico/cirujano	20%	Coseguro
Centro de enfermería especializada (limitado a 100 días por período de beneficios) ⁶	20%	Coseguro, rige el deducible
Cuidados paliativos	Sin cargo	

⁶ Estos servicios deben ser proporcionados por un centro de enfermería especializada proveedor participante.

Cobertura de medicamentos recetados⁷		
Con los proveedores participantes, usted paga		
Nivel 1	\$15	Copago, rige el deducible
Nivel 2	\$55	Copago, rige el deducible
Nivel 3	\$80	Copago, rige el deducible
Nivel 4	20%	Coseguro, hasta un máximo de \$250 por receta; rige el deducible
Medicamentos recetados de pedido por correo	Se ofrece un suministro de hasta 90 días en dos veces, el costo compartido de la receta médica de un mes.	

⁷ Consulte la sección **Cobertura de medicamentos recetados para obtener una descripción**. Costo compartido máximo de \$200 por un suministro de 30 días de medicamentos orales para quimioterapia; no se aplica el deducible. Tenga en cuenta que la reducción del costo compartido por cualquier medicamento recetado que usted obtenga a través del uso de una tarjeta o cupón de descuento provisto por un fabricante de medicamentos recetados no se aplicará para ningún deducible, o para su máximo anual de gastos de su bolsillo bajo su plan.

Servicios auxiliares		Con los proveedores participantes, usted paga
Equipo médico duradero	20%	Coseguro
Atención médica domiciliaria (limitada a 100 días por período de beneficios) ⁸	\$45	Copago
Transporte médico de emergencia (ambulancia) (Los servicios de emergencia médicamente necesarios están cubiertos para proveedores participantes y no participantes.)	\$250	Coseguro, rige el deducible
Transporte médico que no sea de emergencia (ambulancia)	\$250	Coseguro, rige el deducible

⁸ Los servicios deben ser facturados por una agencia de atención médica domiciliaria proveedora participante. Se podría aplicar un costo compartido diferente para otros servicios cubiertos prestados en un ámbito doméstico (por ej., medicamentos inyectables, equipo médico duradero, etc.).

Otros servicios		Con los proveedores participantes, usted paga
Servicios de diálisis	20%	Coseguro

El presente Contrato y Evidencia de cobertura y formulario de divulgación combinados, de Molina Healthcare of California, (también llamado “EOC” o “Contrato”) es emitido por Molina Healthcare of California, (“Molina Healthcare”, “Molina”, “nosotros” o “nuestro”), para el suscriptor o el miembro cuyas tarjetas de identificación se proporcionan con este Contrato. En consideración de las declaraciones realizadas en cualquier solicitud requerida y pago oportuno de las primas, Molina Healthcare acuerda prestar los servicios cubiertos, según se describe en este Acuerdo.

Este contrato, las enmiendas a este contrato y toda(s) la(s) solicitud(es) que se envíe(n) a Molina Healthcare o a Covered California para obtener cobertura según el presente Contrato, como la hoja de tarifas aplicables para este producto, se incorporan por referencia en este acuerdo y constituyen el contrato vinculante entre Molina Healthcare y el Suscriptor.

BIENVENIDO

¡Bienvenido a Molina Healthcare!

En Molina, lo ayudaremos a satisfacer sus necesidades médicas. **Contrato y Evidencia de cobertura y formulario de divulgación combinados** de Molina Healthcare of California

Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente al número de teléfono gratuito 1 (888) 858-2150, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., para obtener información cuando sea necesario.

Si usted es un miembro de Molina Healthcare, este Contrato le indica los servicios que puede recibir. Si está pensando en hacerse miembro de Molina Healthcare, este Contrato le puede ayudar a tomar una decisión. Puede llamar Molina Healthcare y solicitar una copia.

Molina Healthcare es un Plan de salud autorizado por Knox-Keene en California.

Podemos ayudarle a comprender este Acuerdo. Si tiene alguna pregunta acerca de cualquier disposición del presente Acuerdo, llámenos. Puede llamarnos si quiere saber más sobre Molina. Puede obtener dicha información en otro idioma, en letra grande, en audio o en braille. También puede llamarnos o escribirnos aquí:

Molina Healthcare of California

Centro de Apoyo al Cliente
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
1 (888) 858-2150
MolinaMarketplace.com

Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

INTRODUCCIÓN

Gracias por elegir a Molina Healthcare como su plan de salud.

A este documento se le llama "El acuerdo y combinación de evidencia de cobertura y formulario de divulgación de Molina Healthcare of California" (el "Acuerdo" o "EOC"). Este Contrato le informa cómo puede obtener servicios a través de Molina Healthcare. También establece los términos y las condiciones de cobertura conforme a este Contrato. Se indican sus derechos y responsabilidades como miembro de Molina. Se detalla cómo ponerse en contacto con Molina. Lea este Contrato de manera detenida y en su totalidad. Consérvela en un lugar seguro y de fácil acceso. Hay secciones para necesidades especiales de atención médica.

Molina está aquí para servirle.

Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Molina. Nuestro personal lo ayudará con gusto. Podemos ayudarlo con lo siguiente:

- Organizar los servicios de un intérprete
- Revisar el estado de la autorización previa.
- Seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP)
- A concertar una cita
- Realizar un pago.

También podemos escucharlo y responder cualquier pregunta o queja sobre el producto de Molina que haya adquirido.

Llámenos al número de teléfono gratuito 1 (888) 858-2150 entre las 8:00 a. m. y las 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

Llámenos si se muda del domicilio que tenía al inscribirse en Molina o si cambia los números telefónicos.

SU PRIVACIDAD

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Molina Healthcare utiliza y comparte su información para proporcionarle beneficios de salud. Molina Healthcare quiere informarle cómo se utiliza o comparte su información.

Su información médica protegida

PHI significa *información médica protegida*. PHI es la información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores que Molina Healthcare utiliza o comparte.

¿Por qué Molina Healthcare utiliza o comparte la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de nuestros miembros?

- Para proveerle tratamiento.
- Para pagar por su atención médica.
- Para supervisar la calidad de la atención médica que recibe.
- Informarle sus opciones de atención,
- Para administrar nuestro plan de salud.
- Para utilizar o compartir la PHI con otros fines, según lo exige o permite la ley.

¿Cuándo necesita Molina Healthcare su autorización por escrito (aprobación) para utilizar o compartir su PHI?

Molina Healthcare necesita su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI para cualquier propósito no enumerado anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Ver su PHI.
- Obtener una copia de su PHI.
- Modificar su PHI.
- Solicitarnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras.
- Obtener una lista de ciertas personas o instituciones a las que les hemos dado su PHI.

¿Cómo protege Molina Healthcare su PHI?

Molina Healthcare hace uso de varias maneras para proteger la PHI en nuestro plan de salud. Esto incluye PHI en forma escrita, oral o virtual. A continuación, figuran algunas maneras en las que Molina Healthcare protege la PHI:

- Molina Healthcare tiene políticas y reglas para proteger su PHI.
- Molina Healthcare limita las personas que pueden ver la PHI. Solo el personal de Molina Healthcare con una necesidad de conocer la PHI puede usarla.
- El personal de Molina Healthcare está capacitado sobre cómo proteger y resguardar la PHI.
- El personal de Molina Healthcare debe aceptar por escrito cumplir con las reglas y políticas que protegen y resguardan la PHI.
- Molina Healthcare resguarda la PHI en nuestras computadoras. Se mantiene la privacidad de la PHI almacenada en nuestras computadoras a través del uso de cortafuegos y contraseñas.

Lo que antecede es meramente un resumen. Nuestra notificación de las normas de privacidad tiene más información acerca de cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestra notificación de las normas de privacidad se encuentra en la siguiente sección de este Contrato y en nuestro sitio web MolinaMarketplace.com. También puede obtener una copia de nuestra notificación de las normas de privacidad llamando a nuestro Centro de Apoyo al Cliente al 1 (888) 858-2150.

NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDADMOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALA ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of California, (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”) utiliza y comparte información médica protegida sobre usted para proporcionarle beneficios de salud. Utilizamos y compartimos su información para efectuar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su información por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos la obligación de mantener su información médica privada y respetar las condiciones de este aviso. La fecha de vigencia de esta notificación es el 1 ° de enero de 2015.

PHI es la sigla en inglés que significa "información médica protegida". La PHI constituye la información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores que Molina Healthcare utiliza o comparte.

¿Por qué Molina Healthcare utiliza o comparte su PHI?

Utilizamos o compartimos su PHI para proporcionarle los beneficios de atención médica. Su PHI se utiliza o comparte para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

Para tratamiento

Molina Healthcare puede utilizar o compartir su PHI para proporcionarle o coordinar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto le ayuda al especialista a analizar su tratamiento con su médico.

Para el pago

Molina Healthcare puede utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a los pagos. Esto puede incluir reclamos, aprobaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidad médica. Su nombre, afección, tratamiento y los suministros utilizados pueden aparecer en la factura. Por ejemplo, podríamos informar a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Además, le informaríamos al médico el monto de la factura que nosotros pagaríamos.

Para operaciones de atención médica

Molina Healthcare puede utilizar o compartir su PHI para procurar los servicios de nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamo para hacerle saber acerca de un programa de salud que podría ayudarle. Asimismo, podemos utilizar o compartir su PHI para resolver las preocupaciones de los miembros. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen las reclamaciones correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias, como, por ejemplo:

- mejoramiento de calidad;
- medidas en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como el asma);
- realización o facilitación de revisiones médicas;
- servicios legales, incluido el fraude o la detección de abuso y programas de enjuiciamiento;
- acciones que nos permiten cumplir con la ley;
- respuesta a las necesidades de los miembros, incluida la resolución de quejas y querellas.

Compartiremos su PHI con otras compañías ("**socios comerciales**") que realicen diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. También podemos utilizar su PHI para brindarle recordatorios de sus citas. Podemos utilizar su PHI para proporcionarle información sobre tratamientos adicionales u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

¿Cuándo puede Molina Healthcare utilizar o compartir su PHI sin obtener su autorización (aprobación) por escrito?

La ley le permite o exige a Molina Healthcare utilizar y compartir su PHI con varios otros propósitos, como los siguientes:

Exigido por la ley

Utilizaremos o compartiremos su información, según lo exija la ley. Compartiremos su PHI cuando la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) lo exija. Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud pública

Su PHI se puede utilizar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a los organismos de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de la atención médica

Su PHI puede ser utilizada o compartida con organismos gubernamentales. Pueden necesitar su PHI para realizar auditorías.

Investigación

En ciertos casos, se puede utilizar o compartir su PHI para llevar a cabo investigaciones.

Cumplimiento de la ley

Su PHI se puede utilizar o compartir con la policía para ayudar a encontrar a un sospechoso, testigo o persona desaparecida.

Salud y seguridad

Se puede compartir su PHI para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Se puede compartir su PHI con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del presidente.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o negligencia.

Indemnización al trabajador

Su PHI se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de Indemnización al trabajador.

Otros tipos de divulgación

Se puede compartir su PHI con directores de funerarias o médicos forenses para ayudarlos a cumplir con su trabajo.

¿Cuándo necesita Molina Healthcare su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI?

Molina Healthcare necesita su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI para un propósito distinto a aquellos enumerados en esta notificación. Molina necesita su autorización antes de divulgar su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones con fines comerciales; y (3) usos y divulgaciones que implican la venta de la PHI. Usted

puede cancelar una autorización por escrito que nos haya otorgado. Su cancelación no se aplicará a las acciones que ya hayamos realizado como resultado de la autorización que nos había otorgado.

¿Cuáles son sus derechos respecto a la información de salud?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI (compartir su PHI)**
Puede pedirnos que no compartamos su PHI para efectuar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede solicitar que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas que usted nombre y que estén involucrados en su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina Healthcare para presentar la solicitud.
- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**
Puede pedirle a Molina Healthcare que le proporcione su PHI de una manera determinada o en cierto lugar para mantener privada su PHI. Cumpliremos con solicitudes razonables, si nos informa cómo podría poner en riesgo su vida la divulgación de toda o parte de su PHI. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina Healthcare para presentar la solicitud.
- **Revisar y obtener una copia de su PHI**
Tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esto puede incluir los registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, reclamos u otras decisiones como miembro de Molina Healthcare. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina Healthcare para presentar la solicitud. Podemos cobrarle un cargo razonable por la copia y el envío de estos registros. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*
- **Enmendar su PHI**
Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto solo incluye aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina Healthcare para presentar la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo en caso de que deneguemos la solicitud.
- **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (compartir su PHI)**
Usted puede pedirnos que le demos una lista de terceros con los que compartimos su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida según lo siguiente:
 - destinada a tratamientos, pagos o funciones de atención médica;
 - destinada a personas respecto de su propia PHI;
 - la que se comparte con su autorización;
 - la relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable;
 - que forma parte de un conjunto limitado de datos, conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si la solicita más de una vez en un período de 12 meses. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina Healthcare para presentar la solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de esta Notificación. Llame a nuestro Centro de Apoyo al Cliente al 1 (888) 858-2150.

¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?

Puede quejarse ante Molina Healthcare y el Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se violaron sus derechos de privacidad. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Su cuidado de la salud y los beneficios no cambiarán de ninguna manera.

Puede presentar su reclamación en:

Centro de Apoyo al Cliente
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
1 (888) 858-2150

Usted puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
50 United Nations Plaza - Room 322
San Francisco, CA 94102
1-415-437-8310; 1-415-437-8311 (TDD)
FAX 1-415-437-8329

¿Cuáles son las obligaciones de Molina Healthcare?

Molina Healthcare tiene la obligación de:

- Debe mantener su PHI en forma privada.
- Debe proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso sobre nuestras obligaciones y normas de privacidad en relación con su PHI.
- Debe proporcionarle un aviso en el caso de producirse una violación a su PHI desprotegida.
- No puede usar ni divulgar su información genética para fines de suscripción.
- Debe cumplir con las condiciones de este aviso.

Esta Notificación está sujeta a modificaciones.

Molina Healthcare se reserva el derecho de modificar en cualquier momento sus normas relacionadas con la información y los términos de este aviso. Si lo hacemos, los nuevos términos y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación significativa, Molina publicará el aviso enmendado en nuestra página web y enviará el aviso enmendado o información acerca de las modificaciones significativas y cómo obtener el aviso enmendado en nuestra siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos por Molina.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la siguiente oficina:

Centro de Apoyo al Cliente
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Teléfono: 1 (888) 858-2150

AYUDA PARA LOS MIEMBROS DE MOLINA HEALTHCARE QUE NO HABLAN INGLÉS

Como miembro de Molina Healthcare, usted tiene acceso a servicios de interpretación las 24 horas. No es necesario que un menor de edad, amigo o familiar le sirva como tal. Es posible que tenga algo para decir y que no quiera compartir con un menor, un amigo o un miembro de la familia. Recurrir a un intérprete puede ser mejor para usted.

Si Molina Healthcare tiene información errónea sobre sus necesidades en cuanto al idioma, llame al número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente al 1 (888) 858-2150.

Llámenos si tiene alguna pregunta.

Número telefónico gratuito del Centro de Apoyo al Cliente: 1 (888) 858-2150

Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

Si necesita ayuda para entender la información de este documento en su idioma, llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare al 1 (888) 858-2150

DEFINICIONES

Algunas de las palabras que se usan en este Contrato no presentan su significado habitual. Los planes de salud emplean estas palabras de una manera especial. Cuando usamos una palabra con un significado especial en solo una sección de este Contrato, explicamos lo que significa en esa sección. Las palabras con un significado especial utilizadas en cualquier sección de este Contrato se explican en la sección “Definiciones”.

Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio: es la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act) de 2010, modificada por la Ley de Conciliación de Seguro Médico y Educación (Health Care and Education Reconciliation Act) de 2010, junto con las regulaciones federales de implementación de esta ley y las directrices normativas vinculantes promulgadas por los entes reguladores federales.

“Cantidad autorizada” es el monto máximo que pagará Molina por un servicio cubierto menos el costo compartido que deban pagar los miembros.

Servicios obtenidos de un proveedor participante: Esto significa la tarifa contratada para dicho servicio cubierto.

Servicios de emergencia y servicios de transporte para emergencias de un proveedor no participante: Excepto disposición contraria contemplada en la ley o conforme a lo acordado entre el proveedor no participante y Molina, la cantidad autorizada será el valor más alto de lo siguiente: 1) la tarifa contratada promedio de Molina por dichos servicios; 2) el 100 % de la tarifa publicada de Medicare por dichos servicios; o 3) el método usual y habitual de Molina para determinar el pago por dichos servicios.

Todos los otros Servicios cubiertos prestados por un proveedor no participante conforme a este Acuerdo: Esto significa el valor más bajo de lo siguiente: 1) la tarifa contratada promedio de Molina por dicho servicio; 2) el 100 % de la tarifa publicada de Medicare por dicho servicio; 3) la tarifa usual y habitual de Molina por dicho servicio; o 4) una cantidad negociada por el proveedor no participante y Molina.

“Máximo anual de gastos de su bolsillo” (también llamado **“OOPM”**, por sus siglas en inglés) es la cantidad máxima de costos compartidos que usted tendrá para pagar por servicios cubiertos en un año natural. En su Programa de beneficios, se detallará la cantidad de OOPM. Los costos compartidos incluyen los pagos que haga de cualquier deducible, copago o coseguro.

Las sumas que paga por servicios que no son servicios cubiertos en virtud de este Contrato no se tomarán en cuenta para el OOPM.

El Programa de beneficios podría especificar la cantidad de OOPM para cada individuo afiliado según este Contrato y una cantidad de OOPM separada para toda la familia en caso de que haya dos o más miembros afiliados. Cuando hay dos o más miembros afiliados según este Contrato:

- 1) Se satisfará el OOPM individual, con respecto al suscriptor o a un dependiente particular, cuando esa persona alcance la cantidad de OOPM individual.
- 2) O se cubrirá el OOPM familiar cuando sus costos compartidos familiares alcancen la cantidad de OOPM familiar.

Una vez que el total de costos compartidos del suscriptor o de un dependiente particular alcanza la cantidad de OOPM individual, pagaremos el 100 % de los cargos por los servicios cubiertos para ese individuo durante el resto del año natural. Una vez que los costos compartidos de dos o más miembros de su familia alcancen la cantidad de OOPM, pagaremos el 100 % de los cargos de los servicios cubiertos durante el resto del año natural para usted y cada miembro de su familia.

“Cobertura solo para niños” se refiere a la cobertura conforme a este Contrato que contrata un adulto responsable para brindar beneficios de cobertura para solo para menores de 21 años.

Coseguro: es un porcentaje de los cargos por los Servicios cubiertos que debe pagar cuando recibe dichos servicios cubiertos. El monto del coseguro se calcula como un porcentaje de las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el proveedor participante. Los coseguros se describen en el Programa de beneficios. Algunos de los servicios cubiertos no tienen coseguro y pueden estar sujetos a un copago o deducible.

Copago: monto específico en dólares que debe pagar cuando recibe los Servicios cubiertos. Los copagos se describen en el Programa de beneficios. Algunos de los servicios cubiertos no tienen un copago y pueden estar sujetos a un deducible o coseguro.

Costos compartidos: es el deducible, copago o coseguro que debe pagar por los Servicios cubiertos en virtud de este Acuerdo. La suma de costo compartido que deberá pagar para cada tipo de servicio cubierto está descrita en el Programa de beneficios y al inicio de este Contrato.

“**Covered California**” es un programa público independiente para ayudar a los residentes de California a adquirir cobertura para atención médica por parte de las compañías de seguros y planes de salud, tales como Molina Healthcare.

“**Servicios cubiertos**” son los servicios de atención médica, incluidos los suministros y medicamentos recetados, que usted tiene derecho a recibir por parte de Molina conforme a este Contrato. Los servicios cubiertos incluyen todos los servicios básicos de atención médica que sean médicamente necesarios y los beneficios de salud esenciales (EHB), en cumplimiento normativo con la ley estatal y federal.

Deducible: es el monto que debe pagar en un año natural por los Servicios cubiertos que recibe antes de que Molina Healthcare cubra dichos servicios con el correspondiente copago o coseguro. La suma que usted paga por su deducible se basa en las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el proveedor participante. Los deducibles se describen en el Programa de beneficios al principio de este Contrato.

Consulte el Programa de beneficios para saber qué servicios cubiertos están sujetos al deducible y la suma del deducible. Su producto podría tener sumas de deducibles separadas por los servicios cubiertos especificados. Si este es el caso, las sumas pagadas para cubrir un tipo de deducible no pueden usarse para cumplir con otro tipo de deducible.

Cuando Molina Healthcare cubre servicios “sin costo” sujeto al deducible y no haya alcanzado la suma de su deducible, usted deberá pagar los cargos por los servicios. Los servicios médicos preventivos cubiertos por el presente Contrato que están incluidos en los beneficios de salud esenciales no tienen ningún costo de deducible ni otros costos compartidos cuando a dichos servicios los brinda un proveedor participante.

Puede haber un deducible que se incluye para un miembro individual y un deducible para toda la familia. Si usted es un miembro en una familia de dos o más miembros, alcanzará el deducible:

- Cuando alcance el deducible para el miembro individual.
- Cuando su familia alcance el deducible para la familia.

Por ejemplo, si alcanza el deducible para el miembro individual, usted pagará el correspondiente copago o coseguro por los servicios cubiertos durante el resto del año natural, pero todos los otros miembros de su familia deben continuar pagando para cubrir el deducible hasta que su familia llegue al deducible de la familia.

“Dependiente” se refiere a un miembro que cumple con los requisitos de elegibilidad como dependiente, según se describe en este Contrato.

“Formulario de medicamentos” es la lista de medicamentos autorizados por Molina Healthcare que los médicos pueden solicitar para usted.

Equipo médico duradero (DME): es el equipo médico que cumple un fin médico y que fue diseñado para un uso regular. Por lo general, el DME no sirve en caso de no padecer una enfermedad o lesión, y no incluye accesorios que sean, básicamente, para su conveniencia o comodidad. Por ejemplo (entre otros): equipo para oxígeno, monitores de glucosa en sangre, monitores de apnea, máquinas nebulizadoras, bombas de insulina, sillas de ruedas y muletas.

“Emergencia” o “Condición médica de emergencia” significa la aparición repentina de una condición médica aparente que se manifiesta por signos y síntomas de gravedad suficiente. Se incluye el dolor grave que, por la ausencia de una atención médica inmediata, una persona podría esperar de forma razonable que resulte en lo siguiente:

- Poner la salud del miembro en grave peligro.
- Problemas graves de las funciones corporales
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo
- Desfiguración de la persona.

Una condición médica de emergencia también incluirá los exámenes de detección y evaluaciones por parte de un médico (u otro personal al grado que lo permite la legislación aplicable y dentro del alcance de su licencia o de sus privilegios) para determinar si existe una condición médica de emergencia psiquiátrica. Una condición médica de emergencia psiquiátrica se refiere a un trastorno mental que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad y que hace que el paciente:

- Represente un peligro inmediato para su persona o para otros.
- No pueda proporcionar o utilizar alimentos, refugio o abrigo debido al trastorno mental.

Los servicios y la atención de emergencia no estarán cubiertos si no solicitó servicios y atención de emergencia, y debería haber sabido razonablemente que no existía una emergencia.

“Servicios de emergencia” o “Atención y servicios de emergencia” se refiere a exámenes de detección y evaluaciones realizadas por un médico o cirujano, o al grado que lo permita la legislación aplicable, por otras personas adecuadas y autorizadas con la supervisión de un médico o cirujano, para determinar si existe una condición médica de emergencia o un trabajo de parto activo y, de ser así, la atención, el tratamiento y la cirugía, si está contemplado por la licencia de esa persona, necesarios para aliviar o eliminar la condición médica de emergencia, dentro de las posibilidades del centro. Los servicios y la atención de emergencia no estarán cubiertos si no solicitó servicios y atención de emergencia, y debería haber sabido razonablemente que no existía una emergencia.

“Servicios de emergencia” o “Atención y servicios de emergencia” también se refiere a exámenes de detección y evaluaciones adicionales realizadas por un médico u otro personal al grado que lo permita la legislación aplicable y dentro de lo contemplado por su licencia y de sus privilegios clínicos, para determinar si existe una condición médica de emergencia psiquiátrica, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar dicha condición médica de emergencia psiquiátrica, dentro de las posibilidades del centro. La atención y el tratamiento, necesarios para aliviar o eliminar la condición médica de emergencia psiquiátrica, pueden incluir la admisión o el traslado a una unidad psiquiátrica dentro de un hospital general de atención aguda o a un hospital psiquiátrico de tratamientos intensivos, según lo defina la legislación estatal. Los servicios y la atención de emergencia no estarán cubiertos si no solicitó servicios y atención de emergencia, y debería haber sabido razonablemente que no existía una emergencia.

Beneficios de salud esenciales (EHB): se refiere a un conjunto estandarizado de beneficios de salud esenciales que Molina Healthcare debe ofrecerle a usted o a sus dependientes, según lo contemplado por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los Beneficios de salud esenciales cubren, por lo menos, las siguientes 10 categorías de beneficios:

- Atención para pacientes ambulatorios
- servicios de emergencia;
- Hospitalización
- atención de maternidad y del recién nacido;
- Servicios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias. Esto incluye el tratamiento de la salud conductual
- Medicamentos recetados
- servicios y dispositivos de rehabilitación y de recuperación de habilidades;
- servicios de laboratorio;
- servicios médicos preventivos y de bienestar, y control de enfermedades crónicas;
- Servicios pediátricos, que incluyen cuidado dental* y cuidado para la vista para los miembros menores de 19 años.

“Experimental o en investigación” significa cualquier servicio médico, incluidos los procedimientos, medicamentos, centros y dispositivos que, según la determinación de Molina Healthcare, no han demostrado ser seguros ni efectivos en comparación con los servicios médicos convencionales.

“Urgente” significa que un miembro padece una afección de salud que puede poner en grave riesgo su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función al máximo, o cuando un miembro sigue un curso de tratamiento actual con un medicamento que no está en el formulario.

“Medicamento Necesario” o “Necesidad Médica” se refiere a los servicios de atención médica que un médico, al ejercer su juicio clínico prudente, proporcionaría a un paciente para prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas: Esos servicios deben estar en conformidad con los estándares de prácticas generalmente aceptados; deben ser clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración, y deben considerarse efectivos para la enfermedad, lesión o dolencia del paciente, y no especialmente para la conveniencia del paciente o el proveedor. Para estos propósitos, "estándares generalmente aceptados" significa estándares basados en evidencia científica creíble, publicados en la bibliografía médica revisada por pares y generalmente reconocida por la comunidad médica relevante, por recomendaciones de la sociedad de médicos especializados, las opiniones de médicos que ejercen en áreas clínicas relacionadas y cualquier otro factor que corresponda al caso. Para estos propósitos, "proveedor" significa un proveedor médico matriculado, de salud mental, especializado en abuso de sustancias o de servicios dentales competente para evaluar los problemas clínicos específicos del paciente; o un proveedor calificado de servicios de autismo que esté matriculado, certificado o autorizado por las leyes de California.

“Molina Healthcare of California” (“Molina Healthcare” o “Molina”) es la corporación autorizada para proporcionar los servicios hospitalarios y la atención médica de pago anticipado conforme a la ley del Plan de servicio de atención médica Knox-Keene de 1975 y que tienen contrato con Covered California. Este Contrato algunas veces se refiere a Molina Healthcare of California como "nosotros" o "nuestro".

"Contrato y Evidencia de cobertura y formulario de divulgación combinados de Molina Healthcare of California" significa este folleto, que contiene información acerca de sus beneficios. También se denomina la **“EOC”** o el **“Contrato”**.

“Miembro” (también **“Usted”** o **“Su”**) se refiere a una persona que es elegible y está inscrita, conforme al presente Contrato, y por quien hemos recibido las primas correspondientes. El término incluye a un dependiente o suscriptor, a menos que el suscriptor sea un adulto responsable (el padre o tutor legal) que solicita la cobertura solo para niños conforme a este Contrato en nombre de un menor de 21 años. En tal caso, el suscriptor será responsable de realizar los pagos de la prima y costos compartidos en nombre del miembro y actuará como su representante legal en conformidad con este producto, pero no será el miembro.

“Proveedor no participante” se refiere a los médicos, hospitales y otros proveedores que no han celebrado contratos para proporcionar servicios cubiertos a los miembros.

“Tocoginecólogo” (también **“obstetra ginecólogo”**) se refiere a un médico que es elegible o que está autorizado por el Consejo Médico de Obstetras y Ginecólogos de los Estados Unidos o por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos Osteópatas.

“Otro proveedor médico” se refiere a los proveedores participantes que proporcionan servicios cubiertos a los miembros según el alcance de su licencia, pero que no son médicos de atención primaria ni especialistas.

“Proveedor participante” se refiere a los proveedores, incluyendo hospitales y médicos, que están contratados por Molina Healthcare para proporcionar servicios cubiertos a los miembros a través de este producto ofrecido y vendido por medio de Covered California.

Primas: son los cargos periódicos de membresía pagados por cada miembro o en nombre de ellos. Las primas son adicionales a los costos compartidos.

“Proveedor de atención primaria” o **“PCP”** es el médico que se ocupa de sus necesidades de atención médica. Su PCP tiene su historia clínica. Su PCP se asegura de que usted obtenga los servicios de atención médica necesarios. Un PCP puede remitirlo a especialistas u otros servicios. Un PCP puede ser uno de los siguientes tipos de médicos:

- Médico de familia o de medicina general que, por lo general, puede atender a toda la familia.
- Médico de medicina interna que, por lo general, solo atenderá adultos y niños mayores de 14 años.
- Pediatra atiende a niños, desde recién nacidos hasta los 18 o 21 años.
- Obstetras y ginecólogos (OB/GYN).
- Una asociación de práctica individual (IPA) o un grupo de médicos autorizados que brindan servicios de atención médica primaria a través del PCP

“Autorización previa” implica la determinación previa de Molina respecto de la necesidad médica de los servicios cubiertos antes de que el miembro reciba los servicios.

“Remisión” se refiere al proceso a través del cual el PCP del miembro le indica que consulte y reciba los servicios cubiertos de otros proveedores.

“Área de servicio” es el área geográfica de California en donde Molina Healthcare ha sido autorizado por el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC, por sus siglas en inglés), para comercializar productos individuales vendidos a través de Covered California, inscribir miembros que obtienen cobertura a través de Covered California y brindar beneficios a través de los productos de atención médica individual vendidos a través de Covered California.

“Especialista” es un médico con licencia, autorizado o calificado por el Consejo Médico que ha celebrado un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros.

Cónyuge: el esposo o la esposa legal del suscriptor. Para propósitos de este Contrato, el término **“Cónyuge”** incluye al cónyuge del mismo sexo del suscriptor, si el suscriptor y su cónyuge son una pareja

que cumplen con todos los requisitos de la sección 308(c) del código de la familia de California, o a la pareja doméstica registrada del suscriptor que cumple con todos los requisitos de las secciones 297 o 299.2 del código de la familia de California.

Suscriptor: puede tener una de las siguientes acepciones:

- Una persona residente de California, que cumple con los requisitos de elegibilidad de este Contrato, que está afiliado y aceptado por Molina como suscriptor, y que ha mantenido la membresía con Molina según las condiciones de este Contrato.
- Un adulto responsable (el padre o tutor legal) que solicita la cobertura únicamente para menores conforme a este Contrato en representación de un menor de 21 años, en cuyo caso el suscriptor será responsable de efectuar los pagos de la prima y los costos compartidos del miembro, y actuará como el representante legal del miembro de conformidad con este Contrato.

En todo este Contrato, “Usted” y “Su” pueden utilizarse para referirse a un miembro o suscriptor, según lo exija el contexto.

“Servicios de telemedicina y telesalud”:

- Prestación de Servicios cubiertos por un proveedor participante a través de tecnologías de conferencia por audio y video que permiten la comunicación entre el miembro, en el lugar de origen, y el proveedor participante, en un lugar remoto, lo cual permite el diagnóstico o el tratamiento de Servicios cubiertos.
- La comunicación no incluye el contacto en persona entre el miembro y el proveedor participante. Durante la consulta virtual, el miembro puede recibir apoyo en persona en el lugar de origen a través de otro personal médico que le ayude con el equipo técnico y la comunicación con el proveedor participante.
- Los servicios pueden incluir la transmisión digital y la evaluación de la información clínica del paciente cuando el proveedor y el paciente no están en la red al mismo tiempo. El proveedor participante puede recibir la información médica del miembro a través de telecomunicaciones sin interacción en vivo, para revisarla más tarde (a menudo referida como tecnología de "almacenamiento y reenvío"). Requisito: Cuando se usa la tecnología de “almacenamiento y reenvío”, todos los servicios cubiertos deben incluir una visita al consultorio en persona para determinar el diagnóstico y el tratamiento.

“Servicios de atención médica urgente” se refiere a los servicios de atención médica médicamente necesarios, que se proporcionan durante una emergencia o después del horario normal de disponibilidad del médico de atención primaria por afecciones médicas imprevistas debido a enfermedad, lesiones o embarazo que no ponen en riesgo la vida del paciente, pero requieren atención médica inmediata.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

¿Cuándo comienza mi membresía con Molina?

Su cobertura comienza en la fecha de vigencia. La Fecha de Vigencia es la fecha en que usted cumple con todos los requisitos de pagos anticipado de prima y de inscripción. Es la fecha en que usted es aceptado por Covered California y/o Molina Healthcare.

Para la cobertura durante el año natural 2019, el período de inscripción inicial abierta comienza el 15 de octubre de 2018 y finaliza el 15 de enero de 2019. La fecha de entrada en vigencia de su cobertura durante el 2019 dependerá del momento en que hizo la solicitud:

- Si presentó la solicitud el 15 de diciembre de 2018 o antes, la fecha de entrada en vigencia de la cobertura es el 1.º de enero de 2019.
- Si presentó la solicitud entre el 16 de diciembre de 2018 y el 15 de enero de 2019, su cobertura comenzará a regir el 1.º de febrero de 2019.

Si no se inscribe durante un período de inscripción abierta, es posible que pueda hacerlo durante un período especial de inscripción. Usted debe ser elegible según los procedimientos de inscripción especial establecidos por Covered California y/o Molina Healthcare, y el motivo de su elegibilidad debe ser verificado con documentación que sea aceptable para Covered California y/o Molina Healthcare. En tal caso, la fecha de vigencia de la cobertura será determinada por Covered California o Molina Healthcare. Sin limitación a lo mencionado anteriormente, Covered California y/o Molina proporcionarán períodos de inscripción especiales mensuales para los indígenas de los EE. UU. o nativos de Alaska elegibles.

La fecha de vigencia para la cobertura de nuevos dependientes se describe en la sección titulada “Agregar nuevos dependientes” más adelante.

¿Quién es elegible?

Para inscribirse y continuar inscrito, usted debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad establecidos por Covered California y Molina Healthcare. Puede encontrar el criterio de elegibilidad de Covered California en www.CoveredCA.com. Molina requiere que usted viva en nuestra área de servicio para ser elegible para este producto. Para la cobertura de hijo único, el miembro debe ser menor de 21 años y el suscriptor debe ser un adulto responsable (padre o tutor legal) que presenta la solicitud en nombre del niño. Si perdió su elegibilidad, no podrá volver a inscribirse. Esto se explica en la sección titulada “¿Cuándo finaliza mi membresía de Molina? (Finalización de Servicios cubiertos).”

Dependientes

Los suscriptores que se inscriban en este producto durante el período de inscripción abierta establecido por Covered California también pueden aplicar para inscribir a sus dependientes elegibles que cumplen con los requisitos de elegibilidad. Molina Healthcare requiere que los dependientes vivan o residan en el área de servicio de Molina Healthcare para este producto. Los siguientes tipos de familiares se consideran dependientes:

- Hijos del
- cónyuge: Los hijos del Suscriptor o los hijos de su cónyuge (incluidos hijos legalmente adoptados e hijastros). Cada hijo es elegible para solicitar la inscripción como persona dependiente hasta la edad de 26 años (la edad límite).
- Por lo general, los nietos del suscriptor no califican como dependientes del suscriptor, a menos que se los agregue como hijo recién nacido de un menor cubierto como dependiente, o de un miembro que posee la cobertura solo para niños, de conformidad con este Contrato. La cobertura para los hijos de un menor dependiente o de un miembro que tiene la cobertura solo para niños finalizará cuando dicho menor ya no sea elegible, de conformidad con este Contrato.

Hijo adoptivo: Los hijos adoptivos no son elegibles para inscribirse como dependientes.

Pareja doméstica: Si el Mercado de Seguros Médicos lo permite, una pareja doméstica del suscriptor puede afiliarse a este producto. La pareja doméstica debe cumplir con la elegibilidad y verificación de los requerimientos de pareja doméstica que establezcan Covered California y/o Molina Healthcare.

Límite de edad para hijos con discapacidades: Los hijos que llegan a los 26 años de edad son elegibles para continuar inscritos como Dependientes para cobertura si se aplican todas las siguientes condiciones:

- El hijo no es capaz de tener un empleo autosuficiente por motivo de una lesión, enfermedad o afección física o mental.
- El hijo depende principalmente del Suscriptor para su apoyo y mantenimiento.

Un menor discapacitado puede permanecer cubierto por Molina como dependiente. Esto se aplica siempre y cuando continúe la discapacidad. El menor debe cumplir inicialmente y de forma continua con los criterios de elegibilidad antes descritos.

Agregar dependientes nuevos: Para inscribir a un dependiente que es elegible por primera vez para inscribirse después de su inscripción como suscriptor (por ejemplo, un nuevo cónyuge, un recién nacido, un nuevo niño adoptivo o un dependiente de la cobertura solo para menores), debe comunicarse con

Covered California y/o Molina Healthcare y presentar las solicitudes requeridas, los formularios y la información solicitada del dependiente. Las solicitudes de inscripción de un nuevo dependiente deben presentarse a Covered California y/o a Molina Healthcare en el transcurso de los sesenta (60) días naturales posteriores a la fecha en que el dependiente se convirtió en elegible para inscribirse en Molina Healthcare.

Cónyuge: Puede agregar un cónyuge siempre y cuando lo solicite durante el período de inscripción abierta.

También puede solicitar la inscripción en el transcurso de los sesenta (60) días naturales posteriores a cualquiera de las situaciones indicadas a continuación:

- El cónyuge pierde la “cobertura esencial mínima” que tenga a través de lo siguiente:
 - Programas patrocinados por el gobierno.
 - Planes patrocinados por el empleador.
 - Planes de mercado individuales.
 - Cualquier otra cobertura designada como “cobertura esencial mínima” según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
- La fecha de su matrimonio.
- El cónyuge, que anteriormente no era ciudadano, persona nacionalizada o persona legalmente presente adquiere dicho estado.
- El cónyuge se muda dentro del área de servicio de forma permanente.

Menores de 26 años: Usted puede agregar un dependiente menor de 26 años, como p. ej., un hijastro, siempre que lo solicite durante el período de inscripción abierta o durante el transcurso de los sesenta (60) días naturales posteriores a cualquiera de las situaciones indicadas a continuación:

- El hijo pierde la “cobertura esencial mínima” por medio de programas patrocinados por el Gobierno, Planes patrocinados por el Empleador, planes individuales de mercado o cualquier otra cobertura de designada como “cobertura esencial mínima” en cumplimiento de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
- El niño se convierte en un dependiente por medio del matrimonio, el nacimiento, la adopción, la asignación en adopción, la manutención del niño u otra orden judicial.
- El hijo, quien anteriormente no era ciudadano, nativo o persona legalmente presente, adquiere dicho estado.
- El niño se muda dentro del área de servicio de forma permanente.

Recién nacido: La cobertura para un hijo recién nacido comienza con el nacimiento. Sin embargo, si usted no inscribe el recién nacido dentro de los siguientes sesenta (60) días naturales, el recién nacido está cubierto por sólo treinta y un (31) días naturales (incluyendo la fecha de nacimiento).

Niño adoptivo: Si usted adopta un niño o si un niño se coloca en adopción con usted, el niño es elegible para obtener cobertura conforme a este Acuerdo. El niño puede agregarse a este Contrato durante el período de inscripción abierta en el transcurso de los sesenta (60) días naturales posteriores a la adopción del niño o en un plazo de sesenta (60) días naturales a partir de que se le asigna el niño en adopción. La cobertura del niño comenzará a regir en la fecha de adopción, asignación en adopción o según lo determine de otro modo Covered California, de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales correspondientes.

Interrupción de los Servicios cubiertos para dependientes: Los servicios cubiertos de sus dependientes serán interrumpidos:

- Al final del año en el que el niño dependiente cumpla los 26 años, a menos que sea discapacitado y cumpla los criterios especificados. Consulte la sección titulada “Límite de edad para los niños con discapacidad”. Un niño dependiente que cumpla los 26 años durante un año de beneficios puede

seguir inscrito como dependiente hasta el final de ese año de beneficios. La cobertura de dependientes terminará el último día del año de beneficios en el que el niño dependiente no puede recibir beneficios”.

- La fecha en que el cónyuge dependiente obtiene sentencia firme de divorcio, anulación o disolución del matrimonio con el suscriptor.

Continuación de la elegibilidad: Un miembro ya no será elegible para este producto en los siguientes casos:

- El miembro adopta una conducta abusiva o violenta y amenaza la seguridad de cualquier persona que trabaje con Molina Healthcare, incluidos los proveedores participantes.
- El miembro afecta sustancialmente la capacidad de Molina Healthcare, o cualquier persona que trabaje en Molina Healthcare, incluidos los proveedores participantes, de proporcionar atención al miembro o a algún otro miembro.
- Existe una ruptura en la relación del Miembro con el médico del Miembro y Molina Healthcare no tiene otro médico al que el Miembro pueda acudir. Esto quizás no corresponda a los miembros que se rehúsan a recibir atención médica.

Si usted ya no es elegible para este producto, le enviaremos una carta para hacérselo saber por lo menos diez (10) días naturales antes de la fecha de vigencia en que usted perderá la elegibilidad. En ese momento, usted puede apelar la decisión.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO




¿Cómo sé si soy miembro de Molina Healthcare?

Usted obtiene una tarjeta de identificación del miembro (tarjeta de identificación) de Molina Healthcare. Recibirá su tarjeta de identificación por correo en el transcurso de los diez (10) días laborales posteriores a su primer pago. Su tarjeta de identificación incluye el nombre y número telefónico de su PCP. Lleve su tarjeta de identificación en todo momento. Deberá mostrarla cada vez que reciba atención médica.

Si pierde su tarjeta de identificación, puede obtener una tarjeta de identificación provisional en **MyMolina.com** y puede solicitar una nueva tarjeta de identificación en **MyMolina.com** o al número de teléfono gratuito de Molina al 1 (888) 858-2150. Con gusto le enviaremos una nueva tarjeta de identificación. Comuníquese con nosotros si tiene preguntas sobre cómo usar sus beneficios de atención médica.

Ejemplo de tarjeta de identificación

Anverso:

Molina Marketplace ID #: 000001234 Member: JOHN DOE DOB: 07/04/1976 Subscriber Name: MARY DOE Subscriber ID: 012345678		  	
Plan: Molina Sample Plan Effective Date: 1/1/2019			
Provider: DR. JOE MILLER Provider Phone: (305) 555-5555 Group: SUNSHINE MEDICAL GROUP			
Medical Cost Share Primary Care: \$10 Specialist Visits: \$50 Urgent Care: \$20 Emergency Room: 20% after deductible		Prescription Drugs Tier 1: \$10 Tier 2: \$20 Tier 3: 20% Tier 4: 20%	
<small>Cost Shares are a summary only. Visit MyMolina.com for plan details. Molina Healthcare of California Rx Bin: 004336 Rx PCN: ADV Rx Group: RX0646</small>			

Reverso:

<p>This card is for identification purposes only and does not prove eligibility for service.</p> <p>Member: Emergencias (24 hrs): when a medical emergency might lead to disability or death, call 911 immediately or get to the nearest emergency room. No prior authorization is required for emergency care.</p> <p>Miembro: Emergencias (24 horas al día): si una emergencia médica puede resultar en muerte o discapacidad, llame al 911 inmediatamente o acuda a la sala de emergencias más cercana. No necesita autorización previa para los servicios de emergencia.</p> <p>Remit claims to: Molina Healthcare, P.O. Box 22702, Long Beach, CA 90801</p> <p>Member Services: (888) 858-2150 (TTY/TTD: 711)</p> <p>24 Hour Nurse Advice Line: (888) 275-8750</p> <p>Línea de Consejos de Enfermeras 24 horas al día (español): (866) 648-3537</p> <p>Pediatric Dental Customer Support Number: (855) 230-5530</p> <p>CVS Caremark Pharmacy Help Desk: (800) 364-6331</p> <p>Provider: Notify the health plan within 24 hours of any inpatient admission at the hospital admission notification phone number.</p> <p>Prior Authorization/Notification of Hospital Admission and Covered Services: (855) 322-4075</p>
<p>MolinaMarketplace.com</p>

¿Qué es lo primero que debo hacer?

Revise su tarjeta de identificación. Verifique que su nombre y fecha de nacimiento estén correctos. En la tarjeta de identificación, se indica el nombre de su médico. Esta persona se denomina su proveedor de atención primaria o PCP. Este es su médico principal. Su tarjeta de identificación también contiene información sobre el costo compartido, sin incluir información sobre los deducibles, para el uso de los proveedores.

Su tarjeta de identificación es utilizada por proveedores de atención médica como su PCP, farmacéutico, hospital y otros proveedores de atención médica para determinar si usted es elegible para recibir servicios a través de Molina Healthcare. Cuando haga uso de los servicios, probablemente le solicitarán que presente su tarjeta de identificación antes de proporcionárselos.

ACCESO A LA ATENCIÓN

¿Cómo puedo obtener servicios médicos a través de Molina Healthcare?

(Elección de médicos y proveedores; centros)

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA ENTERARSE SOBRE DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROFESIONALES DE LA SALUD OBTENDRÁ SERVICIOS.

Su directorio de proveedores incluye una lista de los proveedores y hospitales participantes que están disponibles para usted por ser miembro de Molina Healthcare. También puede visitar la página web de Molina en MolinaMarketplace.com para consultar en línea nuestra lista de proveedores participantes. Puede llamar a nuestro Centro de Apoyo al Cliente para solicitar una copia impresa.

Salvo en caso de emergencia, la primera persona a quien debe llamar para recibir atención médica es a su PCP.

Si necesita un hospital o servicios similares, Usted debe acudir a un Centro de Atención Médica que sea un Proveedor Participante. Para obtener más información sobre los centros que integran Molina o sobre su ubicación, llame al número de teléfono gratuito de Molina, al 1 (888) 858-2150. Usted puede obtener servicios de emergencia o atención médica urgente fuera del área en cualquier sala de emergencias donde se encuentre.

En general, debe recibir los servicios cubiertos por parte de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no estarán cubiertos. Será 100 % responsable del pago al proveedor no participante, y los pagos no aplicarán para su deducible o el máximo anual de gastos de su bolsillo. Sin embargo, puede recibir servicios de un proveedor que no participe:

1. para servicios de emergencia de acuerdo con la sección de este Contrato titulada “Servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente”,
2. para servicios de atención médica urgente fuera del área de acuerdo con la sección de este Contrato titulada “Servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente” y
3. para las excepciones descritas en la sección de este Contrato titulada “¿Qué sucede si no hay un proveedor que participe para proveer un servicio cubierto?”,
4. para las excepciones descritas en la sección de este Contrato titulada “Proveedor no participante en un centro proveedor participante”.

Servicios de telesalud y de telemedicina

Puede obtener servicios cubiertos de proveedores participantes a través del uso de los servicios de telemedicina y telesalud. No todos los proveedores participantes ofrecen estos servicios. Para obtener más información, consulte los servicios de telesalud y telemedicina en la sección de definiciones. Las

siguientes disposiciones adicionales se aplican al uso de los servicios de telemedicina y telesalud:

- Los servicios son un método para acceder a los Servicios cubiertos y no constituyen un beneficio aparte.
- Los servicios no están permitidos cuando el miembro y el proveedor participante se encuentran en el mismo lugar físico.
- Los servicios no incluyen mensajes de texto, por fáj o correo electrónico únicamente.
- Los costos compartidos del miembro están asociados al Programa de beneficios, según la designación del proveedor participante de los servicios cubiertos (es decir, atención primaria, especialista u otro proveedor médico).
- Los servicios cubiertos provistos a través de la tecnología de "almacenamiento y reenvío" deben incluir una consulta en persona para determinar el diagnóstico y el tratamiento.

A continuación encontrará una tabla para saber a dónde acudir en caso de requerir servicios médicos. Los servicios que puede necesitar figuran en la columna de la izquierda. Para buscar el servicio que necesita, mire el cuadro a su derecha y encontrará el lugar al que tiene que acudir.

TIPO DE AYUDA QUE NECESITA:	A DÓNDE IR. A QUIÉN LLAMAR.
Servicios de emergencia	Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Incluso si está fuera de la red o área de servicio de Molina Healthcare, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana para recibir atención de emergencia.
Servicios de atención de urgencia	Llame a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día de Molina Healthcare, gratuitamente al 1 (888) 275-8750 o, para español al 1 (866) 648-3537 para orientación. Para obtener servicios de atención médica urgente fuera del área de cobertura, también puede dirigirse a la sala de emergencias más cercana.
Un examen físico, consulta preventiva o inmunizaciones	Consulte a su proveedor de atención primaria.
Tratamiento por enfermedad o lesión que no sean de emergencia	Consulte a su proveedor de atención primaria.
Servicios de planificación familiar , tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de embarazo • Anticonceptivos • Esterilización 	Acuda al proveedor participante de su elección. No necesita una autorización previa para obtener estos servicios.
Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés)	Acuda al proveedor participante de su elección. No necesita una autorización previa para obtener estos servicios.
Para consultar a un obstetra ginecólogo (médico de mujeres).	Las mujeres pueden consultar a un proveedor participante especialista en tocoginecología sin remisión ni autorización previa. Consulte a su médico o llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare, si no conoce a un tocoginecólogo.
Para la evaluación de trastornos de salud mental o por abuso de sustancias	Consulte a un proveedor participante de salud mental. No necesita remisión ni autorización previa para obtener una evaluación de trastornos de salud mental o por abuso de sustancias.
Para la terapia para trastornos de salud mental o por abuso	Consulte a un proveedor participante de trastornos de salud mental/conductual o por abuso de sustancias. No necesita una

TIPO DE AYUDA QUE NECESITA:	A DÓNDE IR. A QUIÉN LLAMAR.
de sustancias	remisión. No necesita una autorización previa para consultas al consultorio ambulatorias.
Para consultar a un especialista (por ejemplo, oncólogo o cardiólogo)	Acuda primero a su proveedor de atención primaria. Su médico concederá una remisión, de ser necesario. Si necesita servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente, obtenga ayuda según lo indicado en las secciones anteriores Atención de emergencia o Servicios de atención médica urgente.
Cirugías	Acuda primero a su proveedor de atención primaria. Su médico concederá una remisión, de ser necesario. Si necesita Servicios de emergencia y Servicios de atención médica urgente, obtenga ayuda según lo indicado en las secciones anteriores Atención de emergencia o Servicios de atención médica urgente.
Obtención de una segunda opinión	Se necesita contar con autorización previa. Consulte la sección de este Contrato titulada “Segundas opiniones”.
Para acudir al hospital	Acuda primero a su proveedor de atención primaria. Su médico concederá una remisión, de ser necesario. Si necesita servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente, obtenga ayuda según lo indicado en las secciones anteriores Atención de emergencia o Servicios de atención médica urgente.
Atención médica después de las horas de consulta	Llame a su médico de atención primaria para obtener una remisión a una clínica en la que atiendan fuera del horario normal de servicio o a otro centro de atención apropiado. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de Molina Healthcare al número de teléfono gratuito 1 (888) 275-8750, o al 1 (866) 648-3537 para recibir ayuda en español. También tiene derecho a recibir servicios de interpretación sin costo para ayudarlo a obtener atención médica después de las horas de consulta. Llame al número de teléfono gratuito 1 (888) 858-2150.

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un **Proveedor de atención primaria (PCP)**, por sus siglas en inglés) se ocupa de sus necesidades de atención médica. Un PCP lo conoce bien. Llame a su PCP cuando esté enfermo y no sepa qué hacer. No es necesario que acuda a la sala de emergencias a menos que considere que tiene una emergencia.

Tal vez, piensa que no es necesario acudir a su proveedor de atención primaria si no está enfermo. Pero eso no es cierto.

Consulte a su PCP incluso cuando se encuentre bien. Realice los chequeos médicos anuales para mantenerse saludable. Acuda a su PCP para realizarse chequeos médicos, someterse a pruebas o conocer los resultados de pruebas, vacunarse y cuando esté enfermo. Si acude a su PCP para realizarse chequeos médicos, este podrá detectar los problemas en una etapa temprana. Si necesita un cuidado especializado, su PCP lo ayudará a obtenerlo. Su PCP trabajará con usted para mantenerlo saludable.

Llámenos si quiere conocer más sobre su PCP u otros médicos de Molina Healthcare. Número telefónico gratuito del Centro de Apoyo al Cliente de Molina: 1 (888) 858-2150. Podemos proporcionarle información acerca de las calificaciones de su médico, tales como:

- Escuela de medicina a la que asistió
- Residencia completada
- Estado de la Certificación del Consejo Médico
- Idiomas que habla su médico

Cómo elegir a su médico (elección del médico y los proveedores)

Para que su atención médica esté cubierta por este producto, debe recibirla a través de proveedores participantes de Molina Healthcare (médicos, hospitales, especialistas o clínicas médicas), excepto en el caso de servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente fuera del área. Para obtener más información, consulte “Servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente”.

Nuestro Directorio de proveedores lo ayudará a empezar a tomar decisiones sobre su atención médica. Encontrará una lista de médicos y hospitales que estén disponibles conforme al plan de salud de Molina. También encontrará algunos consejos útiles para saber cómo utilizar los servicios y beneficios de Molina. Consulte la página web de Molina en MolinaMarketplace.com y haga clic en Buscar un médico o farmacia para obtener más información, o llame al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare al 1 (888) 858-2150.

Puede encontrar lo siguiente en el directorio de proveedores de Molina:

- Nombres.
- Direcciones
- Números telefónicos
- Idiomas
- Disponibilidad de las sedes de servicios
- Cualificaciones profesionales (p. ej.: certificación del Consejo Médico).
- También puede averiguar si un Proveedor Participante acepta nuevos pacientes. Esto incluye médicos, especialistas, hospitales o clínicas.

¿Cómo elijo un proveedor de atención primaria (PCP)?

Elegir un PCP es fácil. Use nuestro Directorio de proveedores para seleccionarlo de una lista de médicos. Podrá elegir a un médico que atenderá a toda su familia. O bien puede elegir un médico para usted y otro para sus familiares.

Su PCP lo conoce bien y se encarga de todas sus necesidades médicas. Elija a su PCP lo antes posible. Es importante que se sienta cómodo con el PCP que elija.

Llame y programe su primera consulta para conocer a su PCP. Si necesita ayuda para hacer una cita, llame a Molina Healthcare al número telefónico gratuito al 1 (888) 858-2150. Molina Healthcare también puede ayudarlo a encontrar un PCP. Díganos qué considera importante para elegir un PCP. Será un placer ayudarlo. Llame al Centro de Apoyo al Cliente si desea obtener más información acerca de Su médico.

¿Qué Sucede si no Elijo un Proveedor de Atención Primaria?

Molina le pide que seleccione un PCP en el transcurso de los treinta (30) días posteriores a su suscripción en Molina. Sin embargo, si no elige un PCP, elegiremos uno por usted.

Cómo cambiar de médico

¿Qué pasa si quiero cambiar de proveedor de atención primaria?

Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Todos los cambios realizados antes del día 25 del mes entrarán en vigor el primer día del siguiente mes natural. Todos los cambios realizados el día 26 del mes o después, comenzarán a regir a partir del primer día del siguiente mes natural. Primero consulte a su médico. Familiarícese con su PCP antes de cambiarlo. Mantener una buena relación con su Proveedor de Atención Primaria es importante para Su atención médica. Llame al Centro de Apoyo al Cliente si desea obtener más información sobre su médico de Molina.

¿Puede mi proveedor de atención primaria solicitar que me atienda otra persona?

Su PCP puede solicitar que cambie de PCP por los siguientes motivos:

- No está siguiendo las instrucciones médicas (conducta de incumplimiento).
- Se comporta de forma ofensiva, amenazante o violenta
- Se quebró la relación médico-paciente

¿Cómo cambio mi proveedor de atención primaria?

Llame al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare, 1 (888) 858-2150, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. También puede visitar la página web de Molina en MolinaMarketplace.com para consultar nuestra lista de médicos en línea. Permítanos que lo ayudemos a hacer el cambio.

Habrán ocasiones en que no pueda obtener el PCP que quiere. Los motivos posibles son los siguientes:

- El PCP ya no es un proveedor participante de Molina Healthcare.
- El PCP ya tiene todos los pacientes a los que puede atender en este momento.

¿Qué sucede si mi médico u hospital no tienen contrato con Molina?

Si usted ya es un miembro y su médico (PCP o médico especialista) u hospital ya no tienen contrato con Molina, se lo haremos saber por medio de una carta. En la carta, le informaremos cómo lo afectará ese cambio. Si su PCP ya no es con Molina Healthcare, usted puede elegir a un médico diferente. Si no desea que lo atienda ese médico, puede elegir otro. Nuestro personal del Centro de Apoyo al Cliente de Molina lo puede ayudar a elegirlo.

Si lo asignaron a un PCP o a un hospital que está finalizando su contrato con Molina, Molina, se le enviará un aviso por escrito con sesenta (60) días naturales de anticipación informándole de la finalización del contrato entre Molina y su PCP u hospital de atención de pacientes en estado agudo. Si ha estado recibiendo atención médica de un médico o en un hospital que está finalizando su contrato con Molina Healthcare, es posible que tenga derecho a permanecer con el mismo médico u obtener atención en el mismo hospital por un determinado período de tiempo. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare. Si tiene más preguntas, le sugerimos que se comuniquen con el Departamento de Atención Médica Administrada, que protege a los consumidores de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), al número de teléfono gratuito, 1 (888) HMO-2219 (1 (888) 466-2219), o al número TDD sin cargo, 1 (877) 688-9891, para personas sordas o con dificultades auditivas, o en línea en nuestra página web www.hmohelp.ca.gov.

Continuación de la atención

Si se está sometiendo a un Tratamiento Especial por alguna de las afecciones listadas a continuación y su médico o el hospital ya no son proveedores participantes, puede solicitar autorización a Molina Healthcare para permanecer con el médico o el hospital que lo está atendiendo para no perder la continuidad de la atención.

Las siguientes afecciones pueden ser elegibles para la continuidad de la atención:

- Padece una afección crónica grave. “**Afección crónica grave**” hace referencia a un trastorno médico provocado por una enfermedad, dolencia u otro problema o trastorno médico de naturaleza seria y que presenta alguna de las siguientes características:
 - Persiste sin cura total o empeora a lo largo de un período extendido.
 - Requiere tratamiento constante para mantenerlo en remisión o evitar su deterioro.Si padece una afección crónica grave puede permanecer con el médico o el hospital durante un plazo máximo de 12 meses.
- Está embarazada. Puede permanecer con el médico o el hospital durante todo su embarazo. La duración del embarazo incluye los tres trimestres del embarazo y el período inmediato de posparto.
- Tiene una afección aguda. “**Afección aguda**” hace referencia a un trastorno médico en el que aparecen síntomas repentinamente a causa de una enfermedad, lesión u otro problema médico que

requiere atención médica inmediata y que es de duración limitada. Puede permanecer con el médico o el hospital mientras que dure la afección aguda.

- Su hijo está recién nacido o es un niño de hasta 36 meses de edad. Su hijo puede permanecer con el médico o el hospital durante un plazo máximo de 12 meses.
- Padece una enfermedad terminal. Puede permanecer con el médico o el hospital por el tiempo que dure la enfermedad.
- Usted ha recibido autorización previa para una cirugía u otro procedimiento que se realiza en un plazo de ciento ochenta (180) días naturales de la fecha en que su médico u hospital ya no estarán con Molina Healthcare.

La elegibilidad para la continuación de la atención no se basa en el nombre de su afección.

Su médico o el hospital podrían no estar de acuerdo en continuar prestándole servicios o podrían no estar de acuerdo en cumplir con los términos y condiciones que se imponen a los proveedores participantes contractuales de Molina Healthcare. En ese caso, Molina Healthcare le asignará un nuevo médico o lo enviará a un nuevo hospital para que lo atiendan.

Si usted desea mantener el mismo médico u hospital para la continuación de la atención, llámenos al 1 (888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

Si usted se inscribió hace poco y su cobertura previa terminó porque su plan anterior quitó el producto de alguna parte del mercado o porque el plan dejó de vender productos en alguna parte del mercado, rige el derecho a la continuidad provisional de la atención según lo descrito anteriormente.

Transición de Cuidados

Molina brinda los servicios cubiertos médicamente necesarios el día de la fecha en que comienza a regir la cobertura de Molina o después, pero no antes. Es posible que una aseguradora anterior (si no hubo una interrupción de la cobertura antes de inscribirse en Molina) sea responsable de la cobertura hasta que entre en vigencia su cobertura con Molina.

Después de la fecha en que comienza a regir la cobertura de Molina, cuando usted lo solicite, podremos permitirle que continúe recibiendo servicios cubiertos médicamente necesarios para un curso continuo de tratamiento hasta su finalización con un proveedor no participante. Podremos coordinar la prestación de los servicios cubiertos con cualquier proveedor no participante (médico u hospital) en su nombre para la transición de su historia clínica, administración de casos y coordinación de la transferencia a un proveedor participante de Molina.

Para servicios hospitalarios con internación:

Con su asistencia, Molina puede comunicarse con cualquier asegurador anterior (si corresponde) para determinar la responsabilidad del asegurador anterior ante el pago de los servicios hospitalarios con internación a través del alta de la admisión para pacientes internados. Si no se produce el traspaso de la atención médica a través del asegurador anterior o bien si no tenía cobertura a través de un asegurador al momento de la admisión, Molina asumirá la responsabilidad de los servicios cubiertos a la fecha de vigencia de su cobertura con Molina, no antes.

¿Qué pasa si no hay proveedores participantes que brinden un servicio cubierto?

Si no hay proveedores participantes que puedan brindar un servicio cubierto que no sea de emergencia, puede solicitar autorización previa para obtener dicho servicio a través de un proveedor no participante de igual manera, y a un costo no mayor que el mismo servicio cubierto cuando es prestado por proveedores participantes. Además, en el caso de que Molina se vuelva insolvente, o que de otra manera finalice operaciones, los proveedores participantes continuarán brindando los servicios cubiertos bajo ciertas circunstancias.

Proveedor no participante en un centro proveedor participante

Usted podrá recibir servicios cubiertos en un centro proveedor participante en el que usted reciba servicios prestados por un proveedor no participante, o como consecuencia de ello. En ese caso, no pagará más del mismo costo compartido que pagaría por los mismos servicios cubiertos recibidos de un proveedor participante.

Línea de Consejos de Enfermeras disponible las 24 horas

Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su salud o de la salud de su familia, llame a nuestra Línea de Consejos de Enfermeras, disponible las 24 horas al día, al 1 (888) 275-8750, o al 1 (866) 648-3537, si habla español. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711. El personal de la Línea de Consejos de Enfermeras está compuesto de enfermeras. Funciona las 24 horas del día, los 365 días del año.

Acceso oportuno a la atención médica

En el consultorio de su médico deben programarle una cita en los plazos que se indican a continuación. Pueden aplicarse excepciones a estas normas de acceso oportuno si el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) considera que las excepciones son aceptables.

Tipo de cita	Norma de acceso
Citas para atención de urgencia que no requieren autorización previa (incluidos médicos de atención primaria o especialistas)	En el término de 48 horas
Citas para atención de urgencia que requieren autorización previa (incluidos médicos de atención primaria o especialistas)	En el término de 96 horas
Citas no urgentes con médicos de atención primaria	En un plazo de 10 días hábiles
Citas no urgentes con especialistas	En un plazo de 15 días hábiles
Citas no urgentes con profesionales de salud mental que no son médicos	En un plazo de 10 días hábiles
Citas no urgentes para servicios auxiliares de diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otras afecciones	En un plazo de 15 días hábiles
Tiempo de espera de llamadas telefónicas por clasificación de prioridad	No debe exceder los 30 minutos

Molina puede ayudarlo a programar una cita, y brindamos servicios de interpretación sin costo, las 24 horas del día. Simplemente llámenos al número de teléfono gratuito 1(888) 858-2150.

AUTORIZACIÓN PREVIA

¿Qué es una autorización previa?

Una **autorización previa** es una autorización de Molina para un servicio médico, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero. La autorización previa confirma que el servicio o artículo solicitado es médicamente necesario y está cubierto por su plan. El director médico de Molina y su médico trabajan en forma conjunta para determinar la necesidad médica de los servicios cubiertos antes de que lo atiendan o le presten el servicio. Esto a veces también se denomina autorización previa.

Usted no necesita autorización previa para los siguientes servicios:

- diálisis (solo aviso; no se necesita la autorización previa. Notifique a Molina antes que se presten los servicios)
- Servicios de atención médica urgente o de emergencia.
- Servicios de planificación familiar.

- Servicios de habilitación.
- Los siguientes servicios de rehabilitación:
 - Terapia cardíaca
 - Terapia pulmonar
- Atención durante hospitalización en un centro de cuidado paliativo (solo aviso).
- Asesoramiento y pruebas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Servicios para enfermedades de transmisión sexual.
- Servicios de visitas al consultorio para la salud mental a pacientes ambulatorios:
 - Evaluación y tratamiento de salud mental individual y en grupo.
 - Evaluación psiquiátrica de diagnóstico.
 - Servicios ambulatorios para realizar una terapia con medicamentos.
 - Programas intensivos para pacientes ambulatorios (IOP).
- Servicios para trastornos por abuso de sustancias:
 - Asesoramiento individual o grupal para trastornos por abuso de sustancias.
 - Evaluación y tratamiento individual para trastornos por abuso de sustancias.
 - Tratamiento grupal para el trastorno por abuso de sustancias.
 - Servicios ambulatorios para realizar una terapia con medicamentos.
 - Programas intensivos para pacientes ambulatorios (IOP).
- procedimientos en el consultorio,
- embarazo y parto (solo aviso. No se necesita la autorización previa. Notifique a Molina antes que se presten los servicios)

Debe obtener una autorización previa para los siguientes servicios, a excepción de los servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente:

- Admisión en un hospital o centro de atención dental ambulatoria.
- Todas las admisiones de pacientes internados
- Ensayos clínicos aprobados
- Cirugía bariátrica, remisión y cirugía
- Algunos servicios de centros de cirugía ambulatoria (ASC)*
- Equipo médico duradero
- Medicamentos inyectables y medicamentos que no se incluyen en el formulario de medicamentos de Molina
- servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- servicios para la salud mental
 - Servicios de salud mental del paciente internado
 - Hospitalización parcial.
 - Tratamiento de día.
 - Terapia electroconvulsiva (ECT).
 - Prueba psicológica y neuropsicológica
 - Tratamiento de salud conductual para el trastorno del espectro del autismo (ASD, por sus siglas en inglés)
- Servicios por trastornos de abuso de sustancias:
 - Servicios con internación.
 - Hospitalización parcial.
 - Tratamiento de día.
 - Servicios de desintoxicación.
- servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Procedimientos cosméticos, de cirugía plástica o reconstructivos (en cualquier lugar).
- Dispositivos ortóticos personalizados, prótesis personalizados y soportes. Por ejemplo:
 - Cualquier tipo de silla de ruedas.
 - Dispositivo de audición implantado internamente.
 - Vehículos para personas con movilidad reducida.

- Zapatos o soportes para zapatos.
- Soportes especiales.
- Cantidades de medicamento que excedan el límite de suministro diario
- Procedimientos experimentales y de investigación
- Atención médica domiciliaria y terapia de infusiones en el hogar: después de siete (7) consultas para entornos ambulatorios o en el hogar
- Terapia hiperbárica.
- Imágenes o pruebas especiales, como las siguientes:
 - TC (tomografía computarizada)
 - IRM (imagen por resonancia magnética)
 - ARM (angiografía por resonancia magnética)
 - TEP (tomografía por emisión de positrones)
- Pruebas genéticas médicamente necesarias
- Procedimientos y atención para el manejo del dolor
- Radioterapia y radiocirugía
- Los siguientes servicios de rehabilitación para atención en el consultorio y atención ambulatoria:
 - Fisioterapia (luego de la evaluación inicial más doce [12] consultas)
 - Terapia ocupacional (luego de la evaluación inicial más doce [12] consultas)
 - Terapia del habla (luego de la evaluación inicial más seis [6] consultas)
- Segundas opiniones de proveedores no participantes (consulte la sección del Contrato titulada “Segundas opiniones”)
- Servicios prestados por un proveedor no participante
- Estudio del sueño (excepto los estudios de sueño en el hogar)
- Medicamentos de farmacia especializados (oral e inyectables).
- Evaluación de trasplante y servicios relacionados, como órganos sólidos y médula ósea (el trasplante de córnea no requiere autorización).
- Espaciadores pertenecientes al beneficio de servicios dentales preventivos para la salud pediátrica*
- Aparatos dentales pediátricos cuando sean médicamente necesarios*
- Retenedores dentales pediátricos*
- Ambulancia aérea que no es de emergencia
- Cualquier otro servicio que se especifique que requiere autorización previa en este Contrato.

* Consulte el Anexo de servicios dentales pediátricos para conocer el rango completo de servicios dentales pediátricos.

La lista anterior de servicios para los que se requiere autorización previa está sujeta a cambios. Debe confirmar los requisitos de autorización previa por teléfono al 1 (888) 858-2150 antes de recibir los servicios.

Molina Healthcare puede denegar una solicitud de autorización previa. Usted puede apelar esa decisión como se describe a continuación. Si usted o su proveedor deciden continuar con el servicio que se le ha denegado, es posible que deba pagar el costo de esos servicios.

Las decisiones y los avisos de autorizaciones previas para medicamentos no listados en el Formulario de medicamentos de Molina se proveerán según se describe en la sección de este Contrato titulada “Acceso a los medicamentos que no se encuentran en el formulario”.

Las autorizaciones se confieren según la necesidad médica. Estamos a su disposición; si tiene dudas sobre cómo se aprueba cierto servicio, llámenos. Podemos explicarle cómo se toma ese tipo de decisión. El número telefónico es 1 (888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

Las solicitudes de autorización previa de rutina serán procesadas dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles después de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina Healthcare para tomar la determinación y no más de catorce (14) días naturales desde la recepción de la solicitud. Las condiciones médicas que pueden causar una seria amenaza a su salud se procesan dentro de las siguientes setenta y dos (72) horas después de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina Healthcare para tomar la determinación o bien, si es menor, el período de tiempo que se requiere en la sección 2719 de la ley federal de los servicios de salud pública y subsiguientes reglas y regulaciones emitidos en virtud de la misma. Molina Healthcare procesa la solicitud de servicios de urgencia de especialidad inmediatamente por teléfono.

Denegaremos una solicitud autorización previa si no se brinda la información solicitada. Si una solicitud de servicios no es Médicamente Necesaria, puede ser denegada. Si no es un Servicio Cubierto, puede ser denegada. Usted recibirá una carta en la que se indique por qué fue denegada. Su médico o usted podrán apelar la decisión. La carta de denegación le indicará cómo presentar la apelación. Estas instrucciones se encuentran en la sección de este Contrato titulada “Quejas y apelaciones”.

Autorizaciones fijas

Es posible que Usted tenga una afección o enfermedad que requiere atención médica especial durante un período de tiempo extenso. Es posible que necesite una remisión permanente. Su afección o enfermedad puede poner en riesgo su vida. Puede empeorar. Puede provocarle una discapacidad. De ser así, es posible que necesite una remisión permanente para consultar a un especialista. Puede necesitar una remisión para concurrir a un centro de cuidado especializado. Este debe contar con la especialidad para tratar su afección.

Para obtener una autorización fija, llame a su PCP. Su PCP trabajará con los médicos y especialistas de Molina para asegurarse de que reciba un plan de tratamiento acorde a sus necesidades médicas. Si tiene dificultades para obtener una aprobación fija, llámenos. El número de teléfono gratuito es 1 (888) 858-2150 o: Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

Si considera que no se cubrieron sus necesidades, consulte el procedimiento de quejas de Molina. Estas instrucciones se encuentran en la sección "Quejas y apelaciones".

Segundas opiniones

Usted o su Médico de Atención Primaria pueden desear que otro médico opine sobre Su afección. Puede ser un PCP o un especialista. Este médico observa Su historia clínica. El médico puede verlo en Su consultorio. Este nuevo médico quizás sugiera un plan de tratamiento. A esto se lo conoce como segunda opinión.

Llame a su PCP para obtener una segunda opinión. Su PCP puede remitirlo a un proveedor participante para una segunda opinión. No necesita autorización de Molina Healthcare para recibir una segunda opinión de un proveedor participante. Si no hay ningún proveedor en la red que pueda ofrecerle una segunda opinión, usted podrá obtener una segunda opinión de un proveedor no participante. Si solicita una segunda opinión de un proveedor no participante, Molina Healthcare evaluará el caso y le avisará si fue aprobada la segunda opinión.

A continuación, se presentan algunos motivos por los que Usted puede obtener una segunda opinión:

- Sus síntomas son complejos o confusos.
- Su médico no está seguro de que el diagnóstico sea el correcto.
- Ha seguido el plan de cuidado de su médico por un tiempo y su salud no ha mejorado.
- No sabe con certeza si necesita una cirugía o cree que la necesita.
- No está de acuerdo con el diagnóstico de su médico.
- No está de acuerdo con el Plan de Cuidados de su médico.
- Su médico no ha respondido a sus inquietudes acerca del diagnóstico o el Plan de Cuidados.

- Es posible que haya otros motivos.

El segundo médico escribirá un son de sus hallazgos. Usted y su médico recibirán un informe por escrito de la segunda opinión.

Consúltenos si tiene alguna pregunta.

SERVICIOS DE EMERGENCIA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE

¿Qué es una emergencia?

Los servicios de emergencia son servicios necesarios para evaluar, estabilizar o tratar una condición médica de emergencia. Una Afección de Emergencia incluye:

- Una afección médica con síntomas agudos y severos. Esto incluye dolor severo.
- Una afección psiquiátrica con síntomas agudos y severos.
- Trabajo de parto activo
- Si no se recibe atención médica inmediata, una emergencia puede derivar en:
 - Grave peligro para la salud del paciente.
 - Daños graves de las funciones corporales.
 - Falla grave de un órgano o de una parte del cuerpo.
 - Desfiguración de la persona.

La Atención de Emergencia también incluye el tratamiento con medicamentos anticonceptivos de Emergencia.

Los servicios y la atención de emergencia no estarán cubiertos si no solicitó servicios y atención de emergencia, y debería haber sabido razonablemente que no existía una emergencia.

¿Cómo recibo atención de emergencia?

Los miembros de Molina tienen a su disposición la atención de emergencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

Si cree que tiene una Emergencia:

- Llame inmediatamente al 911.
- Vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano.

Cuando acuda a los servicios de atención médica de emergencia, lleve su tarjeta de identificación del miembro de Molina.

Si usted no está seguro de necesitar atención de emergencia, pero necesita asistencia médica, llame a su PCP. O bien, llame sin cargo a nuestra Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día.

- Inglés: 1 (888) 275-8750 o,
- Español: 1 (866) 648-3537

La Línea de Consejos de Enfermeras cuenta con enfermeras, Puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas del día, los 365 días del año. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

Las salas de emergencia de los hospitales son sólo para verdaderas emergencias. No son un buen lugar para recibir servicios que no sean de Emergencia. A menudo están muy ocupadas y tienen que atender primero a las personas cuyas vidas están en peligro. No vaya a la sala de emergencias de un hospital si su condición no es una emergencia.

¿Qué sucede si estoy fuera del área de servicio de Molina y necesito servicios de emergencia?

Visite la sala de emergencias más cercana para que lo atiendan. Solicite al personal de la sala de emergencias que se comuniquen con Molina y nos avise que usted está en la sala de emergencias. Pueden llamar al número de teléfono gratuito, **1 (844) 966-5462**. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

- Díganos si llamó al 911 o
- Díganos si usó los servicios de atención médica de emergencia.

Puede pedirle al personal del hospital o de la sala de emergencias que llamen a Molina Healthcare por usted al 1 (888) 858-2150. Cuando se encuentre fuera de Área de Servicio de Molina, solo estarán cubiertos los Servicios de Atención Médica Urgente o los Servicios de Emergencia.

¿Qué sucede si necesito atención médica después de las horas de consulta o servicios de atención médica urgente?

Cuenta con los servicios de atención médica urgente cuando se encuentra dentro o fuera del área de servicio de Molina Healthcare. Los servicios de atención médica urgente son los servicios necesarios para evitar el deterioro serio de la salud a causa de una lesión o de una afección médica imprevista.

Si se enferma después del horario de atención o requiere Servicios de Atención Médica Urgente llame a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermeras, las 24 horas. El número es gratuito:

- Inglés: 1 (888) 275-8750
- Español: 1 (866) 648-3537

Nuestras enfermeras lo pueden ayudar a cualquier hora del día o de la noche. Ellos lo ayudarán a decidir qué hacer. Pueden ayudarlo a decidir dónde acudir para que lo asistan.

Si se encuentra dentro del Área de Servicio de Molina Usted puede pedirle a su PCP que le recomiende un centro de atención médica urgente. Es mejor saber el nombre del centro de atención médica urgente por anticipado. Pídale a su médico el nombre del centro de atención médica urgente y el del hospital a los que debe acudir.

Si está fuera del área de servicio de Molina, puede ir a la sala de emergencias más cercana.

Los servicios de atención médica urgente están sujetos a los costos compartidos en el Programa de beneficios.

Tenga presente que usted debe pagar el costo de los servicios no autorizados y no cubiertos, recibidos de un proveedor no participante después de la estabilización de una condición médica de emergencia.

Usted tiene el derecho a recibir servicios de interpretación sin cargo. Para obtener ayuda sobre atención médica después del horario de consulta llame sin cargo al 1 (888) 858-2150.

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 a Proveedores Participantes y No Participantes. Consulte los costos compartidos para los servicios de emergencia en el Programa de beneficios. Usted es financieramente responsable por el costo de los servicios no autorizados y no cubiertos, recibidos de un proveedor no participante después de la estabilización de una condición médica de emergencia.

Importante: Salvo que la ley estatal especifique lo contrario, cuando recibe servicios de emergencia de proveedores no participantes para tratar una condición médica de emergencia, Molina calculará la cantidad autorizada de lo siguiente (el monto que sea mayor):

- 1) la tarifa usual y habitual de Molina por tales servicios,
- 2) La tarifa media contratada de Molina por tales servicios.
- 3) O el 100 % de la tasa de Medicare por tales servicios.

ADMINISTRACIÓN DE CASOS COMPLEJOS

¿Qué sucede si tengo un problema de salud complejo?

Vivir con problemas de salud puede ser difícil. Molina cuenta con un programa que puede ayudarlo. El programa de Administración de Casos Complejos es para Miembros con problemas de salud complejos. Es para aquellos que requieren ayuda adicional con sus necesidades de atención médica.

El programa le permite hablar con un administrador de casos sobre sus necesidades de atención médica. El administrador de casos puede ayudarlo a aprender más sobre esas necesidades. Le puede enseñar cómo controlarlos. El administrador de casos también puede trabajar con su familia o cuidador para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita. El administrador de casos también trabaja junto a su médico para ayudar a coordinar su atención. Existen varias formas en las que puede obtener la remisión a este programa. Hay ciertos requerimientos que Usted deberá cumplir. Este programa es voluntario. Puede elegir irse del programa en cualquier momento.

Si desea recibir información acerca de este programa, llame al número gratuito del Centro de Apoyo al Cliente al 1 (888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

EMBARAZO

¿Qué sucede si estoy embarazada?

Si está embarazada, cree estarlo o apenas lo confirme, llame para programar una cita con el objetivo de iniciar su cuidado prenatal. El cuidado prenatal temprano es muy importante para la salud y el bienestar del bebé y de usted.

Puede elegir cualquiera de las siguientes opciones para su cuidado prenatal:

- Obstetras ginecólogos certificados (tocoginecólogos)
- Enfermera especializada (capacitada en salud femenina)
- Enfermera Partera Certificada

Puede hacer una cita para cuidado prenatal sin consultar a su proveedor de atención primaria primero. Para recibir beneficios Usted debe elegir a un tocoginecólogo o Enfermera especializada que sea un proveedor participante.

Si necesita ayuda para elegir un obstetra ginecólogo, llámenos. Si tiene alguna pregunta, llame a Molina al número de teléfono gratuito, 1 (888) 858-2150, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Estaremos encantados de poder ayudarlo.

Molina ofrece un programa especial llamado *Motherhood Matters*®. Este programa proporciona información importante sobre alimentación, ejercicio físico y otros temas relacionados con el embarazo. Para obtener más información, llame al programa de embarazo Motherhood Matters®. El número de teléfono gratuito es 1 (866) 891-2320. Atendemos de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m.

OBJECIONES MORALES

Algunos hospitales y proveedores no podrán proporcionarle algunos de los servicios que usted o su familia podrían necesitar que pueden estar cubiertos por este certificado: Esto incluye planificación familiar, anticonceptivos, incluidos anticonceptivos de emergencia, esterilización (lo que incluye ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y en el parto) o abortos. Usted debe obtener más información antes de inscribirse. Llame a su médico, grupo médico o clínica, o bien llame al Centro de Apoyo al Cliente al número telefónico gratuito al 1 (888) 858-2150 para asegurarse de que puede obtener los servicios de atención médica que necesita.

DIRECTIVA AVANZADA

Una directiva anticipada es un formulario que informa a los proveedores médicos qué tipo de atención usted desea obtener de no poder hablar por sí mismo. Una Directiva Anticipada se escribe antes de tener una emergencia. Es una manera de evitar que otras personas tomen decisiones importantes sobre la atención de su salud si usted no está en condiciones de tomar esas decisiones. Un “poder notarial duradero para la atención médica” o una “declaración de ley de muerte natural” son ejemplos de directivas anticipadas. Usted tiene derecho a formular una directiva anticipada. Su PCP puede responder preguntas sobre las directivas anticipadas.

Puede llamar a Molina Healthcare para obtener información en relación con la ley estatal sobre directivas anticipadas y los cambios a las leyes de directivas anticipadas. Molina Healthcare actualiza la información sobre las directivas anticipadas a más tardar noventa (90) días naturales a partir de la fecha en que recibe el aviso de cambios a las leyes estatales.

Para obtener más información, llámenos al 1 (888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

ACCESO A LA ATENCIÓN PARA MIEMBROS CON DISCAPACIDADES

Ley de Estadounidenses con Discapacidades

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) prohíbe la discriminación por discapacidad. La ADA exige a Molina y a sus contratistas proveer asistencia razonable para pacientes con discapacidades.

Acceso físico

Molina ha tomado todas las medidas posibles para asegurar que nuestras oficinas y los consultorios de los médicos de Molina sean accesibles para las personas con discapacidades. Si no logra encontrar un médico que cumpla con sus necesidades, llámenos al número de teléfono gratuito, 1 (888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711. Le ayudaremos a encontrar a un médico.

Acceso para personas sordas o con problemas de audición

Si necesita un intérprete de lenguaje de señas al momento de concertar su cita, infórmenoslo. Molina Healthcare solicita un aviso con, al menos, setenta y dos (72) horas de anticipación para coordinar los servicios de un intérprete calificado. Llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare mediante la línea TTY al 711.

Acceso para personas con poca visión o ceguera

Usted puede solicitar este Contrato y otros materiales del plan en formatos accesibles. Son para personas con poca vista o ceguera. Hay material disponible en letra grande y formatos de disco de computadora ampliados. Este Contrato también está disponible en formato de audio. Para obtener formatos accesibles o asistencia directa para la lectura del Contrato y otros materiales, llámenos. Los miembros que necesitan información en letra grande, audio y braille pueden solicitarlo. Llame al Centro de Apoyo al Cliente. Nuestro número de teléfono gratuito es 1 (888) 858-2150.

Quejas por falta de acceso para personas con discapacidad

Si considera que Molina o sus médicos no han respondido a sus necesidades de acceso para discapacitados, puede presentar una queja.

SERVICIOS CUBIERTOS

Molina Healthcare cubre los servicios descritos en la sección titulada “¿Qué cubre mi plan?” a continuación. Estos servicios están sujetos a las exclusiones, limitaciones y reducciones establecidas en este Contrato, únicamente si se satisfacen todas las siguientes condiciones:

- Usted es miembro en la fecha en que recibe los servicios cubiertos
- Con la excepción de la atenciónF y los servicios médicos preventivos, los Servicios Cubiertos son Médicamente Necesarios.
- Los servicios se enumeran como servicios cubiertos en este acuerdo
- Recibe los servicios cubiertos de los proveedores participantes dentro de nuestra área de servicio para este producto ofrecido a través de Covered California, excepto cuando se indique específicamente lo contrario en este Contrato. Por ejemplo, en el caso de una emergencia o de que necesite servicios de atención médica urgente fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios cubiertos de un proveedor externo.

Los únicos servicios que Molina Healthcare cubre en virtud de este acuerdo son aquellos descritos en este acuerdo, sujeto a cualquier exclusión, limitación y reducción que se describe en este acuerdo. Si usted considera que el servicio de atención médica ha sido indebidamente denegado, modificado o demorado, puede apelar la decisión presentando y solicitando una revisión médica independiente del Departamento de Atención Médica Administrada, según se describe en la sección de este Contrato titulada “Quejas y apelaciones”.

Costos compartidos (dinero que tendrá que pagar para obtener los servicios cubiertos)

Los costos compartidos son el deducible, copago o coseguro que usted debe pagar por los servicios cubiertos en virtud de este Acuerdo. La suma de costo compartido que deberá pagar para cada tipo de servicio cubierto está descrita en el Programa de beneficios y al inicio de este Contrato.

Debe pagar costos compartidos por los servicios cubiertos, con la excepción de los Servicios médicos preventivos incluidos en los beneficios de salud esenciales (según lo requiera la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio) que son proporcionados por los proveedores participantes. Los costos compartidos por los servicios cubiertos se incluyen en el Programa de beneficios al inicio de este Contrato.

DEBE REVISAR EL PROGRAMA DE BENEFICIOS CON ATENCIÓN. DEBE COMPRENDER CUÁLES SERÁN LOS COSTOS COMPARTIDOS.

Máximo anual de gastos de bolsillo

También llamado “**OOPM**”, es la cantidad máxima de costos compartidos que tendrá que pagar por servicios cubiertos en un año natural. En su Programa de beneficios, se detallará la cantidad de OOPM. Los costos compartidos incluyen los pagos que haga de cualquier deducible, copago o coseguro.

Las sumas que paga por servicios que no son servicios cubiertos en virtud de este Contrato no se tomarán en cuenta para el OOPM.

El Programa de beneficios podría especificar la cantidad de OOPM para cada individuo afiliado según este Contrato y una cantidad de OOPM separada para toda la familia en caso de que haya dos o más miembros afiliados. Cuando hay dos o más miembros afiliados según este Contrato:

- 1) Se satisfará el OOPM individual, con respecto al suscriptor o a un dependiente particular, cuando esa persona alcance la cantidad de OOPM individual.
- 2) O se cubrirá el OOPM familiar cuando sus costos compartidos familiares alcancen la cantidad de OOPM familiar.

Una vez que el total de costos compartidos del suscriptor o de un dependiente particular alcanza la cantidad de OOPM individual, pagaremos el 100 % de los cargos por los servicios cubiertos para ese individuo durante el resto del año natural. Una vez que los costos compartidos de dos o más miembros de su familia alcancen la cantidad de OOPM, pagaremos el 100 % de los cargos de los servicios cubiertos durante el resto del año natural para usted y cada miembro de su familia.

Coseguro

El coseguro es un porcentaje de los cargos por servicios cubiertos que debe pagar cuando recibe servicios cubiertos. La suma del coseguro se calcula como un porcentaje de las tarifas que Molina ha negociado con el proveedor participante. Los coseguros se describen en el Programa de beneficios. Algunos de los servicios cubiertos no tienen coseguro. Quizás se aplique un deducible o copago.

Copago

Un copago es una suma específica de dinero que usted debe pagar cuando recibe los servicios cubiertos. Los copagos se describen en el Programa de beneficios. Algunos de los servicios cubiertos no tienen copago. Quizás se aplique un deducible o coseguro.

Deducible

Deducible: es el monto que debe pagar en un año natural por los Servicios cubiertos que recibe antes de que Molina Healthcare cubra dichos servicios con el correspondiente copago o coseguro. La suma que usted paga por su deducible se basa en las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el proveedor participante. Los deducibles se describen en el Programa de beneficios.

Consulte el Programa de beneficios para saber qué servicios cubiertos están sujetos al deducible y la suma del deducible. Su producto podría tener sumas de deducibles separadas por los servicios cubiertos especificados. Si este es el caso, las sumas pagadas para cubrir un tipo de deducible no pueden usarse para cumplir con otro tipo de deducible.

Cuando Molina Healthcare cubre servicios “sin costo” sujeto al deducible y no haya alcanzado la suma de su deducible, usted deberá pagar los cargos por los servicios. Cuando la atención médica preventiva cubierta por el presente Contrato se incluya en los Beneficios de salud esenciales, usted no pagará deducible ni otros costos compartidos por dicho servicio.

Puede haber un deducible que se incluye para un miembro individual y un deducible para toda la familia. Si usted es un miembro en una familia de dos o más miembros, alcanzará el deducible:

- Cuando alcance el deducible para el miembro individual.
- Cuando su familia alcance el deducible para la familia.

Por ejemplo, si alcanza el deducible para el miembro individual, usted pagará el correspondiente copago o coseguro por los servicios cubiertos durante el resto del año natural, pero todos los otros miembros de su familia deben continuar pagando para cubrir el deducible hasta que su familia reúna el deducible de la familia.

Normas generales aplicables a costos compartidos

Todos los servicios cubiertos tienen costos compartidos, a menos que se indique específicamente o hasta que haya alcanzado el máximo anual de gastos de su bolsillo. Consulte el Programa de beneficios al principio de este Contrato. Podrá determinar la suma de los costos compartidos que deberá pagar por cada tipo de servicios cubiertos enumerados.

Usted es responsable de los costos compartidos vigentes en la fecha en que reciba los servicios cubiertos, excepto en los siguientes casos:

Si en la fecha de vigencia del presente Contrato recibe servicios en un centro de enfermería especializada o servicios hospitalarios para pacientes internados, usted paga los costos compartidos vigentes en la fecha de su admisión. Usted pagará estos Costos compartidos hasta que sea dado de alta. Los servicios deben estar cubiertos bajo el certificado de cobertura de Su plan de salud anterior. Además, no debe haber interrupciones en su cobertura. Sin embargo, si los servicios no están cubiertos en virtud de la EOC de Su plan de salud anterior, Usted paga los Costos Compartidos en vigencia en la fecha en que recibe los Servicios Cubiertos. Además, si se produjo una interrupción en la cobertura, paga los costos compartidos en vigor en la fecha que recibe los servicios cubiertos.

Para los artículos solicitados por anticipado, usted paga los costos compartidos vigentes en la fecha del pedido. Molina no cubrirá los artículos a menos que ya tenga cobertura para ellos en la fecha que los recibe. Puede que se le solicite pagar costos compartidos cuando solicita el artículo. Para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, la fecha del pedido es la fecha en que la farmacia procesa el pedido después de recibir toda la información que necesita para surtir la receta médica.

Recibir una factura

En la mayoría de los casos, los proveedores participantes le pedirán que pague el costo compartido al momento de registrarse. Es probable que este pago cubra solo una parte de los costos compartidos totales por los servicios cubiertos que reciba. Su proveedor participante le facturará cualquier suma por costos compartidos adicionales que adeude. No se le permite al proveedor participante facturarle los servicios cubiertos que usted reciba, salvo las sumas de costos compartidos a pagar según este Contrato. Sin embargo, usted es responsable de pagar los cargos por cualquiera de los servicios de atención médica o tratamientos que no sean servicios cubiertos conforme a este Contrato.

¿Cómo cumple su cobertura con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio?

Sus Servicios Cubiertos incluyen los Beneficios de Salud Esenciales según lo determina la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Si la cobertura de no EHB está incluida en su producto, aquellos servicios cubiertos también se establecerán en este Contrato.

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece ciertas normas para los beneficios de salud esenciales. Estas reglas le indican a Molina cómo administrar ciertos beneficios y costos compartidos de conformidad con este Contrato. Por ejemplo, según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, no se permite que Molina establezca límites de la vida o límite anual en el valor monetario de los beneficios de salud esenciales proporcionados según este Contrato. Cuando la atención médica preventiva de Beneficios de salud esenciales es proporcionada por un proveedor participante, usted no tendrá que pagar ninguna suma de costos compartidos. Además, Molina debe asegurarse de que los costos compartidos que paga por todos los beneficios de salud esenciales no excedan un límite anual que se determina de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. A los efectos de este límite anual de beneficios de salud esenciales, los costos compartidos se refieren a cualquier costo que un miembro debe pagar por la recepción de esos beneficios. Dichos costos compartidos incluyen deducibles, coseguros, copagos o cargos similares, pero excluyen las primas y sus gastos por servicios no cubiertos.

Convierta su cobertura en asequible

Para Suscriptores que cumplen con los requisitos, puede haber asistencia para ayudar a que el producto que usted adquiere según este Contrato sea más asequible. Si aún no lo ha hecho, comuníquese con Covered California para determinar si usted es elegible para recibir créditos tributarios. Los créditos tributarios pueden reducir la responsabilidad de primas o costos compartidos en relación con los beneficios de salud esenciales. Covered California también tendrá información sobre los límites anuales en costos compartidos para obtener sus beneficios de salud esenciales. Covered California puede ayudarle a determinar si usted es un indígena que califica que tiene limitadas o ninguna responsabilidad de costo compartido para los beneficios de salud esenciales. Molina trabajará con Covered California para ayudarlo.

Molina no determina ni proporciona créditos tributarios de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

¿Qué cubre mi plan?

Esta sección le informa cuáles son los servicios médicos que Molina cubre. Estos se denominan servicios cubiertos.

Excepto en el caso de servicios y atención médica preventiva, para que un servicio esté cubierto **debe ser médicamente necesario**.

Usted tiene el derecho a presentar una apelación si se deniega un servicio. Estas instrucciones se encuentran en la sección de este Contrato titulada “Quejas y apelaciones”.

Su atención médica no debe ser experimental ni de investigación. Sin embargo, usted puede solicitar formar parte de atención experimental o de investigación. Consulte la sección "Atención médica experimental o en investigación" para obtener más información. Molina también puede cubrir los costos médicos de rutina para los miembros en estudios clínicos aprobados. Consulte la sección "Ensayos clínicos aprobados" para obtener más información acerca del tema.

Ciertos servicios médicos que se describen en esta sección solo estarán cubiertos por Molina si obtiene una autorización previa, antes de procurar tratamiento por dichos servicios. Para obtener una explicación más detallada de una autorización previa y una lista completa de los servicios cubiertos que requieren autorización previa, diríjase a la sección "Autorización previa". Sin embargo, nunca corresponderá obtener una autorización previa para el tratamiento de afecciones de emergencia ni para servicios de atención médica urgente.

SERVICIOS PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Servicios y atención médica preventiva

La atención médica preventiva y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio

Según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y como parte de sus beneficios de salud esenciales, Molina cubrirá los siguientes servicios médicos preventivos recomendados por el gobierno. Consulte con su PCP para determinar si un servicio específico es preventivo o de diagnóstico. No pagará ningún costo compartido por:

- Los artículos o servicios basados en pruebas que tienen una clasificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales de la Comisión Especial de Servicios Médicos Preventivos (USPSTF, por sus siglas en inglés) con respecto a la persona involucrada.
- Las inmunizaciones rutinarias en niños, adolescentes y adultos que tienen una recomendación en vigor del Comité asesor de las prácticas de vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) con respecto a la persona involucrada.

- En el caso de bebés, niños y adolescentes, la atención médica preventiva y los exámenes preventivos basados en pruebas establecidos en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés).
- Con respecto a las mujeres, la atención médica preventiva y los exámenes de detección basados en pruebas establecidos en las pautas integrales respaldadas por la HRSA, en la medida que no estén incluidos en ciertas recomendaciones de la USPSTF.
- Toda la atención médica preventiva deberá ser suministrada por un proveedor participante para que esté cubierta por este Contrato. Los miembros son absolutamente responsables por los cargos de los servicios médicos preventivos no autorizados brindados por un proveedor no participante.

A medida que las fuentes gubernamentales identificadas anteriormente publiquen nuevas recomendaciones y pautas para la atención médica preventiva, estas estarán cubiertas por este Contrato. La cobertura comenzará para los años del producto, que comienzan un año después de la fecha de publicación de la recomendación o pauta, o en cualquier otra fecha según lo requiera la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. El año del producto, también conocido como año de póliza a los efectos de esta cláusula, se basa en el año natural.

Si una recomendación o pauta nueva o existente del gobierno no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el ámbito requeridos para la prestación de un servicio médico preventivo, Molina puede imponer límites de cobertura razonables a dicha atención médica preventiva. Los límites de cobertura serán congruentes con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y la legislación aplicable de California. Estos límites de cobertura también son aplicables a los beneficios de atención médica preventiva que se detallan a continuación.

Para ayudarlo a comprender y acceder a sus beneficios, los servicios médicos preventivos para adultos y niños que están cubiertos según este Contrato se enumeran a continuación.

Servicios médicos preventivos para niños y adolescentes

Los siguientes servicios de atención médica preventiva están cubiertos y se recomiendan para todos los niños y adolescentes hasta los 18 años de edad. No pagará costos compartidos si los servicios son prestados por un proveedor participante. Los miembros son absolutamente responsables por los cargos de los servicios médicos preventivos no autorizados brindados por un proveedor no participante.

- Evaluaciones de abuso de drogas y alcohol para adolescentes.
- Todos los servicios integrales perinatales están cubiertos. Esto incluye atención perinatal y atención de posparto, gestión para la salud, evaluación nutricional y servicios psicológicos.
- Pruebas de detección de autismo para niños de 18 a 24 meses
- Examen preventivo básico de la vista (sin refracción)
- Evaluación de la salud conductual para todos los adolescentes sexualmente activos que tienen riesgo aumentado de infección de transmisión sexual.
- La evaluación de salud conductual para niños (tenga en cuenta que se aplican costos compartidos y requisitos adicionales a los beneficios de Salud Mental más allá de una evaluación de salud conductual)
- Examen preventivo de displasia cervical: mujeres sexualmente activas.
- Historia clínica completa.
- Examen preventivo de depresión: adolescentes.
- Examen preventivo de dislipidemia para niños con alto riesgo de trastornos por lípidos Examen preventivo para niños con alto riesgo de trastornos por lípidos.
- Los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés), incluso aquellos indicados en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud federal, están cubiertos para miembros menores de 21 años. (Esto incluye a aquellos con necesidades de atención médica especial).
- Aplicación de fluoruro por un PCP

- Medicamento profiláctico para la gonorrea: recién nacidos
- Control de la salud
- Examen preventivo de la audición
- Examen de diagnóstico de hematocritos o hemoglobina
- Examen preventivo de hemoglobinopatías: recién nacidos.
- Examen preventivo de VIH: adolescentes con alto riesgo.
- Examen preventivo de hipotiroidismo: recién nacidos.
- Inmunizaciones*
- Suplementos de hierro en niños cuando sean recetados por un proveedor participante.
- Prueba de nivel de plomo en sangre (los padres o tutores legales de Miembros de 6 a 72 meses de edad tienen derecho a recibir consejos preventivos sobre la exposición al plomo, en forma oral o por escrito, de parte su PCP. Esto incluye cómo los niños se pueden dañar por la exposición al plomo, especialmente al plomo en la pintura. Cuando su PCP hace una prueba de detección de plomo en sangre, es muy importante realizar un seguimiento y obtener los resultados de la prueba. Comuníquese con su PCP si tiene preguntas adicionales).
- Reunirse con el padre, tutor o menor emancipado para hablar de lo que implica el examen.
- Evaluación de la salud nutricional.
- Examen preventivo de obesidad y asesoramiento: niños.
- Evaluación de riesgo de la salud oral para niños pequeños (0-10 años; límite de 1 consulta por cada período de seis meses).
- Examen preventivo de fenilcetonuria (PKU): recién nacidos
- Examen físico, incluida la evaluación del crecimiento.
- Examen preventivo de infección por el virus de la hepatitis B en personas con alto riesgo de contraer infección
- Examen de detección del rasgo de anemia de células falciformes, cuando corresponda.
- Asesoramiento conductual sobre el cáncer de piel (edad de 10 a 24)
- Asesoramiento sobre el consumo del tabaco: niños y adolescentes en edad escolar
- Examen de detección de la tuberculosis (TB).
- Atención médica rutinaria para bebés y niños

*Si lleva su hijo al departamento de salud local o la escuela ha dado a su hijo alguna vacuna, asegúrese de proporcionar una copia del registro de vacunas actualizado (tarjeta de vacunación) al PCP de su hijo.

Servicios médicos preventivos para adultos y ancianos

Los siguientes servicios de atención médica preventiva ambulatoria se encuentran cubiertos y se recomiendan para todos los adultos, incluidos los ancianos. No pagará costos compartidos si recibe servicios de un proveedor participante. Los miembros son responsables en un 100% por los cargos de los servicios brindados por un proveedor no participante.

- examen de detección de aneurisma de aorta abdominal: para hombres de 65 a 75 años que fueron fumadores
- Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento
- Examen preventivo de anemia: mujeres.
- Aspirina para la prevención de la preeclampsia
- Aspirina para prevenir una enfermedad cardiovascular (cuando la receta un proveedor participante)
- Examen preventivo de la bacteriuria: mujeres embarazadas.
- evaluación de salud conductual para todos los adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual;
- Examen preventivo de la presión arterial
- Asesoramiento BRCA sobre medicamentos preventivos contra el cáncer de mama
- Examen de mamas a las mujeres (de acuerdo con su edad).
- Apoyo, suministros, asesoramiento para lactancia

- Examen de detección del cáncer.
- Chequeo médico de colesterol.
- Examen de detección de la infección por clamidia: mujeres.
- examen preventivo de cáncer colorrectal (de acuerdo con su edad o mayor riesgo de médico. Algunos ejemplos de este examen preventivo incluyen colonoscopia y exámenes periódicos médicamente necesarios de las heces.)
- La detección citológica (prueba de Papanicoláu) para mujeres debe comenzar a más tardar a los 18 años (también de acuerdo con su estado de salud y riesgo médico).
- Exámenes de detección de depresión: adultos.
- Educación y capacitación para el autocontrol de la diabetes, proporcionados por un profesional de atención médica certificado, registrado o autorizado (se limita a las consultas médicamente necesarias al diagnosticar diabetes; las consultas posteriores al diagnóstico del médico, que representan un cambio significativo en los síntomas o en el estado del miembro que garantiza cambios en la autogestión del miembro; las consultas cuando un proveedor médico con autorización receta nueva educación o capacitación de repaso, y la terapia de nutrición médica relacionada con el control de la diabetes).
- Examen de detección de diabetes (tipo 2) para adultos con presión arterial alta.
- Evaluación dietética y asesoramiento nutricional
- Fisioterapia para prevenir caídas en adultos residentes de la comunidad de 65 años o más que tengan mayor riesgo de sufrir caídas
- Servicios de planificación familiar (incluidos los medicamentos y dispositivos recetados aprobados por el FDA)
- Suplemento de ácido fólico.
- Examen de detección de gonorrea y asesoramiento: todas las mujeres con alto riesgo.
- Control de la salud y control de enfermedades crónicas
- exámenes preventivos de audición;
- Examen de detección de hepatitis B: mujeres embarazadas.
- El examen preventivo del virus del papiloma humano (VPH) (como mínimo una vez cada tres años para mujeres mayores de 30).
- Vacunas.
- Historial médico y examen físico.
- Examen de detección de obesidad y orientación: adultos.
- Remisión de los adultos obesos o con sobrepeso que tienen más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (CVD) a intervenciones de asesoramiento conductual intensivas para promover una dieta saludable y actividad física para prevenir la CVD.
- Examen de detección de osteoporosis en las mujeres (de acuerdo con su edad).
- Antígeno específico de la próstata (PSA).
- Examen de detección de incompatibilidad Rh: primera consulta por embarazo.
- Examen de detección de incompatibilidad Rh. 24-28 semanas de gestación.
- Exámenes programados de cuidado prenatal y primera consulta y examen de seguimiento posparto
- Examen de detección de violencia interpersonal y doméstica, y asesoramiento al respecto: mujeres.
- examen preventivo de diabetes gestacional;
- examen preventivo para la infección por el virus de la hepatitis B en personas con alto riesgo de contraer infección;
- Examen preventivo de infección por el virus de la hepatitis C (HCV) en personas con alto riesgo de contraer infección
- Mamografía de detección para mujeres (las mamografías de detección de baja dosis se deben realizar en los centros de imágenes aprobados designados de acuerdo con su edad. Como mínimo, la cobertura debe incluir una mamografía inicial para las personas entre los 35 y los 39 años; una mamografía cada dos años para las personas entre los 40 y los 49 años; y una mamografía anual para las personas mayores de 50 años).
- Examen preventivo de la preeclampsia en mujeres embarazadas con mediciones de la presión

arterial durante todo el embarazo

- Orientación en el comportamiento para la prevención de cáncer de piel (edades 10 a 24)
- Medicamento preventivo estatina: adultos de entre 40 y 75 años sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (CVD), uno o más factores de riesgo de CVD y un riesgo calculado de CVD dentro de 10 años de 10 % o más
- Examen de detección y asesoramiento de enfermedades de transmisión sexual y VIH.
- Examen de detección de sífilis y asesoramiento (todos los adultos con alto riesgo).
- Asesoramiento e intervención relacionados al consumo de tabaco: adultas no embarazadas
- Examen de detección de la tuberculosis (TB).
- Vitamina D para adultos residentes de la comunidad de 65 años o más para promover el fortalecimiento óseo
- Consulta preventiva de la mujer (como mínimo, una consulta de rutina anual y consultas de control si se diagnostica una afección).

Servicios de médicos y otros proveedores médicos

Cubrimos los siguientes servicios para pacientes ambulatorios cuando sean suministrados por un médico del proveedor participante u otro profesional (dentro del ámbito de su licencia):

- Prevención, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.
- Visitas al consultorio (incluidas las consultas prenatales y postnatales)
- Exámenes de la salud rutinarios para niños y para adultos.
- Consultas con especialistas cuando sea remitido por su PCP (por ejemplo, un cardiólogo u oncólogo).
- inyecciones, pruebas y tratamientos de alergias proporcionados o remitidos por parte de su PCP.
- Audiología y pruebas de audición
- Atención de médicos y otros proveedores médicos dentro o fuera del hospital
- Consultas y cuidado preventivo del niño
- Atención ambulatoria de maternidad (incluidas las complicaciones del embarazo y medicamente necesarias en atención en el hogar)
- Atención ambulatoria del recién nacido según se describe en “Cobertura del recién nacido y el niño adoptivo” de acuerdo con la sección “¿Qué cubre mi plan?”
- Los exámenes de rutina y cuidado prenatal provistos por un obstetra ginecólogo a los miembros femeninos. Puede seleccionar a un obstetra ginecólogo como su PCP. Las dependientes mujeres mayores de 13 años tienen acceso directo a la atención tocoginecológica.

Servicios de acupuntura

Cubrimos los servicios de acupuntura que generalmente son proporcionados sólo para el tratamiento de náusea o como parte de un programa integral de manejo del dolor para el tratamiento de dolor crónico. Se aplicará a pacientes ambulatorios el costo compartido para atención médica de otro proveedor médico.

Servicios de habilitación

Los dispositivos y servicios de recuperación de habilidades médicamente necesarios son servicios y dispositivos de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida diaria. Los ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina ni habla en la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de instalaciones para pacientes internados o ambulatorios.

Servicios de rehabilitación

Cubrimos los servicios de rehabilitación que sean médicamente necesarios y que ayudan a los miembros lesionados o personas con discapacidad a reanudar sus actividades de la vida diaria. El objetivo de estos servicios es que el miembro reanude sus actividades cotidianas, que generalmente requieren fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional en un entorno apropiado para el nivel de la lesión o discapacidad e incluyen la rehabilitación cardíaca y pulmonar.

Servicios para la salud mental a pacientes ambulatorios

Cubrimos los siguientes servicios para pacientes ambulatorios cuando son proporcionados por médicos del proveedor participante u otros proveedores participantes que son profesionales de atención médica autorizados actuando dentro del ámbito de su autorización:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y en grupo.
- Evaluación psiquiátrica de diagnóstico.
- Servicios para pacientes ambulatorios con el propósito de monitorear la terapia con medicamentos.

Cubrimos servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, incluidos servicios para el tratamiento de disforia sexual solo cuando los servicios están destinados al diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales. Un “trastorno mental”, identificado en el Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales, cuarta edición, revisión del texto (DSM), tiene como consecuencia un sufrimiento o deterioro clínicamente significativo del funcionamiento mental, emocional o conductual.

Los “**trastornos mentales**” incluyen las siguientes afecciones y aquellas definidas en el DSM que provocan un sufrimiento clínicamente significativo o un deterioro en el funcionamiento mental, emocional o conductual.

- Enfermedad mental grave de una persona de cualquier edad. “**Enfermedad mental grave**” abarca los siguientes trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivos grave, pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno del espectro del autismo (ASD, por sus siglas en inglés), anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.
- Un trastorno emocional grave de un niño menor de 18 años de edad. “**Trastorno emocional grave**” de un niño menor de 18 años de edad implica una afección identificada como "trastorno mental" en el DSM, que no sea un trastorno por consumo de sustancias primarias o un trastorno del desarrollo, que tiene como resultado un comportamiento inadecuado para la edad del niño de acuerdo con los parámetros de desarrollo esperados, si el niño también cumple con por lo menos uno de los siguientes tres criterios:
 - como resultado del trastorno mental, (1) el niño tenga una discapacidad significativa en por lo menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, desempeño en la escuela, relaciones familiares o capacidad de funcionar en la comunidad; y (2) (a) el niño está en riesgo de que lo retiren del hogar o ya lo han retirado de él o (b) el trastorno mental y las discapacidades han estado presentes durante más de seis meses o es posible que continúen durante más de un año sin ningún tratamiento;
 - el niño muestra características psicóticas, o el riesgo de suicidio o violencia debido a un trastorno mental;
 - el niño cumple con los requisitos de elegibilidad de la educación especial en el capítulo 26.5 (que inicia con la sección 7570) de la División 7 del título 1 del Código gubernamental de California
- Tratamiento de salud conductual para el trastorno del espectro del autismo (ASD, por sus siglas en inglés), siempre que el tratamiento desarrolle o restaure, en la medida máxima posible, las funciones de una persona con ASD y cumpla con los siguientes requisitos:
 - El tratamiento está indicado por un médico o psicólogo
 - El tratamiento se proporciona por medio de un plan de tratamiento prescrito por un proveedor participante que es un proveedor de servicios para personas con autismo calificado (consulte la definición a continuación)
 - El tratamiento es administrado por un proveedor participante que es uno de los siguientes:
 - un proveedor calificado de servicios para autismo,
 - Un profesional de servicios calificado (consulte la definición a continuación) supervisado por

- el proveedor de servicios para personas con autismo calificado
 - Un paraprofesional de servicios para personas con autismo calificado (consulte la definición a continuación) supervisado por el proveedor de servicios para personas con autismo calificado o el profesional de servicios para personas con autismo calificado
- El plan de tratamiento tiene objetivos mensurables sobre una cronología específica que está desarrollada y aprobada, por el proveedor calificado de servicios para autismo, para el miembro que recibe tratamiento
- El plan de tratamiento es revisado antes de cada período de seis meses por el proveedor calificado de servicios para autismo y modificado siempre que sea apropiado
- El plan de tratamiento requiere que el proveedor calificado de servicios para autismo haga todo lo siguiente:
 - Defina tanto la frecuencia como los comportamientos de referencia y el tratamiento planificado para abordar estos comportamientos
 - Elabore un plan de intervención que incluye el tipo de servicio, cantidad de horas y la participación de los padres necesaria para alcanzar las metas y objetivos del plan, y la frecuencia con la que se evalúa e informa el progreso del miembro
 - Facilite planes de intervención que utilizan prácticas basadas en la evidencia, con eficacia clínica demostrada para tratar el ASD
 - interrumpir los servicios de intervención conductual intensiva cuando las metas y los objetivos del tratamiento se alcancen o ya no sean apropiados
- **“Proveedor de servicios para personas con autismo calificado”** hace referencia a un proveedor que tiene la experiencia y competencia para elaborar, supervisar, proporcionar o administrar el tratamiento del ASD y tiene una de las siguientes características:
 - Persona certificada por una entidad nacional (por ejemplo, la Comisión de certificación de analistas conductuales) con una certificación que está acreditada por la Comisión Nacional de Agencias de Certificación.
 - Persona autorizada en California como médico y cirujano, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, terapeuta matrimonial y familiar, psicopedagogo, trabajador social clínico, orientador profesional clínico, patólogo del habla y el lenguaje.
- Un **"profesional calificado de servicios para autismo"** significa una persona que cumple con todos los siguientes criterios:
 - Trata la salud conductual, que puede incluir administración de casos clínicos y supervisión de casos bajo la dirección y supervisión de un proveedor de servicios para personas con autismo calificado.
 - Es supervisado por un proveedor de servicios para personas con autismo calificado.
 - proporciona tratamiento de acuerdo con un plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el proveedor calificado de servicios para autismo,
 - Es un proveedor de servicios conductuales que cumple con las cualificaciones de educación y experiencia que se describen en la sección 54342 del título 17 del Código de Regulaciones de California respecto de un colaborador de análisis conductual, analista conductual, asistente de control conductual, asesor de control conductual o programa de control conductual.
 - Tiene formación y experiencia en la prestación de servicios para personas con ASD en virtud de la división 4.5 (que inicia con la sección 4500) del Código de asistencia pública e instituciones o el título 14 (que inicia con la sección 95000) del Código gubernamental.
 - Es empleado por un proveedor de servicios para personas con autismo calificado o una entidad o grupo que emplea proveedores de servicios para personas con autismo calificados encargados del plan de tratamiento.
- Un **"auxiliar calificado de servicios para autismo"** significa una persona no certificada y sin autorización, que cumpla con todos los siguientes criterios:
 - Es supervisado por un proveedor de servicios para personas con autismo calificado o un profesional de servicios para personas con autismo calificado en el nivel de supervisión clínica que cumpla con los estándares de práctica reconocidas profesionalmente.
 - proporciona tratamiento e implementa servicios de acuerdo a un plan de tratamiento desarrollado

- y aprobado por el proveedor calificado de servicios para autismo,
- Cumple con las cualificaciones de educación y capacitación descritas en la sección 54342 del título 17 del Código de Regulaciones de California.
- Tiene la educación, capacitación y experiencia adecuadas, certificadas por un proveedor de servicios para personas con autismo calificado o una entidad o un grupo que emplea a proveedores de servicios para personas con autismo calificados.
- es empleado por un proveedor calificado de servicios para autismo o una entidad o grupo que emplea proveedores calificados de servicios para autismo encargados del plan de tratamiento.

Todos los servicios médicamente necesarios para tratar enfermedades mentales graves o alteraciones emocionales severas en niños (SMI o SED) están cubiertos y no están excluidos de la cobertura, sin perjuicio de toda otra exclusión o limitación.

Servicios para trastornos por abuso de sustancias (SUD) para pacientes ambulatorios

Molina Healthcare cubre la siguiente atención ambulatoria para el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias

- Programas de tratamiento diurno/parcial.
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios.
- Asesoramiento individual o grupal por abuso de sustancias.
- Evaluación y tratamiento individual por abuso de sustancias.
- Tratamiento grupal para el trastorno de abuso de sustancias.

SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA

No cubrimos la mayoría de los servicios dentales y de ortodoncia. Sí cubrimos algunos servicios dentales y de ortodoncia para Miembros según se describe en esta sección “Servicios Dentales y de Ortodoncia”.

Servicios dentales para la radioterapia

Cubrimos la evaluación dental, radiografías, tratamiento con fluoruro y las extracciones necesarias para preparar su mandíbula para la radioterapia contra el cáncer y enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello. Debe recibir los servicios de un médico de un proveedor participante.

Anestesia para procedimientos dentales

Para procedimientos dentales, cubrimos la anestesia general y los servicios del centro del proveedor participante relacionados con la anestesia, si se cumple cualquiera de las siguientes condiciones:

- El miembro tiene afecciones con riesgo de vida a nivel físico, intelectual o médico para las cuales un tratamiento con anestesia local no brindaría resultados favorables. Asimismo, el tratamiento dental con anestesia general podría producir resultados superiores.
- Los miembros para los cuales la anestesia local se considera ineficaz a causa de una infección aguda, una variación anatómica o alergia.
- Niños o adolescentes dependientes cubiertos que sean extremadamente poco cooperativos, miedosos, ansiosos o poco comunicativos con necesidades dentales de tal magnitud que el tratamiento no se pueda posponer ni diferir. Asimismo, la falta de tratamiento de estos niños o adolescentes podría generar dolor o infección dental u oral, pérdida de piezas dentales u otra morbilidad mayor oral o dental. (Los niños menores de 7 años no deben cumplir con ninguna de estas condiciones).
- Los Miembros con importantes traumatismos orales faciales o dentales para los que el tratamiento con anestesia local sería ineficaz o estaría comprometido.
- Otros procedimientos para los que la hospitalización o la anestesia general en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria sean médicamente necesarios.

No cubrimos ningún otro servicio relacionado con el procedimiento dental, tales como los servicios del dentista.

Servicios dentales y de ortodoncia para el paladar hendido

Cubrimos algunas extracciones dentales, los procedimientos dentales necesarios para preparar la boca para una extracción y los servicios de ortodoncia. Estos servicios deben cumplir con todos los requisitos siguientes:

- Los servicios son parte integral básica de una cirugía reconstructiva del paladar hendido.
- Un proveedor participante proporcione los servicios.
- Molina autoriza a un proveedor no participante que es dentista u ortodoncista a brindar los servicios.

servicios para tratar el síndrome de la articulación temporomandibular

Cubrimos los siguientes servicios para tratar el síndrome de la articulación temporomandibular (también conocido como “TMJ”):

- Tratamiento médico no quirúrgico médicamente necesario del síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) (p. ej., férula y fisioterapia).
- Tratamiento quirúrgico y artroscópico de ATM si el historial muestra que un tratamiento médico conservador ha fracasado.

Por los servicios cubiertos relacionados con la atención dental o de ortodoncia mencionados en las secciones anteriores, usted pagará los costos compartidos que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con la atención dental o de ortodoncia. Por ejemplo, para los servicios hospitalarios para pacientes internados, usted debería pagar los costos compartidos que aparecen en la sección “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en el Programa de beneficios.

Servicios dentales pediátricos

Molina Healthcare se asoció con California Dental Network, Inc. para administrar los beneficios dentales pediátricos de los miembros menores de 19 años. Molina cubre servicios preventivos/de diagnóstico, rutinarios, de complejidad y de ortodoncia, como se describe en el apéndice de servicios dentales pediátricos.

SERVICIOS PARA LA VISTA

Cubrimos los siguientes servicios para la vista para todos los miembros:

- Exámenes de la vista para personas diabéticas (examen con gotas para dilatar las pupilas).
- Servicios para tratamientos médicos o quirúrgicos de lesiones y/o enfermedades que afectan el ojo

Los beneficios no están disponibles para los cargos relacionados con exámenes de la vista de refracción de rutina o para la compra o ajuste de anteojos o lentes de contacto, excepto como se describe en la sección titulada "Servicios para la vista pediátricos."

Servicios para la vista pediátricos

Molina Healthcare cubre los siguientes servicios para la vista para miembros menores de 19 años:

Exámenes:

- Examen preventivo de la vista y examen de los ojos de rutina, incluida la refracción, cada año natural.
- dilatación durante el examen de los ojos cuando está indicada profesionalmente

Receta de anteojos:

- Anteojos recetados: monturas y lentes, limitado a un (1) par de anteojos recetados una vez cada doce (12) meses. Las lentes de los anteojos están disponibles en vidrio, plástico o policarbonato.

Se ofrecen lentes de visión única, bifocales convencionales, trifocales convencionales y lenticulares en todas las graduaciones de lentes.

Examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación):

- Los ajustes estándar y premium están totalmente cubiertos

Materiales:

- Lentes de contacto con receta cubiertos con un suministro mínimo para tres (3) meses en cualquiera de las siguientes modalidades:
 - Estándar (un [1] par al año)
 - Mensual (suministro para seis [6] meses)
 - Quincenal (suministro para tres [3] meses)
 - Diario (suministro para tres [3] meses)
- Los lentes de contacto sustituyen las monturas y los lentes
- Los miembros pueden elegir cualquier material disponible para lentes de contacto recetados

Lentes de contacto necesarios

- Totalmente cubiertos para los miembros que tienen afecciones específicas para las cuales los lentes de contacto proporcionan una mejor corrección de la vista, en lugar de lentes y monturas, para el tratamiento de:
 - Aniridia
 - Aniseiconia
 - Anisometropía
 - Afaquia
 - Trastornos de la córnea
 - Astigmatismo irregular
 - Queratocono
 - Miopía patológica
 - Trastornos postraumáticos

Consulte la sección "Servicios especializados para la vista" para ver detalles acerca de la cobertura de lentes de contacto especiales para aniridia y afaquia.

- Dispositivos ópticos para visión reducida, incluidos los servicios para la vista reducida y capacitación e indicaciones para maximizar el resto de la visión útil con cuidado de seguimiento, cuando los servicios son médicamente necesarios y se obtiene una autorización previa. Con autorización previa, la cobertura incluye lo siguiente:
 - una (1) evaluación integral de vista reducida cada cinco (5) años;
 - lentes de alta potencia, lupas y telescopio según sea médicamente necesario;
 - cuidado de seguimiento: cuatro consultas (4) en un período de cinco (5) años.

La cirugía correctiva láser no está cubierta.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Cubrimos servicios de planificación familiar para ayudar a determinar la cantidad y el período entre hijos. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por el FDA. Como miembro, usted elige a un médico que se encuentra cerca de usted para recibir los servicios que necesita. Nuestros médicos de atención primaria y obstetras ginecólogos están disponibles para brindar servicios de planificación familiar. Puede hacerlo sin tener que obtener autorización previa por parte de Molina Healthcare. (Molina paga al médico o a la clínica por los servicios de planificación familiar que usted obtiene). Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Control de la salud y asesoramiento para ayudarlo a tomar decisiones informadas
- Control de la salud y asesoramiento para ayudarlo a comprender los métodos anticonceptivos.
- Historia limitada y examen físico.
- Pruebas de laboratorio si las indica el médico a la hora de decidir qué métodos anticonceptivos podría usar.
- Todos los métodos anticonceptivos aprobados por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos (FDA), que incluyen medicamentos, dispositivos y otros productos para mujeres, incluidos todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA disponibles de venta libre, según lo indique el proveedor del miembro, procedimientos de esterilización voluntaria y educación y asesoramiento del paciente sobre anticoncepción y servicios de seguimiento relacionados con los medicamentos, dispositivos, productos y procedimientos que incluyen, por ejemplo, control de efectos colaterales, asesoramiento para cumplimiento continuo e inserción y extracción del dispositivo. Cuando la FDA haya aprobado uno o más equivalentes terapéuticos de un medicamento, dispositivo o producto anticonceptivo, el plan tiene la obligación de cubrir únicamente al menos un (1) equivalente terapéutico sin costos compartidos. (*Los medicamentos recetados no disponibles en el formulario se encuentran disponibles a través de un proceso de revisión de excepción).
- Administración, inserción y extracción de dispositivos de anticoncepción, como dispositivos intrauterinos (DIU).
- Cuidado de seguimiento por cualquier problema que tenga al usar métodos anticonceptivos provistos por los proveedores de planificación familiar
- Suministro de anticonceptivos de emergencia cuando sean indicados por un farmacéutico contratado o en el caso de una emergencia por un proveedor no contratado
- Servicios de esterilización voluntaria, incluso la ligadura de trompas (para mujeres) y vasectomías (para hombres).
- Pruebas y asesoramiento para el embarazo.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) si es médicamente necesario.
- Examen preventivo, pruebas y asesoramiento para las personas en riesgo de padecer VIH y remisión para el tratamiento

Los servicios de planificación familiar no incluyen lo siguiente:

- condones para hombres, ya que están excluidos de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Interrupción del embarazo

- Molina Healthcare cubre los servicios de interrupción de embarazo sujeto a ciertas restricciones de cobertura requeridos por la ley de cuidado de salud a bajo precio y por las leyes aplicables de California.

Los servicios de interrupción de embarazo están cubiertos. Estos servicios son procedimientos realizados en el consultorio y no requieren autorización previa.

Si los servicios de interrupción de embarazo se brindan en un entorno de pacientes internados o en un ámbito ambulatorio hospitalario, se requiere autorización previa.

Se aplicarán costos compartidos por las consultas al consultorio y cirugía para pacientes ambulatorios.

Tenga en cuenta que algunos hospitales y proveedores no podrán prestarle servicios de interrupción del embarazo.

FENILCETONURIA (PKU, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) Y OTROS DEFECTOS CONGÉNITOS DEL METABOLISMO

Cubrimos pruebas y tratamiento de fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés). Además cubrimos otros defectos congénitos del metabolismo que involucren aminoácidos. Esto incluye fórmulas y productos alimenticios especiales como parte de una dieta recetada por un proveedor participante y administradas por un profesional de atención médica autorizado. El profesional de atención médica consulta a un médico especializado en el tratamiento de enfermedades metabólicas. La dieta debe considerarse médicamente necesario para evitar el desarrollo de discapacidades físicas o mentales graves, o para promover el desarrollo o funcionamiento normal.

A los fines de esta sección, se aplican las siguientes definiciones:

“Fórmula” se refiere al producto enteral para uso doméstico recetado por un proveedor participante.

“Producto alimenticio especial” se refiere a un producto alimenticio recetado por un proveedor participante para el tratamiento de la PKU. También puede ser recetado por otros defectos congénitos del metabolismo. Se usa en lugar de los productos alimenticios normales, como los alimentos de la tienda de comestibles. No incluye un alimento que naturalmente sea bajo en proteínas.

Otras fórmulas especializadas y suplementos alimenticios no están cubiertos.

Se aplicarán los costos compartidos de medicamentos recetados.

SERVICIOS POR LA DIABETES

Cubrimos la atención médicamente necesaria para Miembros con diabetes insulínica dependiente, con diabetes no insulínica dependiente y con niveles elevados de glucosa en sangre inducidos por el embarazo. Esta cobertura incluye el estándar médicamente aceptado de atención médica para diabetes y los beneficios para el tratamiento de la diabetes. La cobertura también incluye los equipos, los insumos y los agentes orales recetados (es decir, los medicamentos administrados por vía oral) médicamente necesarios para controlar los niveles de azúcar en la sangre. Esta cobertura no se reducirá ni se eliminará.

También cubrimos los siguientes servicios relacionados con la diabetes:

- Información sobre los cuidados para la diabetes.
- Exámenes de la vista para personas diabéticas (examen con gotas para dilatar las pupilas).
- Cuidado del pie de rutina para miembros con diabetes.

Todos los tratamientos, equipos y suministros para la atención, la educación y la administración de cuidados de diabetes están sujetos a los costos compartidos aplicables.

Cuando la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. aprueba equipos, aparatos, medicamentos recetados, insulina o suministros nuevos o mejorados para el tratamiento de la diabetes, Molina evalúa si son necesarios los cambios o agregados al formulario/la cobertura establecidos en este Contrato. Llámenos al 1 (888) 858-2150 para obtener información actualizada.

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA EN HOSPITAL/CENTRO

Cirugía ambulatoria

Cubrimos los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios proporcionados por proveedores participantes. Los servicios deben ser proporcionados en un centro de cirugía ambulatorio o en el quirófano de un hospital. Es probable que se apliquen costos compartidos separados por servicios profesionales y servicios de un centro de atención médica.

Procedimientos para pacientes ambulatorios (excepto cirugía)

Cubrimos algunos procedimientos para pacientes ambulatorios que no sean proporcionados por proveedores participantes de la cirugía. Se le debe requerir a un miembro del personal con licencia que supervise sus signos vitales a medida que recupera la sensación después de recibir medicamentos para reducir la sensación o para minimizar la molestia. Estos procedimientos incluyen los procedimientos endoscópicos médicamente necesarios. Además incluyen la administración de inyecciones y la terapia de infusiones. Es probable que se apliquen costos compartidos separados por servicios profesionales y servicios de un centro de atención médica para todos los procedimientos ambulatorios.

Servicios especializados de imágenes y exploración

Cubrimos los servicios especializados de exploración médicamente necesarios. Incluyen tomografías computarizadas (TC), tomografías de emisión de positrones (TEP), imágenes cardíacas e imágenes por resonancia magnética (IRM) realizadas por los proveedores participantes. Es probable que se apliquen costos compartidos separados por servicios profesionales y servicios de un centro de atención médica.

Servicios de radiología (radiografías)

Cubrimos servicios de radiología y radiografías médicamente necesarios, que no sean servicios de exploración especializados, cuando sean suministrados por proveedores participantes. Es probable que se apliquen costos compartidos separados por servicios profesionales y servicios de un centro de atención médica. Debe recibir estos servicios de un proveedor participante. De lo contrario, los servicios no estarán cubiertos y usted será 100 % responsable del pago a proveedores no participantes. Estos pagos no se aplicarán al deducible o al máximo de gastos de su bolsillo anual.

Medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos administrados por proveedores

Cubrimos los medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos administrados por proveedores cuando sean suministrados por proveedores participantes y médicamente necesarios. Los medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos administrados por proveedores, ya sean administrados en el consultorio del médico, en un centro para pacientes ambulatorios o pacientes internados, están sujetos al costo compartido del centro para pacientes ambulatorios o para pacientes internados.

Pruebas de laboratorio

Cubrimos los siguientes servicios cuando sean suministrados por proveedores participantes y sean médicamente necesarios. Estos servicios están sujetos a costos compartidos: Debe recibir estos servicios de un proveedor participante. De lo contrario, los servicios no estarán cubiertos y usted será 100 % responsable del pago a proveedores no participantes. Estos pagos no se aplicarán al deducible o al máximo de gastos de su bolsillo anual.

- Pruebas de laboratorio
- otros análisis médicamente necesarios, tales como electrocardiogramas (ECG) y electroencefalogramas (EEG);
- sangre y plasma sanguíneo;
- diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto por medio de procedimientos diagnósticos en caso de embarazo de alto riesgo.
- Examen de detección de la alfafetoproteína (AFP)

Salud conductual y mental: Programa de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios

Cubrimos los siguientes programas de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios en un centro del proveedor participante:

- Tratamiento ambulatorio intensivo en hospitales; programa ambulatorio intensivo; hospitalización parcial
- Tratamiento multidisciplinario en un programa de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios
- Tratamiento en un programa residencial para crisis en un centro de tratamiento psiquiátrico

autorizado; el monitoreo las veinticuatro (24) horas del día debe ser realizado por el personal clínico para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda.

- observación psiquiátrica por una crisis psiquiátrica aguda.

SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS

Debe tener una autorización previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de emergencia o servicios de atención médica urgente. Sin embargo, si usted obtiene servicios en un hospital o si es admitido en el hospital para servicios de emergencia o de atención médica urgente fuera del área, se cubrirá su hospitalización hasta que esté lo suficientemente estabilizado para ser transferido a un centro de un proveedor participante y siempre que su cobertura con nosotros no haya terminado. Molina trabajará con usted y con su médico para proporcionarle el transporte a un centro del proveedor participante. Si su cobertura con nosotros termina durante una estadía en el hospital, los servicios que reciba después de la fecha de finalización no son servicios cubiertos.

Después de la estabilización y de la provisión del transporte a un centro proveedor participante, los servicios que fueron brindados en un centro proveedor no participante o fuera del área no están cubiertos, por lo tanto, usted deberá pagarles a los proveedores no participantes, y los pagos no se aplicarán a su deducible ni al máximo de gastos de su bolsillo anual.

Servicios médicos/quirúrgicos

Cubrimos los siguientes servicios para pacientes internados en un hospital del proveedor participante. Estos servicios generalmente y habitualmente se proporcionan en los hospitales generales de atención aguda dentro de nuestra área de servicio:

- Habitación y comidas, incluida una habitación privada si es médicamente necesaria
- Atención especializada y unidades de cuidado intensivo
- Atención de enfermería general y especializada
- Quirófanos y salas de recuperación.
- Servicios de médicos proveedores participantes, incluidas las consultas y los tratamientos por parte de especialistas.
- Anestesia
- Medicamentos recetados de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de medicamentos (para medicamentos de alta recetados cuando usted es dado de alta del hospital, consulte “Fármacos y medicamentos recetados” en esta sección, “¿Qué está cubierto por mi Plan?”).
- Productos biológicos, fluidos y quimioterapia.
- Materiales radioactivos utilizados para propósitos terapéuticos
- Equipo médico duradero y suministros médicos.
- diagnóstico por imágenes, laboratorio y procedimientos especiales, incluidos IRM, TC y PET;
- Mastectomías (extirpación del seno) y disecciones de nódulos linfáticos (no menos de 48 horas de estadía para atención durante internación después de una mastectomía y no menos de 24 horas de atención durante internación después de una disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de mama).
- Servicios relacionados con mastectomías, incluidos los servicios cubiertos según la sección “Cirugía reconstructiva” y la sección “Dispositivos ortopédicos y ortóticos”.
- Sangre, hemoderivados y su administración
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (incluso el tratamiento en un programa de rehabilitación multidisciplinario organizado)
- Terapia respiratoria
- Servicios sociales médicos y planificación del alta

Medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos administrados por proveedores

Cubrimos quimioterapia y otros medicamentos administrados por proveedores cuando sean suministrados por proveedores participantes y medicamento necesarios. Los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos administrados por proveedores, ya sea que estén administrados en el consultorio del médico, un establecimiento para pacientes externos o pacientes internados, están sujetos al costo compartido del establecimiento para pacientes externos o para pacientes internados.

Atención de maternidad

Molina cubre la atención médica, quirúrgica y hospitalaria durante el embarazo. Esto incluye el cuidado prenatal, perinatal y durante el embarazo, en el momento del parto para parto normal, aborto espontáneo y complicaciones del embarazo.

Cubrimos los siguientes servicios de atención de maternidad relacionados con el trabajo de parto:

- La atención en hospital para pacientes internadas y la atención del centro de maternidad, incluida la atención de una enfermera partera certificada, durante 48 horas posteriores a un parto vaginal normal. También incluye la atención durante 96 horas posteriores al parto por cesárea. Las estadías más prolongadas requieren que usted o su proveedor se lo notifiquen a Molina. Consulte “Atención de maternidad” en la sección “Servicios hospitalarios para pacientes internados” del Programa de beneficios para conocer los costos compartidos que se aplican a estos servicios.
- Si su médico, después de hablar con usted, decide dar de alta a su recién nacido y a usted antes del período de 48 o 96 horas, Molina cubrirá los servicios posteriores al alta y los servicios de laboratorio. (Se aplicarán costos compartidos de atención médica preventiva o costos compartidos de atención médica primaria a los servicios posteriores al alta, según corresponda). (Se aplicarán costos compartidos de pruebas de laboratorio a los servicios de laboratorio).

Salud conductual y mental: Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados

Cubrimos la hospitalización psiquiátrica para pacientes internados en un hospital del proveedor participante. La cobertura incluye habitación y alimentación, medicamentos y servicios de médicos proveedores participantes y de otros proveedores participantes que son profesionales de atención médica autorizados y actúan dentro del ámbito de su autorización.

Cubrimos servicios de salud mental para pacientes internados en hospitales, incluidos servicios para el tratamiento de disforia sexual, solo cuando los servicios están destinados al diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales. Esto incluye tratamiento en un programa residencial para crisis en un centro de tratamiento psiquiátrico autorizado, con monitoreo de 24 horas al día por parte del personal clínico para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda. Un “trastorno mental”, identificado en el Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales, cuarta edición, revisión del texto (DSM), tiene como consecuencia un sufrimiento o deterioro clínicamente significativo del funcionamiento mental, emocional o conductual.

Los “**trastornos mentales**” incluyen las siguientes afecciones y aquellas definidas en el DSM que provocan un sufrimiento clínicamente significativo o un deterioro en el funcionamiento mental, emocional o conductual.

- Enfermedad mental grave de una persona de cualquier edad. “**Enfermedad mental grave**” abarca los siguientes trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivos grave, pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno del espectro del autismo (ASD, por sus siglas en inglés), anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.
- Un trastorno emocional grave de un niño menor de dieciocho (18) años de edad. “**Trastorno emocional grave**” de un niño menor de dieciocho (18) años de edad implica una afección identificada como “trastorno mental” en el DSM, que no sea un trastorno por consumo de sustancias primarias o un trastorno del desarrollo, que tiene como resultado un comportamiento inadecuado para la edad del niño de acuerdo con los parámetros de desarrollo esperados, si el niño

también cumple con por lo menos uno de los siguientes tres criterios:

- como resultado del trastorno mental, (1) el niño tenga una discapacidad significativa en por lo menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, desempeño en la escuela, relaciones familiares o capacidad de funcionar en la comunidad; y (2) (a) el niño está en riesgo de que lo retiren del hogar o ya lo han retirado de él o (b) el trastorno mental y las discapacidades han estado presentes durante más de seis meses o es posible que continúen durante más de un año sin ningún tratamiento;
 - el niño muestra características psicóticas, o el riesgo de suicidio o violencia debido a un trastorno mental;
 - el niño cumple con los requisitos de elegibilidad de la educación especial en el capítulo 26.5 (que inicia con la sección 7570) de la División 7 del título 1 del Código gubernamental de California
- Trastorno del espectro del autismo (ASD, por sus siglas en inglés), siempre que el tratamiento desarrolle o restaure, en la medida máxima posible, las funciones de una persona con ASD

Están cubiertos y no excluidos de la cobertura todos los servicios médicamente necesarios para tratar enfermedades mentales graves o alteraciones emocionales severas de niños (SMI o SED), sin perjuicio de toda otra exclusión o limitación.

Trastornos por abuso de sustancias (SUD)

Desintoxicación para pacientes internados

Molina Healthcare cubre la hospitalización en un hospital proveedor participante únicamente para la desintoxicación, control y tratamiento médico de los síntomas de abstinencia, que incluye alojamiento y comida, servicios del médico proveedor participante, medicamentos, servicios de recuperación de dependencia en un centro de salud conductual o médico, educación y asesoramiento.

Servicios de tratamiento residencial

Molina Healthcare cubre el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias en un entorno de tratamiento residencial no médico aprobado por escrito por Molina Healthcare. Aquí se proporcionan servicios de asesoramiento y apoyo en un ambiente estructurado.

Centro de enfermería especializada

La atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) está cubierta cuando sea médicamente necesaria y fue remitido por su PCP. Los servicios SNF cubiertos incluyen lo siguiente:

- habitación y comidas;
- servicios del médico y de enfermería;
- Medicamentos recetados por un médico participante como parte del plan de atención en el centro de enfermería especializada participante de acuerdo con las pautas del formulario de medicamentos de Molina, si ellos son administrados en el centro de enfermería especializada por el personal médico;
- Equipo médico duradero que esté cubierto por Molina, si los centros de enfermería especializada generalmente proporcionan el equipo;
- Diagnóstico por imágenes y servicios de laboratorio que los centros de enfermería especializada normalmente proporcionan;
- Servicios médicos sociales;
- Sangre, hemoderivados y su administración;
- Suministros médicos;
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla;
- Terapia respiratoria.

Debe tener una autorización previa para estos servicios antes de que inicie el servicio. Seguirá recibiendo atención sin interrupción. El beneficio SNF está limitado a cien (100) días por cada período de beneficios. Los servicios especializados para pacientes internados deben estar usualmente sobre el nivel de atención de custodia o intermedia. Un período de beneficios inicia en la fecha en que usted es admitido en un hospital o SNF a un nivel de atención especializada y termina en la fecha en que usted deja de ser un paciente internado en un hospital o SNF, recibiendo un nivel de atención especializada por sesenta (60) días consecutivos. Puede comenzar un nuevo período de beneficios sólo después de que cualquier período de beneficios actual termine. No se requiere una estadía previa de tres (3) días en un hospital de atención aguda para comenzar un período de beneficios.

Cuidados paliativos

Si usted padece de una enfermedad terminal, cubrimos los siguientes servicios de cuidados paliativos:

- Servicios de cuidados paliativos en el hogar
- Una habitación semiprivada en un centro de cuidados paliativos.
- servicios de un nutricionista;
- Servicios de enfermería.
- Servicios médicos sociales.
- Servicios de auxiliar médico domiciliario y amas de casa para atención médica ambulatoria
- Servicios del médico.
- Medicamentos.
- Suministros y aparatos médicos.
- servicios de respiro hasta de siete (7) días por evento. Los servicios de respiro constituyen la atención de corto plazo durante internación prestada para aliviar a una persona que lo cuida
- Servicios de asesoramiento para usted y su familia.
- Desarrollo de un plan de cuidados para usted.
- Atención durante hospitalización a corto plazo
- Medicina analgésica.
- Administración de síntomas.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Ofrecemos estas terapias con el propósito de control de síntomas o para permitir que el paciente continúe con las actividades de la vida cotidiana y las habilidades funcionales básicas.

El beneficio del centro de cuidados paliativos es para las personas con diagnóstico de una enfermedad terminal. Se entiende por “enfermedad terminal” a una expectativa de vida de doce (12) meses o menos. Puede elegir la atención de cuidados paliativos en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por el plan. Comuníquese con Molina para obtener información adicional. Debe recibir una autorización previa para todos los servicios de cuidados paliativos para pacientes internados.

Ensayos clínicos aprobados

Cubrimos los costos de atención médica rutinaria de pacientes para los miembros que califiquen. Los miembros que califican son aquellos que participan en ensayos clínicos aprobados para cáncer u otra enfermedad o afección que ponga en peligro la vida. Nunca se lo inscribirá en un ensayo clínico sin su consentimiento. Para poder calificar para dicha cobertura, usted debe cumplir con las siguientes características:

- Estar inscrito en este producto.
- Recibir diagnóstico de cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal.
- Ser aceptado en un ensayo clínico aprobado (según se define a continuación).
- Contar con la remisión de un médico de Molina que sea un proveedor participante.
- Se reciben con autorización previa o aprobación de Molina

Para un ensayo clínico de cáncer debe tener diagnóstico de cáncer. Puede participar si el ensayo clínico aprobado se realiza con fines de prevención o detección temprana de cáncer.

Un ensayo clínico aprobado significa un ensayo clínico de Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV. Estos ensayos se realizan con relación a la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer. También pueden ser realizados por otra enfermedad o afección que ponga en peligro la vida. Además:

- El estudio está aprobado o financiado por uno o más de los siguientes organismos: los Institutos Nacionales de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, el Departamento de Defensa de Estados Unidos, el Departamento de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos o el Departamento de Energía de Estados Unidos; o
- O bien el estudio o la investigación se realizan conforme a una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- O bien el estudio o la investigación es un ensayo de un medicamento que está exento de dicha aplicación de un medicamento nuevo en investigación.

Todos los requisitos de aprobación y de autorización que aplican a la atención médica rutinaria para los miembros que no participan en un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención médica rutinaria para los miembros en ensayos clínicos aprobados. Póngase en contacto con Molina o su PCP para obtener información adicional.

Si usted califica, Molina no puede denegar su participación en un ensayo clínico aprobado. Molina no puede denegar, limitar ni establecer condiciones sobre la cobertura de sus costos de rutina de paciente. Dichos costos están relacionados con su participación en un ensayo clínico aprobado para el cual usted califica. No se le denegará ni quedará excluido de ningún servicio cubierto bajo este Contrato en función de su afección médica o participación en un ensayo clínico. Se cubre el costo de los medicamentos usados en la administración clínica directa del miembro. Estos costos no se cubren si el ensayo clínico aprobado se realiza para investigación de este medicamento. Estos costos tampoco estarán cubiertos para los medicamentos que se entregan generalmente de forma gratuita a los miembros en el ensayo clínico.

Por los servicios cubiertos relacionados con un ensayo clínico aprobado, se aplicarán costos compartidos de la misma manera que si el servicio no estuviera específicamente relacionado con un ensayo clínico aprobado. En otras palabras, usted pagará los costos compartidos que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con un ensayo clínico. Por ejemplo, para la atención durante hospitalización, usted debería pagar el costo compartido que aparece en “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en el Programa de beneficios.

Molina no tiene la obligación de cubrir ciertos artículos y servicios que no constituyen costos de rutina del paciente, según lo determina la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, aun cuando contraiga dichos costos en un ensayo clínico aprobado. Los costos excluidos de la cobertura por su producto incluyen:

- El artículo, dispositivo o servicio en investigación.
- Los artículos y servicios únicamente con fines de recolección y análisis de datos no utilizados para la administración clínica directa del paciente.
- Cualquier servicio que no se ajuste a la norma establecida de atención para el diagnóstico del paciente.

Cirugía bariátrica

Cubrimos la atención durante internación en un hospital relacionada con procedimientos bariátricos quirúrgicos. Incluye la habitación y comidas, el diagnóstico por imágenes, el laboratorio, los procedimientos especiales y los servicios del médico proveedor participante. Los servicios incluidos son aquellos que se realizan para tratar la obesidad mórbida. El tratamiento implica el cambio del tracto gastrointestinal para reducir la entrada y absorción de nutrientes. Para recibir estos servicios, se deben cumplir todos los siguientes requisitos:

- Usted completa el programa preparatorio educativo prequirúrgico aprobado por el grupo médico en relación con cambios de estilo de vida. Estos cambios son necesarios para el éxito a largo plazo de la cirugía bariátrica.
- Un médico proveedor participante que es un especialista en la atención bariátrica determina que la cirugía es médicamente necesaria.

Por los servicios cubiertos relacionados con los procedimientos de cirugía bariátrica, deberá pagar los costos compartidos que pagaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con un procedimiento de cirugía bariátrica. Por ejemplo, para la atención durante hospitalización, usted debería pagar el costo compartido que aparece en “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en el Programa de beneficios.

Cirugía reconstructiva

Cubrimos los siguientes servicios de cirugía reconstructiva:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar las estructuras anormales del cuerpo. Estas estructuras anormales pueden ser causadas por defectos congénitos, anomalías de desarrollo, traumatismo, infección, tumores o enfermedades. Los servicios estarán cubiertos para mejorar el funcionamiento o para crear una apariencia normal, en la medida de lo posible.
- Luego de la extirpación médicamente necesaria, ya sea total o parcial, de una mama, Molina cubre la reconstrucción de la mama. Molina también cubre la cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica. Molina cubre el tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas.

Por los servicios cubiertos relacionados con la cirugía reconstructiva, pagará los costos compartidos que pagaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con cirugía reconstructiva. Por ejemplo, para la atención durante hospitalización, usted debería pagar el costo compartido que aparece en “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en el Programa de beneficios.

Exclusiones de la cirugía reconstructiva

Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva **no** están cubiertos:

- Cirugía que, a criterio de un médico proveedor participante que se especializa en cirugía reconstructiva, solo ofrece una mejora mínima en apariencia
- Cirugía que se realiza para alterar o modificar las estructuras normales del cuerpo para mejorar la apariencia.

Servicios de trasplantes

Cubrimos los trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea en los establecimientos participantes. Molina Healthcare debe autorizar los servicios de un centro de trasplante, según se describe en la sección “Cómo obtener atención”, en “¿Qué es una autorización previa?”.

Después de la autorización previa para un centro de trasplante, se aplica lo siguiente:

- Si el médico o el centro de atención médica autorizado determinan que no cumple con los criterios respectivos para un trasplante, Molina únicamente cubrirá los servicios que reciba antes de que se tome dicha determinación.

- Molina no es responsable de conseguir, proporcionar ni garantizar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea.
- De acuerdo con nuestras pautas para los servicios para trasplantes entre donantes vivos, Molina proporciona ciertos servicios relacionados con la donación de un donante. Molina brinda servicios para una persona identificada como posible donante, ya sea que el donante sea miembro o no. Estos servicios deben estar directamente relacionados para cubrir el trasplante. Puede incluir ciertos servicios para la recolección de los órganos, tejidos o médula ósea y para el tratamiento de complicaciones. Nuestras pautas para los servicios a donantes están disponibles llamando al número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente, 1 (888) 858-2150.
- Los servicios están directamente relacionados con un servicio de trasplante con cobertura para usted o que se necesitan para evaluar a los donantes potenciales, recolección del órgano, médula ósea o las células madre o tratamiento de complicaciones que resulten de la evaluación o la donación, pero no incluyen transfusiones de sangre o hemoderivados.
- El donante recibe los servicios cubiertos antes de los noventa (90) días posteriores a la recolección o al servicio de evaluación;
- El donante recibe los servicios dentro de los Estados Unidos, con la excepción de que las limitaciones geográficas no aplican para la recolección en el tratamiento con células madre;
- El donante recibe la autorización previa por escrito para la evaluación y los servicios de recolección;
- Para los servicios en tratar las complicaciones, el donante o recibe servicios que no son de emergencia, después de la autorización previa por escrito o recibe los servicios de emergencia que Molina hubiera cubierto si usted los hubiera recibido; y
- En caso de que su cobertura conforme a este plan termine después de la donación o recolección, pero antes del vencimiento del plazo de noventa (90) días de los servicios para tratar las complicaciones, Molina continuará pagando los servicios médicamente necesarios para el donante durante los noventa (90) días posteriores a la recolección o servicio de evaluación.

Para servicios de trasplante cubiertos, usted pagará el costo compartido que pagaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con servicios de trasplante. Por ejemplo, para la atención durante hospitalización, usted debería pagar el costo compartido que aparece en “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en el Programa de beneficios. Los servicios de viaje limitados relacionados con trasplantes estarán cubiertos sujetos a autorización previa. Las pautas para los servicios de viaje relacionados con trasplantes están disponibles llamando al número telefónico gratuito del Centro de Apoyo al Cliente, 1 (888) 858-2150.

Molina proporciona o paga los servicios relacionados con la donación por los donantes reales o posibles (así sean miembros o no), de acuerdo con nuestras pautas para servicios de donantes sin cargo.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Cubrimos medicamentos recetados y medicamentos en una farmacia minorista contratada por el plan a menos que un medicamento recetado esté sujeto a una distribución restringida por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. o requiera manipulación especial, coordinación del proveedor o educación del paciente que no puede proporcionar una farmacia minorista. Los medicamentos recetados y los medicamentos están sujetos a los costos compartidos aplicables según las siguientes condiciones:

- Son pedidos por un proveedor participante que lo está tratando y el medicamento está incluido en el formulario de medicamentos de Molina Healthcare. También están cubiertos los medicamentos aprobados por el Departamento de Farmacia de Molina.
- Se indican o proporcionan mientras está en una sala de emergencias o en un hospital.
- Se administran mientras se encuentra en un centro de enfermería especializada. Deben ser indicados por un proveedor participante relacionado con servicios cubiertos. Los medicamentos recetados se obtienen por medio de una farmacia que se encuentra en la red de farmacias de

Molina.

- El medicamento es recetado por un proveedor participante que es un médico de planificación familiar u otro proveedor cuyos servicios no requieren aprobación.

Además, sujeto a los costos compartidos aplicables y según recete el proveedor participante:

Cubrimos medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral usados para matar o desacelerar el crecimiento de las células cancerígenas al igual que los medicamentos contra el cáncer suministrados por vía intravenosa o inyectados. Los costos compartidos máximos para un medicamento anticanceroso administrado por vía oral son de \$200 para un suministro de hasta treinta (30) días y no están sujetos a un deducible.

Cubrimos la vacuna para el virus del papiloma humano para miembros mujeres de nueve (9) a catorce (14) años.

Cubrimos los medicamentos de las Categorías 1, 2, 3 y 4. Dichos medicamentos recetados se deben obtener por medio de las farmacias contratadas de Molina Healthcare dentro de California.

Los medicamentos recetados están cubiertos fuera del estado de California (fuera del área) para servicios de atención médica urgente o de emergencia únicamente.

Tenga en cuenta que la reducción del costo compartido de cualquier medicamento recetado que usted obtenga a través del uso de una tarjeta o cupón de descuento provisto por un fabricante de medicamentos recetados, o cualquier otra forma de ayuda por parte de un tercero para los costos compartidos de medicamentos recetados, no se aplicará para ningún deducible ni para su máximo anual de gastos de su bolsillo conforme al plan.

Cualquier medicamento recetado de Categoría 4 que esté sujeto a distribución restringida por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. o requiera manipulación especial, coordinación del proveedor o educación del paciente que no puede proveer una farmacia minorista se identifica en el formulario.

Puede consultar una lista de farmacias y un rango estimado de costos de los medicamentos del formulario en la página web de Molina Healthcare, MolinaMarketplace.com.

Si usted o su representante tienen problemas para surtir una receta médica en la farmacia, comuníquese con número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente de Molina sin costo al 1 (888) 858-2150 para solicitar asistencia. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

Si usted necesita un intérprete para comunicarse con la farmacia acerca de cómo obtener sus medicamentos, llame a Molina Healthcare al número telefónico gratuito 1 (888) 858-2150.

Formulario de medicamentos de Molina Healthcare (lista de medicamentos)

Molina Healthcare tiene una lista de los medicamentos que cubrirá. La lista se conoce como el formulario de medicamentos. Los medicamentos incluidos en la lista son seleccionados por un grupo de médicos y farmacéuticos de Molina Healthcare y la comunidad médica. El grupo se reúne cada tres 3 meses para hablar sobre los medicamentos que están en el formulario. Ellos revisan los nuevos medicamentos y los cambios en la atención médica. Tratan de encontrar los medicamentos más eficaces para las distintas afecciones. Los medicamentos se agregan o se eliminan del formulario de medicamentos por diferentes motivos. Este puede ser uno de los siguientes:

- cambios en las normas médicas;
- tecnología médica;
- Cuando ingresan nuevos medicamentos aprobados por la FDA en el mercado
- Cuando la FDA retira medicamentos del mercado

- Cuando se identifica a un medicamento con un nuevo problema de seguridad

Puede acceder al formulario de medicamentos en la página web de Molina Healthcare. La dirección es MolinaMarketplace.com. Puede llamar a Molina Healthcare y solicitar un medicamento, incluso si puede obtenerse una receta en una farmacia minorista. Llame al número de teléfono gratuito 1 (888) 858-2150, de lunes a viernes, y elija la opción de farmacia, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

También puede solicitarnos que le enviemos una copia del formulario de medicamentos. Si un medicamento se encuentra en el formulario de medicamentos no garantiza que su médico se lo recetará.

Acceso a medicamentos que no se encuentran en el formulario

Molina tiene un proceso que le permite solicitar los medicamentos clínicamente apropiados que no están en el formulario para su producto. Su médico puede solicitar un medicamento que no se encuentre en el formulario de medicamentos porque considera que es mejor para usted. Su médico puede contactar al Departamento de Farmacia de Molina para solicitar que Molina cubra el medicamento. Si se aprueba la solicitud, Molina se comunicará con su médico. Si la solicitud es denegada, Molina Healthcare le enviará una carta a su médico y a usted. La carta indicará la razón de la denegación.

Si no está de acuerdo con la denegación de un “medicamento que no se encuentra en el formulario” o la solicitud de excepción de la terapia escalonada, puede presentar una queja para solicitar una revisión de excepción externa. Consulte la sección titulada “Quejas y apelaciones” para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Es posible que esté tomando un medicamento que ya no se encuentre en nuestro formulario de medicamentos. Su médico puede solicitarnos que continuemos cubriéndolo al enviarnos una solicitud de autorización previa para el medicamento. El medicamento debe ser seguro y efectivo para su afección médica. Su médico debe escribir su receta médica por la cantidad normal del medicamento. Molina puede cubrir medicamentos que no estén en el formulario de medicamentos en las siguientes condiciones:

- Documentarlo en su historia clínica.
- Certificar que las alternativas del formulario de medicamentos no han sido eficaces para su tratamiento.
- Las alternativas del formulario de medicamentos provocan, o el recetador espera razonablemente que provoquen, una reacción perjudicial o adversa en el miembro.

Existen dos (2) tipos de solicitudes para medicamentos clínicamente apropiados que no están cubiertos por producto.

- Solicitud de excepción para circunstancias urgentes que pueden poner en grave peligro la vida, la salud o la habilidad para recuperar las funciones al máximo, o someterse a un tratamiento actual en curso utilizando medicamentos que no estén en el formulario.
- Solicitud de excepción estándar.

Usted o su proveedor participante recibirán un aviso respecto de nuestra decisión a más tardar:

- Veinticuatro (24) horas luego de haber recibido la solicitud para una solicitud de excepción acelerada
- Setenta y dos (72) horas luego de haber recibido la solicitud para una solicitud de excepción estándar

Si se deniega la solicitud inicial de un “medicamento que no se encuentra en el formulario” o una excepción de la terapia progresiva, puede presentar una queja para solicitar una revisión de excepción externa. Consulte la sección titulada “Quejas y apelaciones” para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Además, usted o su proveedor participante pueden solicitar una revisión de la Organización de Revisión Independiente (IRO). El proveedor participante o usted serán notificados de la decisión de la IRO a más tardar:

- Veinticuatro (24) horas luego de haber recibido la solicitud para una solicitud de excepción acelerada
- Setenta y dos (72) horas luego de haber recibido la solicitud para una solicitud de excepción estándar

Si no está de acuerdo con la denegación de un “medicamento que no se encuentra en el formulario” o la solicitud de excepción de la terapia progresiva, usted, su representante o su proveedor pueden presentar una queja para solicitar una revisión de excepción externa. También se incluirá información sobre cómo solicitar una revisión en el aviso de denegación de la persona inscrita. Consulte la sección titulada “Quejas y apelaciones” para obtener información sobre cómo presentar una queja. El proceso de revisión de excepción externa se suma al derecho de un miembro a presentar una queja o solicitar una revisión médica independiente. Molina responderá a la solicitud de revisión externa dentro de los siguientes lapsos:

- Veinticuatro (24) horas luego de haber recibido la solicitud urgente
- Setenta y dos (72) horas luego de haber recibido la solicitud no urgente

Terapia escalonada

En algunos casos, Molina podría requerir que usted primero pruebe determinados medicamentos para el tratamiento de su afección médica antes de que le cubramos otro medicamento para la misma afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, Molina puede no cubrir el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Molina cubrirá entonces el medicamento B. Cualquier solicitud de excepción de una terapia escalonada puede efectuarse en el mismo tiempo con una solicitud de autorización previa de un medicamento recetado y se revisará en los mismos plazos que una solicitud de autorización previa. Consulte la sección titulada “Autorización previa” para obtener más información al respecto.

Costos compartidos por medicamentos recetados

El costo compartido por medicamentos y fármacos recetados está incluido en el Programa de beneficios. Los costos compartidos se aplican a todas los fármacos y medicamentos recetados por un proveedor participante de manera ambulatoria, a menos que dicha terapia de medicamentos sea un artículo de la atención médica preventiva de beneficios de salud esenciales administrado o recetado por un proveedor participante. Esto no estará sujeto a costos compartidos.

Las categorías de los medicamentos se definen de la siguiente manera:

Categoría	Definición
1	1) La mayoría de los medicamento genéricos y las marcas preferidas de costo bajo
2	1) Medicamento genérico no preferido
	2) Medicamento de marca preferido
	3) Recomendado por el comité de farmacéuticos o terapeutas (P&T) del plan en base a su seguridad, eficacia y costo

3	1) Medicamento de marca no preferido
	2) Recomendado por el comité P&T en base a su seguridad, eficacia y costo
	3) Generalmente tiene una alternativa terapéutica preferida y a menudo menos costosa en una categoría más baja
4	1) El Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o el fabricante de medicamentos limita su distribución a farmacias de especialidad
	2) La autoadministración requiere capacitación y monitoreo clínico
	3) El medicamento se fabricó utilizando la biotecnología
	4) El costo del plan (netos de reducciones) es > a \$600

Nivel 1

El costo compartido de los medicamentos de la categoría 1 del formulario figura en el Programa de beneficios.

Si su médico le receta medicamentos de Categoría 2 que no están en el formulario y existe un equivalente disponible en la Categoría 1, el Plan cubrirá a este último y el miembro puede obtener el equivalente de Categoría 1 al pagar el costo compartido de este.

Si solicita, o su médico indica que debe tener el medicamento de Categoría 2 en lugar del equivalente de la Categoría 1, su médico o usted pueden presentar una solicitud de autorización previa al Departamento de Farmacia de Molina Healthcare.

Si Molina no otorga la autorización previa al medicamento de Categoría 2 en lugar del equivalente de Categoría 1, puede obtener el medicamento de Categoría 2, pero debe abonar el costo compartido para dicho medicamento más la diferencia en el costo entre el medicamento de categoría 2 y el equivalente de categoría 1. Si Molina le proporciona la autorización previa para el medicamento de Categoría 2 en lugar del equivalente de Categoría 1, puede obtener el medicamento de Categoría 2, pero debe pagar el costo compartido de este.

Nivel 2

El costo compartido para los medicamentos de la categoría 2 del formulario figura en el Programa de beneficios.

Nivel 3

El costo compartido para los medicamentos de la categoría 3 del formulario figura en el Programa de beneficios.

Nivel 4

Molina Healthcare puede requerir que los medicamentos de categoría 4 se obtengan de una farmacia o centro participantes especializados para la cobertura. La farmacia especializada de Molina Healthcare coordinará con su médico o usted la entrega a su casa o al consultorio de su proveedor.

Medicamentos para dejar de fumar

Los medicamentos para dejar de fumar son los medicamentos recetados en el formulario de medicamentos de Molina Healthcare que cubrimos para ayudarle a dejar de fumar. Puede obtener más información acerca de sus opciones si llama por teléfono al número gratuito 1 (866) 472-9483 del Departamento de Educación de la Salud de Molina Healthcare, de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m. Su PCP le ayuda a decidir cuáles son los medicamentos para dejar de fumar más indicados para usted. Puede obtener un suministro de medicamentos para dejar de fumar para hasta tres (3) meses. También se le brindará un número telefónico al que puede llamar en cualquier momento que necesite ayuda.

Disponibilidad de orden por correo para los medicamentos recetados del formulario

Molina le ofrece la opción de pedido por correo de medicamento recetado del formulario. No es obligatorio que use los servicios de pedido por correo. Los medicamentos recetados del formulario se pueden enviar por correo en el transcurso de los diez (10) días posteriores al pedido y aprobación. El costo compartido de un suministro de hasta noventa (90) días es dos veces el costo compartido de copago o coseguro adecuado según la categoría de medicamento por un (1) mes. La asistencia presencial sobre recetas médicas está siempre disponible sin cargo en una farmacia participante.

Puede solicitar el servicio de pedido por correo de las siguientes maneras:

- Puede realizar un pedido en línea. Visite MolinaMarketplace.com y seleccione la opción de pedido por correo. Luego siga las indicaciones.
- También puede llamar al número telefónico gratuito de FastStart® al 1-800-875-0867. Brinde su número de miembro de Molina (se encuentra en la tarjeta de identificación), el nombre de la receta médica, el nombre y el número de teléfono de su médico, y su dirección postal.
- Puede enviar por correo un formulario de solicitud de orden por correo. Visite MolinaMarketplace.com y seleccione la opción de pedido de formulario por correo. Complete y envíe por correo el formulario a la dirección en este junto con el pago. Puede darle a su médico el número telefónico gratuito de FastStart® para médicos, 1-800-378-5697, y pedirle a su médico que llame, envíe un fax o de forma electrónica les haga llegar su receta médica. Para acelerar el proceso, su médico necesitará su número de miembro de Molina (se encuentra en su tarjeta de identificación), su fecha de nacimientos y su dirección postal.

Puede excluirse de recibir el pedido por correo en cualquier momento. Usted o su defensor pueden llamar al número gratuito del Centro de Apoyo al Cliente de Molina al 1 (888) 858-2150 para obtener ayuda. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

Suministros para pacientes con diabetes

Están cubiertos los suministros para personas diabéticas, como jeringas para insulina, lancetas y dispositivos de punción, glucómetros, kits de emergencia de glucagón, tiras reactivas para medir el nivel de glucosa en sangre y tiras reactivas para orina. Los sistemas tipo pluma para la administración de insulina también están cubiertos.

Límite de días de suministro

El proveedor participante que hace la receta determina la cantidad de un medicamento, suministro o suplemento por recetar. Debido a los límites de cobertura de suministro diario, el proveedor participante determina la cantidad de un artículo que será un suministro medicamento necesario de treinta (30) días. Al momento del pago de los costos compartidos especificados en esta sección de “Cobertura de medicamentos recetados”, usted recibirá el suministro recetado por treinta (30) días para un período de treinta (30) días. El límite de días de suministro para el pedido por correo de los medicamentos recetados del formulario es de noventa (90) días, según se describe en la sección titulada “Disponibilidad de pedido por correo para los medicamentos recetados del formulario”.

Se permite hasta un suministro de doce (12) meses para un anticonceptivo hormonal autoadministrado aprobado por la FDA cuando es recetado o administrado por única vez a una persona inscrita por parte de un proveedor o farmacéutico, o en un centro con licencia o autorizado de otro modo para recetar medicamentos o suministros. El límite de suministro de treinta (30) días y el límite de suministro de noventa (90) días para pedidos por correo no se aplican necesariamente al suministro de hasta doce (12) meses para los anticonceptivos hormonales autoadministrados aprobados por la FDA. Las cantidades que excedan el límite de días de suministro no están cubiertas a menos que hayan sido autorizadas previamente.

Cubrimos los surtidos parciales por menos del suministro estándar de treinta (30) días para las formas de dosis orales sólidas de medicamentos del Anexo II del Formulario de medicamentos. Cubrimos surtidos parciales hasta que se haya entregado la totalidad del medicamento recetado. El costo compartido de los surtidos parciales será prorrateado.

Medicamentos y suplementos de venta libre

Los medicamentos y suplementos de venta libre que de acuerdo con las leyes estatales y federales deben estar cubiertos por la atención médica preventiva están disponibles sin cargo cuando los receta un proveedor participante.

- Ácido fólico para las mujeres que tengan planificado un embarazo o que puedan quedar embarazadas
- Vitamina D para adultos residentes de la comunidad de 65 años o más para promover el fortalecimiento óseo
- Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses de edad con riesgo incrementado de padecer anemia ferropénica
- Aspirina para adultos para evitar enfermedades cardiovasculares

Uso fuera de indicación de un medicamento

Molina Healthcare cubre medicamentos recetados indicados para un uso al que no se hace referencia en las indicaciones ni en la información de uso publicada por el fabricante, solo si el medicamento cumple con todos los siguientes criterios de cobertura:

- El medicamento está aprobado por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés).
- El medicamento cumple con una de las siguientes condiciones:
 - el medicamento es recetado por un profesional de atención médica participante autorizado para el tratamiento de una afección potencialmente mortal; o
 - El medicamento es recetado por un profesional de atención médica participante autorizado para el tratamiento de una afección crónica y gravemente debilitante cuando el medicamento sea médicamente necesario para tratar dicha condición y dicho medicamento esté en la lista de medicamentos o sea autorizado con una autorización previa para ese medicamento.
- El medicamento es reconocido para el tratamiento de la afección que amenaza la vida o es crónica y seriamente debilitante por uno de los siguientes:
 - El servicio de formularios de los hospitales norteamericanos de información sobre los medicamentos
 - Uno de los siguientes compendios, si son reconocidos por los centros federales para servicios Medicare y Medicaid como parte de un régimen terapéutico contra el cáncer:
 - Farmacología Clínica de la norma de oro Elsevier.
 - El compendio de medicamentos y productos biológicos de la red integral nacional contra el cáncer.
 - El DrugDex de Thomson Micromedex
 - Dos (2) artículos de revistas médicas importantes revisadas por expertos que presenten datos que respalden el uso propuesto fuera de lo indicado, como generalmente seguro y eficaz, a menos que exista clara y convincente evidencia contradictoria presentada en una importante

- revista médica revisada por expertos.
- El medicamento sea, de otra forma médicamente necesario.

Las siguientes definiciones aplican a los términos mencionados en esta cláusula únicamente.

"Amenaza la vida" tiene uno o ambos de los siguientes significados:

- Enfermedades o afecciones donde la posibilidad de muerte es alta a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad;
- Enfermedades o afecciones con resultados potencialmente mortales, donde el objetivo final de la intervención clínica es la supervivencia.

"Crónicas y seriamente debilitantes" se refiere a enfermedades o afecciones que requieren un tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro y causar morbilidad significativa a largo plazo. Se aplicarán las reglas de costo compartido de medicamentos de especialidades y de autorización previa.

SERVICIOS AUXILIARES

Equipo médico duradero

Si necesita equipo médico duradero (EMD), Molina Healthcare alquilará o comprará el equipo por usted. Es necesaria una autorización previa (aprobación) de Molina Healthcare para el equipo médico duradero. El equipo médico duradero debe ser proporcionado a través de un proveedor contratado por Molina Healthcare. Cubrimos reparaciones, mantenimiento, entrega y suministros relacionados y razonables para un EMD. Usted puede ser responsable de reparaciones de EMD si se deben a mal uso o pérdida.

El equipo médico duradero cubierto incluye lo siguiente:

- Bombas de infusión y suministros para operar la bomba (pero no incluye ningún medicamento)
- Bastón estándar de mango curvo o bastón cuádruple y materiales de reemplazo
- Muletas estándar o de antebrazo y suministros de reemplazo
- Almohadilla de presión seca para un colchón
- Poste para IV
- Materiales y el tubo de traqueotomía
- Materiales y bomba enteral
- Estimulador del hueso
- Tracción cervical (puerta basculante)
- Frazadas de fototerapia para el tratamiento de la ictericia en los recién nacidos
- Oxígeno y equipo de oxígeno
- monitores de apnea;
- máquinas nebulizadoras, máscaras faciales, tubos, medidores de flujo respiratorio máximo y suministros relacionados;
- aparatos espaciadores para inhaladores de dosis medidas;
- Suministros para ostomía y urológicos.

Además, cubrimos los siguientes suministros y EMD para el tratamiento de la diabetes, cuando sea médicamente necesario:

- monitores de glucosa en sangre diseñados para ayudar a los miembros con visión reducida o ciegos;
- bombas de insulina y todos los suministros relacionados;
- aparatos podiátricos para prevenir o tratar problemas del pie relacionados con la diabetes;
- ayudas visuales, excluidos lentes, para ayudar a las personas con visión reducida con la

dosificación correcta de insulina.

dispositivos ortopédicos y ortóticos

No cubrimos la mayoría de los dispositivos protésicos y ortopédicos, pero cubrimos los dispositivos implantados internamente y los dispositivos externos que se describen en la sección “Aparatos protésicos y ortopédicos”, si se cumplen los siguientes requisitos:

- El dispositivo es de uso general, es diseñado para uso repetido y, principal y generalmente, se utiliza con propósitos médicos.
- El dispositivo es el dispositivo estándar que cumple adecuadamente con sus necesidades médicas.
- Usted recibe el dispositivo del proveedor o vendedor que Molina Healthcare selecciona.

Cuando se cubre un dispositivo protésico u ortopédico, la cobertura incluye el acondicionamiento y ajuste del dispositivo, la reparación o el reemplazo del dispositivo (a menos que se deba a la pérdida o el mal uso) y los servicios para determinar si necesita un dispositivo protésico u ortopédico. Si cubrimos un dispositivo de reemplazo, usted paga los costos compartidos que se aplicarían para la obtención de dicho dispositivo, según se especifica a continuación.

Dispositivos implantados internamente

Cubrimos dispositivos ortopédicos y ortóticos, tales como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos de audición osteointegrados y articulaciones de la cadera si estos aparatos se implantan internamente durante una cirugía que esté cubierta de otra manera por nosotros.

Para los dispositivos implantados internamente, consulte las secciones “Servicios hospitalarios para pacientes internados” o “Servicios de atención médica ambulatoria en un hospital/centro” (según corresponda) del Programa de beneficios para conocer el costo compartido aplicable de estos dispositivos.

Dispositivos externos

Cubrimos los siguientes dispositivos ortopédicos y ortóticos externos:

- Dispositivos ortopédicos y accesorios de instalación para restaurar un método de habla después de la extracción de toda o parte de la laringe (esta cobertura no incluye máquinas productoras de voz electrónicas, que no son dispositivos ortopédicos)
- Prótesis necesarias después de una mastectomía médicamente necesaria, incluidas las prótesis hechas a medida cuando sea médicamente necesario y hasta tres sostenes cada doce (12) meses cuando sea necesario sostener una prótesis.
- Aparatos de podología (incluido el calzado) para evitar o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes cuando un podólogo participante los recete.
- Prendas de compresión para quemaduras, y mantas y prendas para linfedema.
- Fórmula enteral para clientes que requieren de tubo de alimentación de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Prótesis para sustituir una parte del cuerpo facial externa (de forma total o parcial) que ha sido retirada o alterada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito.

Para dispositivos externos, se aplicarán los costos compartidos para equipo médico duradero.

Servicios de audición

Molina Healthcare no cubre ayudas para la audición (además de los dispositivos implantados internamente según se describe en la sección de “Aparatos protésicos y ortopédicos”). Sin embargo, Molina Healthcare cubre exámenes de rutina de la audición que constituyen servicios de atención médica preventiva sin cargo alguno.

Atención médica domiciliaria

Estos servicios de atención médica domiciliaria están cubiertos cuando sean médicamente necesarios y sean referidos por su PCP y aprobados por Molina Healthcare:

- Visitas de medio tiempo por parte de enfermeras especializadas.
- Consultas de enfermeras.
- Servicios de atención médica en el hogar.
- Fisioterapia, terapia ocupacional o del habla.
- Servicios médicos sociales.
- Servicios de auxiliares médicos domiciliarios.
- Suministros médicos.
- Aparatos médicos necesarios

Los siguientes servicios de atención médica domiciliaria están cubiertos bajo su producto:

- Un máximo de dos (2) horas por visita para las visitas de una enfermera, trabajador social médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o del habla y hasta un máximo de cuatro horas por visita para las visitas de un auxiliar de atención médica domiciliaria
- Un máximo de cien (100) consultas cada año natural (abarca todas las visitas de atención médica domiciliaria)

Debe tener una autorización previa para todos los servicios médicos domiciliarios, antes de obtener el servicio.

Consulte la sección “Exclusiones” de este Contrato para obtener una descripción de las limitaciones de los beneficios y las excepciones aplicables.

SERVICIOS DE TRANSPORTE

Transporte médico de emergencia

Cubrimos servicios de transporte médico de emergencia (ambulancia terrestre o aérea) o transporte en ambulancia proporcionados a través del sistema de auxilio para emergencias “911” cuando sea médicamente necesario o cuando un afiliado considere razonablemente que existe una emergencia. Se brindarán servicios de transporte médico de emergencia cubiertos al costo compartido identificado dentro del Programa de beneficios.

Transporte médico que no sea de emergencia: ambulancia

Los servicios de ambulancia que no son de emergencia y en van de transporte psiquiátrica están cubiertos si un proveedor participante determina que su condición requiere el uso de los servicios que le puede proporcionar sólo una ambulancia autorizada o van de transporte psiquiátrica y que el uso de transporte por otros medios podría poner en peligro su salud. Estos servicios están cubiertos sólo cuando el vehículo lo transporta desde o hacia los servicios cubiertos. Debe tener una autorización previa de Molina Healthcare para estos servicios antes de que se le brinde el servicio.

El transporte por auto, taxi, colectivo, furgoneta para camilla, furgoneta para silla de ruedas y cualquier otro tipo de transporte (otros que no sean una ambulancia autorizada o una furgoneta para transporte psiquiátrico) no están cubiertos, aún si es un viaje de ida hacia un proveedor participante.

OTROS SERVICIOS

Servicios de diálisis

Molina Healthcare cubre los servicios de diálisis crónicos y agudos si todos los requisitos siguientes se cumplen:

- Los servicios son proporcionados dentro de nuestra área de servicio.
- Usted cumple con todos los criterios médicos desarrollados por Molina Healthcare.
- Un médico participante proporciona una remisión por escrito para la atención en el centro.

Luego de que reciba un tratamiento apropiado en un centro de diálisis aprobado y designado por Molina, Molina Healthcare también cubre los suministros médicos y de equipos requeridos para hemodiálisis y diálisis peritoneal domiciliaria dentro de nuestra área de servicio. La cobertura se limita a los artículos estándares de equipo y suministros que de forma adecuada cumplan con sus necesidades médicas. Decidimos si vamos a alquilar o comprar el equipo y suministros, y seleccionamos al vendedor. Debe devolvernos el equipo y cualquier suministro que no haya utilizado o pagarnos el precio de mercado del equipo y cualquier suministro sin usar cuando sea un artículo que ya no cubrimos.

Servicios especializados para la vista

Cubrimos los siguientes lentes de contacto especiales cuando sean prescritos por un proveedor participante:

- Hasta dos lentes de contacto médicamente necesarios por ojo (incluye ajuste y preparación) en cualquier período de doce (12) meses para tratar la aniridia (falta del iris), ya sean provistos por el plan durante el período del contrato actual o un período previo de doce (12) meses.
- Hasta seis (6) lentes de contacto para afasia médicamente necesarios por ojo (incluye ajuste y preparación) por año natural para tratar la afasia (ausencia del cristalino del ojo), ya sean provistos por el plan en el contrato actual o un contrato previo en el mismo año natural.

Se aplicará el costo compartido de cuidado especializado para paciente ambulatorio

EXCLUSIONES

¿Qué está excluido de la cobertura según mi plan?

En la sección “Exclusiones”, se indican los artículos y servicios específicos excluidos de la cobertura conforme a este Contrato. Estas exclusiones se aplican a todos los servicios que, de otra manera, serían cubiertos conforme a este certificado sin tener en cuenta si los servicios se encuentran dentro del alcance de la licencia o Contrato de un proveedor. Exclusiones adicionales que solo se aplican a un beneficio particular aparecen en la descripción de ese beneficio en la sección “¿Qué cubre mi Plan?”.

Estas exclusiones o limitaciones no se aplican a los servicios médicamente necesarios para tratar enfermedades mentales graves o alteraciones emocionales severas en niños (SMI o SED).

Terapia acuática

No cubrimos la terapia acuática u otra terapia con agua, excepto que esta exclusión de los servicios de terapia acuática u otra terapia con agua médicamente necesaria no se aplique a los servicios de terapia que son parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que esté cubierto como “Atención en hospital para pacientes internados”, “Atención médica ambulatoria”, “Atención médica domiciliaria”, “Servicios paliativos” o “Atención en centros de enfermería especializada” en este Contrato.

Inseminación artificial y concepción por medios artificiales

Todos los servicios relacionados con la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales, como trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), semen y óvulos (y servicios relacionados con la obtención y almacenamiento), fertilización in vitro (IVF, por sus siglas en inglés) y transferencia intratubárica de cigoto (ZIFT, por sus siglas en inglés).

Ciertos exámenes y servicios

Exámenes físicos y otros servicios 1) necesario para obtener o conservar un empleo o participación en programas de empleados, 2) necesario para seguro médico u otorgamiento de licencias o 3) en la orden judicial o requerido para libertad bajo palabra o condicional. Esta exclusión no se aplica si un médico proveedor participante determina que los servicios son médicamente necesarios.

Servicios quiroprácticos

Los servicios quiroprácticos y los servicios de un quiropráctico, excepto cuando se proporcionan en relación con la terapia ocupacional y fisioterapia.

Servicios de cosmetología

Los servicios que se realizan para alterar o modificar las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia. Salvo que esta exclusión no se aplique a ninguno de los servicios cubiertos por "Cirugía reconstructiva" en la sección "¿Qué cubre mi plan?" y los dispositivos cubiertos por "Dispositivos ortóticos y ortopédicos" en la sección "¿Qué cubre mi plan?".

Cuidado de custodia

Ayuda con actividades de la vida cotidiana (por ejemplo, caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar medicamentos).

Esta exclusión no aplica a la asistencia en actividades de la vida diaria que se proporciona como parte de la cobertura de cuidados paliativos, centro de enfermería especializada o atención en hospital para pacientes internados.

Servicios dentales y de ortodoncia

Los servicios dentales y de ortodoncia no están cubiertos, tales como:

- Radiografías
- Dispositivos
- Implantes
- servicios proporcionados por dentistas u ortodoncistas,
- servicios dentales después de una lesión causada por un accidente en los dientes,
- servicios dentales que resulten del tratamiento médico, como la cirugía en el tratamiento por radiación y de mandíbula.

Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos en la sección "Servicios dentales y de ortodoncia", en la sección "¿Qué cubre mi plan?". Esta exclusión no aplica para los servicios dentales pediátricos que se enumeran como servicios cubiertos en el apéndice de Servicios dentales pediátricos.

Nutricionistas

Los servicios de un nutricionista no son un beneficio cubierto. Esta exclusión no se aplica a los servicios de cuidado paliativo o a los servicios cubiertos descritos en la sección titulada "Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) y otros defectos congénitos del metabolismo".

Materiales desechables

Materiales desechables para uso en el hogar, tales como vendajes, gasa, cinta adhesiva, antisépticos, apósitos, vendas tipo Ace y pañales, protectores absorbentes y otros materiales para incontinencia.

Esta exclusión no se aplica a los materiales desechables que se detallan como cubiertos en la sección "¿Qué cubre mi plan?".

Medicamentos para la disfunción eréctil

Cobertura de los medicamentos para la disfunción eréctil, a menos que lo requiera la ley estatal.

Servicios experimentales o de investigación

Cualquier servicio médico, incluidos procedimientos, medicamentos, instalaciones y dispositivos que Molina Healthcare ha determinado que no se ha demostrado que sean seguros o efectivos en comparación con los servicios médicos convencionales.

Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes:

Los servicios cubiertos en “Ensayos clínicos aprobados”, en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

Consulte la sección de “Revisión médica independiente” para obtener información acerca de la revisión médica independiente relacionada con la denegación de las solicitudes de servicios experimentales o de investigación.

Terapia genética

Molina no cubre la terapia genética.

Tratamiento contra la caída del cabello o para su crecimiento

Los materiales y servicios para la promoción, prevención u otro tratamiento de la pérdida del cabello o el crecimiento del cabello no están cubiertos.

Servicios por infertilidad

Servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, que no sean servicios médicamente necesarios para la preservación de la fertilidad iatrogénica.

Cuidado intermedio

Atención en un centro de cuidados intermedios con licencia. Esta exclusión no aplica a los servicios cubiertos por las subsecciones “Equipo médico duradero”, “Atención médica domiciliaria” y “Cuidados paliativos”, en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

Los artículos y servicios que no son para la atención médica

Molina Healthcare no cubre los servicios que no están destinados a la atención médica. Los ejemplos de estos tipos de servicios son:

- Enseñanza de buenos modales.
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación, como la de actividades diarias y de tareas o proyectos.
- artículos y servicios que aumentan el conocimiento académico o las habilidades.
- Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.
- Asesoramiento académico o tutoría de destrezas, tales como gramática, matemática y gestión del tiempo
- Enseñanza de lectura, ya sea que tenga o no dislexia.
- Pruebas educacionales.
- Enseñanza de arte, baile, montar a caballo, música, juegos o natación.
- Enseñanza de habilidades para el empleo o con propósitos vocacionales.
- Capacitación profesional o enseñanza de habilidades vocacionales.
- cursos de crecimiento profesional;
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento de empleo.

Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos para el tratamiento del trastorno del espectro del autismo (ASD, por sus siglas en inglés) y que están definidos y cubiertos de acuerdo con la sección “Servicios de salud mental” en “¿Qué cubre mi Plan?”

Artículos y servicios para corregir defectos de refracción del ojo

Los artículos y servicios (tales como la cirugía de la vista o lentes de contacto para modificar los ojos) para la corrección de defectos de refracción del ojo, tales como miopía, hiperopía o astigmatismo, excepto aquellos servicios cubiertos que aparecen en “Servicios pediátricos para la vista” en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

Anticonceptivos para hombres

No están cubiertos los preservativos para hombres ya que fueron excluidos por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

La terapia de masajes y los tratamientos alternativos

No cubrimos terapia de masaje, salvo que esta exclusión no aplique a servicios de terapia de masaje médicamente necesarios que son parte del plan de tratamiento de fisioterapia y que estén enumerado como servicios cubiertos en la sección, "¿Qué cubre mi producto?"

Nutrición oral

Nutrición oral para pacientes ambulatorios, tales como suplementos nutricionales o dietéticos, fórmulas especializadas, suplementos, suplementos a base de hierbas, ayuda para pérdida de peso, fórmulas y alimentos.

Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes:

- Fórmulas y productos alimenticios especiales cuando sean recetados para el tratamiento de fenilcetonuria u otros defectos congénitos del metabolismo que incluyan aminoácidos, de acuerdo con la sección "Fenilcetonuria (PKU)" de este Contrato.

Servicios de atención privada de enfermería

No cubrimos los servicios de atención privada de enfermería.

Servicios y artículos de atención podológica de rutina

Los artículos y servicios de atención podológica de rutina que no sean médicamente necesarios, excepto para las personas con un diagnóstico de diabetes.

Servicios no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos

Los medicamentos, los suplementos, las pruebas, las vacunas, los aparatos, los materiales radiactivos y cualquier otro servicio que por ley requiera la aprobación del Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ser vendido en los Estados Unidos, pero que no esté aprobado por el FDA. Esta exclusión se aplica a los servicios proporcionados en cualquier lugar, incluso fuera de los Estados Unidos.

Esta exclusión no aplica a los servicios cubiertos en "Ensayos clínicos aprobados" en la sección "¿Qué cubre mi Plan".

Consulte la sección de "Revisión médica independiente para las denegaciones de terapias experimentales o de investigación" para obtener información acerca de la revisión médica independiente relacionada con la denegación de las solicitudes de servicios experimentales o de investigación.

Servicios proporcionados por personas que no tienen licencia

No cubrimos los servicios prestados por personas que no requieren de autorizaciones o certificados estatales para proporcionar servicios de atención médica, excepto que, de otro modo, se proporcionen según este Contrato.

Servicios relacionados con un servicio no cubierto

Cuando un servicio no está cubierto, todos los servicios relacionados con el servicio no cubierto están excluidos, excepto los servicios que Molina Healthcare, de otra forma, cubriría para el tratamiento de complicaciones del servicio no cubierto. Molina cubre todos los servicios básicos médicamente necesarios para complicaciones de un servicio no cubierto. Por ejemplo, si usted se somete una cirugía bariátrica o cosmética sin cobertura, Molina Healthcare no cubrirá los servicios que reciba en la preparación para la cirugía o para la atención de seguimiento. Si posteriormente sufriera una

complicación potencialmente mortal, como una infección grave, esta exclusión no se aplicaría y Molina Healthcare cubriría los servicios que Molina Healthcare de otra manera cubriría para el tratamiento de esta complicación.

Madre sustituta

Servicios para cualquier persona en relación con un acuerdo de sustitución, con la excepción de los servicios cubiertos de otra manera proporcionados a un miembro que es un sustituto. Un acuerdo de madre sustituta es aquel en el que una mujer (la madre sustituta) acuerda quedar embarazada y entregar al bebé a otra persona o personas que pretenden criar al niño.

Disfunción sexual

El tratamiento por disfunción sexual, sin importar la causa, incluidos, entre otros, los dispositivos, implantes, procedimientos quirúrgicos y medicamentos, no está cubierto excepto que así lo requiera la ley estatal.

Gastos de viaje y alojamiento

La mayoría de los gastos de viaje y alojamiento no están cubiertos. Molina Healthcare puede pagar ciertos gastos que Molina Healthcare autorice previamente de acuerdo con las pautas de alojamiento de viaje y de Molina. Las pautas de Molina Healthcare sobre viajes y alojamiento están disponibles en nuestro Centro de Apoyo al Cliente; puede llamar al número de teléfono gratuito 1 (888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Esta disposición sobre coordinación de beneficios (“**COB**”) se aplica cuando un miembro tiene cobertura para atención médica en más de un plan. Todos los beneficios provistos bajo este Contrato del plan están sujetos a esta provisión. Para los fines de esta disposición sobre COB, el Plan se define a continuación.

El orden de las reglas de determinación de beneficio rige el orden en que cada plan pagará un reclamo de beneficios. El plan que paga primero se denomina “**Plan primario**”. El plan primario debe pagar beneficios de acuerdo con las disposiciones de la Política, sin considerar la posibilidad de que el otro plan puede 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 % de los gastos de asignación totales.

Beneficios de salud esenciales dentales pediátricos.

Para la provisión de los beneficios de salud esenciales dentales pediátricos, este Plan se considera primario.

Definiciones (aplicables a esta cláusula de COB)

Un “**plan**” proporciona beneficios o servicios de atención médica o dental o tratamiento. Si se utilizan contratos diferentes para brindar cobertura coordinada a miembros de un grupo, dichos contratos se consideran parte del mismo plan y no hay COB entre estos.

1. El plan incluye lo siguiente:

- Cobertura de seguro grupal, general o franquicia
- Contratos de plan de servicios, norma de grupo, norma individual y otras coberturas de prepago,
- Cualquier cobertura bajo los planes fiduciarios de gestión laboral, planes de beneficio del sindicato, planes de organizaciones de empleados o planes de organización de beneficio del empleador y
- cualquier cobertura bajo programas gubernamentales y cualquier cobertura requerida o provista por cualquier estatuto.

2. El plan no incluye lo siguiente: cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija; cobertura solo de accidentes; cobertura por enfermedad o accidente especificados; cobertura médica con beneficio limitado, cobertura por accidente escolar; beneficios por componentes no médicos de políticas de atención a largo plazo; pólizas complementarias de Medicare; o cobertura según otros planes gubernamentales federales, a menos que lo permita la ley.

Cada contrato para la cobertura conforme a (1) o (2) es un plan separado. Si un plan consta de dos partes y las reglas de la COB solo se aplican a una de las dos, cada una de las partes se trata como un plan aparte.

- **“Este plan”** significa la parte de este Contrato que provee los beneficios que están sujetos a esta disposición COB y que pueden ser reducidos por los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporcione beneficios de atención médica se la considera separada de este plan. Un contrato puede aplicar una cláusula de la COB para ciertos beneficios, tales como los beneficios dentales, para coordinar solo con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de la COB para coordinar otros beneficios.

La orden de las reglas de determinación de beneficio establece si este plan es el plan primario o el plan secundario, cuando el miembro tiene cobertura para atención médica en más de un plan. Cuando este plan es el primario, determina primero el pago de sus beneficios antes que los de cualquier otro plan, sin considerar los beneficios de otros planes. Cuando este plan es el 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 excedan el 100 % de los gastos de asignación totales. Cuando un miembro tiene cobertura a través de más de dos planes, este plan puede ser el primario con respecto a uno o más planes y puede ser el plan secundario en relación con otros planes.

“Gastos de asignación” se refiere al gasto de atención médica, incluidos los deducibles, coseguros y copagos, que están cubiertos, por lo 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 gastos de asignación y es un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por cualquier plan, que cubra al miembro, no es un gasto de asignación. Además, cualquier gasto que un proveedor por la ley o según un acuerdo contractual tenga prohibido cobrar al miembro no constituye un gasto de asignación.

Los siguientes son ejemplos de los gastos que no son gastos de asignación:

1. La diferencia entre el costo de una habitación semiprivada de hospital y una habitación privada de hospital no es un gasto de asignación, a menos que uno de los planes brinde cobertura para los gastos de habitación privada del hospital.
2. Si un miembro está cubierto por 2 o más planes que computen sus pagos de beneficios, en función de las tarifas usuales y normales, o de metodología de reembolso programada de valor relativo u otra metodología similar de reembolso, cualquier suma que exceda el reembolso máximo por un beneficio específico no es un gasto de asignación.
3. Si un miembro está cubierto por 2 o más planes que proporcionen beneficios o servicios en función de tarifas negociadas, una suma que exceda los máximos de tarifas negociadas no constituye un gasto de asignación.
4. Si un miembro está cubierto por un plan que calcula sus beneficios o servicios en función de tarifas usuales y normales, o de metodología de reembolso programada de valor relativo, u otra metodología similar de reembolso, así como por otro plan que proporciona sus beneficios o servicios en función de tarifas negociadas, el acuerdo de pago del plan primario constituirá el gasto de asignación para todos los planes.

Sin embargo, si el proveedor está contratado por el plan secundario para suministrar el beneficio o servicio por una tarifa negociada específica o una suma de pago diferente del contrato de pago del plan primario, y, si lo permite el contrato del proveedor, la tarifa negociada o el pago será el gasto de asignación utilizado por el plan secundario para determinar sus beneficios.

5. La suma de cualquier reducción del beneficio por parte del plan primario debido a que el miembro no ha cumplido con las disposiciones del plan no es un gasto de asignación. Ejemplos de estos tipos de disposiciones del plan incluyen la segunda opinión para cirugía, certificación previa de admisión y contratos de proveedor preferido.

“Período de determinación de reclamo” significa un año natural.

Orden de las reglas de determinación de beneficios

(A) Cuando un miembro tiene la cobertura de dos o más planes, las normas de orden de determinación de beneficio aplican para determinar los beneficios del miembro cubierto conforme a este plan, para cualquier período de determinación de reclamo, por los gastos de asignación incurridos por tal miembro durante tal período. La suma puede corresponder a lo siguiente:

- (i) el valor de los beneficios será provisto por este plan en la ausencia de esta provisión y
- (ii) los beneficios que serán pagados bajo los otros planes, en la ausencia de las provisiones de propósitos similares a esta provisión, que excedan tales gastos de asignación.

(B) Con respecto a cualquier período de determinación de reclamo, para el cual esta provisión es aplicable, los beneficios que serán provistos bajo este plan, en la ausencia de esta provisión para gastos de asignación incurridos por el miembro durante tal período de determinación de reclamos, debe ser reducido cuanto sea necesario, de modo que la suma de tales beneficios reducidos y todos los beneficios pagados por tales gastos de asignación bajo todos los otros planes, excepto los provistos en el párrafo (C), no deben exceder el total de tales gastos de asignación. Los beneficios pagados bajo otro plan, incluyen a los beneficios que deberían haber sido pagados de haber sido reclamados.

(C) Si (i) otro plan que esté incluido en el párrafo (B) y que contenga una provisión coordinando sus beneficios con esos de este plan, determinará, de acuerdo con sus normas, sus beneficios luego de que los beneficios de este plan hayan sido determinados y (ii) las reglas expresadas en el párrafo (D) requerirán que este plan determine sus beneficios antes de otros planes, luego los beneficios de tales otros planes serán ignorados para los propósitos de determinar los beneficios bajo este plan.

(D) Para los propósitos del párrafo (C) utilice la primera de las siguientes reglas estableciendo el orden de determinación que aplique:

(1) Los beneficios de un plan que cubre al miembro como no dependiente, en cuyos gastos se basa el reclamo, debe ser determinado antes de los beneficios del plan que cubren a tal miembro como dependiente, a excepción de que, si el miembro es también beneficiario de Medicare y como resultado de las normas establecidas por el título XVIII de la Ley de Seguro Social (42 USC 1395 et seq.) e implementando las regulaciones, Medicare es (i) secundario al plan que cubre al miembro no como dependiente (por ejemplo jubilado), luego los beneficios del plan que cubren al miembro como dependiente son determinados antes de esos del plan que cubren al miembro no como un dependiente.

(2) Con excepción de los casos en los cuales el miembro por el cual se inició el reclamo es un niño dependiente cuyos padres están separados o divorciados, los beneficios del plan que cubren al miembro en cuyos gastos se basa el reclamo como dependiente del miembro cuya fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento, ocurra antes en el año natural, deben ser

determinados antes de los beneficios del plan que cubre a tal miembro como un dependiente del miembro cuya fecha de nacimiento, excluyendo el año del nacimiento, ocurre después en el año natural. Si ninguno de los planes tiene las provisiones de este subpárrafo sobre los dependientes, lo que resulta en que cada plan determina sus beneficios antes que el otro o que cada plan determina sus beneficios después que el otro, la provisión de este subpárrafo no deberá aplicar y la norma establecida en el plan que no tiene las provisiones de este subpárrafo deben determinar el orden de los beneficios.

(3) Con excepción de lo previsto en el subpárrafo (5), en el caso de un miembro para quien el reclamo fue hecho como un niño dependiente cuyos padres están separados o divorciados y el padre que tiene la custodia del niño no se ha vuelto a casar, los beneficios de un plan que cubre al niño como un dependiente del padre con la custodia del niño será determinado antes de los beneficios de un plan que cubre al niño como un dependiente del padre que no tiene la custodia.

(4) Con excepción de lo previsto en el subpárrafo (5), en el caso de un miembro para quien el reclamo fue hecho como un niño dependiente cuyos padres están divorciados y el padre que tiene la custodia del niño se ha vuelto a casar, los beneficios de un plan que cubre al niño como un dependiente del padre con la custodia del niño serán determinados antes de los beneficios de un plan que cubre al niño como un dependiente del padre adoptivo y los beneficios del plan que cubre al niño como un dependiente del padre adoptivo serán determinados antes de los beneficios de un plan que cubre al niño como dependiente del padre sin custodia.

(5) En el caso de un miembro para quien el reclamo se ha realizado como un niño dependiente cuyos padres están separados o divorciados, cuando hay una sentencia judicial que de otro modo establece la responsabilidad financiera para los gastos médicos, dentales u de otra atención médica con respecto al niño, entonces, a pesar de los subpárrafos (3) y (4), los beneficios de un plan que cubre al niño como dependiente del padre que tiene tal responsabilidad financiera deberán ser determinados antes de los beneficios de cualquier otro plan que cubra al niño como niño dependiente.

(6) Con excepción de lo previsto en el subpárrafo (7), los beneficios del plan que cubren al miembro para el cual su reclamo se basa en los gastos como un jubilado o empleado despedido, o dependiente de tal miembro, deben determinarse luego de los beneficios de cualquier otro plan que cubra tal miembro como un empleado, otro que como un empleado despedido o jubilado, o dependiente de tal miembro;

(7) Si ninguno de los planes tiene una provisión acerca de empleados despedidos o jubilados, lo que resulta en que cada plan determina sus beneficios luego del otro, entonces la norma bajo el subpárrafo (6) no debe aplicar;

(8) Si un miembro cuya cobertura es provista bajo un derecho de continuación, de conformidad con una ley federal o estatal también está cubierto bajo otro plan, lo siguiente debe ser el orden de la determinación del beneficio:

- Primero, los beneficios de un plan que cubre a un miembro como un empleado, miembro o subscritor o como dependiente de un miembro;
- Segundo, los beneficios bajo continuación cobertura. Si el otro plan no tiene estas reglas descritas anteriormente, y si, como resultado, los planes no acuerdan el orden de los beneficios, esta regla bajo este subpárrafo se ignorará.

(9) Cuando los subpárrafos del (1) al (8) no establecen una orden de determinación de beneficio, los beneficios de un plan que ha cubierto al miembro en cuyos gastos se basa el reclamo por el

período más largo de tiempo, deben ser determinados antes que los beneficios de un plan que ha cubierto tal miembro por un período más corto de tiempo.

(E) Cuando estas provisiones operan para reducir la suma total de beneficios, de otro modo pagados como a un miembro cubierto bajo este plan durante cualquier período de determinación del reclamo, cada beneficio que sería pagado en la ausencia de esta provisión será reducido en forma proporcional y tal suma reducida deberá ser cargada contra el límite de beneficios aplicables de este plan.

Efecto en los beneficios de este plan

Cuando un reclamo bajo un plan con provisión COB incluye a otro plan, que también tiene una provisión COB, las compañías involucradas deben utilizar las reglas antes mencionadas para decidir el orden en cual los beneficios pagados bajo los planes respectivos serán determinados.

Para determinar la cantidad de tiempo que un individuo ha sido cubierto bajo un plan dado, dos planes sucesivos de un grupo determinado deben ser considerados como un plan continuo por el tiempo que el demandante fue elegible para la cobertura dentro de las 24 horas posteriores luego de que el plan anterior terminara. Por lo tanto, ni un cambio en la suma o alcance de los beneficios provistos por el plan, ni un cambio en la compañía aseguradora del plan, como tampoco un cambio desde un tipo de plan a otro (por ejemplo, de empleado simple a plan de empleado múltiple o viceversa, o empleado simple a plan de bienestar Taft-Hartley) constituirá el comienzo de un nuevo plan para el propósito de esta instrucción.

Si la fecha de vigencia del demandante de cobertura bajo el plan es posterior a la fecha en que la compañía primero contrató para proveer el plan para el grupo relacionado (empleado, sindicato, asociación, etc.), entonces, ante la ausencia de información específica que demuestre lo contrario, la compañía deberá asumir, para el propósito de esta instrucción, que la duración del tiempo de cobertura del demandante bajo este plan deberá ser medida desde la fecha de vigencia de cobertura del demandante. Si la fecha de vigencia del demandante de la cobertura bajo un plan dado coincide con la fecha en la cual la compañía se contrató para proveer el plan para el grupo involucrado, entonces la compañía deberá pedirle al grupo involucrado que brinde la fecha en que el demandante obtuvo cobertura por primera vez bajo el primero de cualquiera de los planes previos que el grupo haya tenido. Si tal fecha no está todavía disponible, la fecha en la que el demandante se volvió miembro del grupo por primera vez debe utilizarse para determinar la duración del tiempo de su cobertura bajo el plan que ha entrado en vigencia.

Se reconoce que quizás existen planes de grupo que contienen provisiones bajo la cual la cobertura se declara como "excesiva" ante todas las otras coberturas o ante las provisiones COB que no son consistentes con esta regla. En tales casos, los planes deben utilizar los siguientes procesos de administración de reclamos: Un plan de grupo debe pagar primero si estuviese primero bajo la orden COB de determinación de beneficios. En esos casos donde un grupo de plan normalmente se consideraría secundario, este debe realizar cualquier esfuerzo para coordinar en una posición secundaria con los beneficios disponibles a través de cualquier "exceso" de los planes. El plan deberá intentar asegurarse la información necesaria del "exceso" del plan.

Derecho a recibir y divulgar la información necesaria

Se necesitan algunos datos sobre la cobertura para atención médica y los servicios para aplicar las reglas de la COB, y para determinar los beneficios adeudados conforme a este y otros planes. Molina puede obtener la información que necesita de organizaciones o personas o entregárselas a otras con el propósito de aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos conforme a este y otros planes que cubra a la persona que reclame beneficios. No necesitamos informar a ninguna persona ni obtener su consentimiento para hacerlo. Cada persona que reclame beneficios conforme a este plan debe proporcionar a Molina cualquier dato que necesite para aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos. Si no nos brinda la información que necesitamos para aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos, su reclamo de beneficios será denegado.

Centro de pago

Un pago realizado en virtud de otro plan puede incluir una suma que debería haber pagado conforme a este plan. Si lo hace, Molina quizás pague esa suma a la organización que realizó ese pago. Esa suma luego se tratará como si fuera un beneficio pagado de acuerdo con este plan. Nosotros no tendremos que pagar esa suma de nuevo. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en la forma de los servicios, en cuyo caso, “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en la forma de servicios. Respecto de esos pagos, el plan queda completamente libre de responsabilidad bajo este plan.

Derecho de recuperación

Si la suma de los pagos hechos por Molina es superior a lo que deberíamos haber pagado en virtud de esta cláusula de la COB, nosotros podemos recuperar el exceso de uno o más de las personas que pagamos o por quien le hubiéramos pagado, o cualquier otra persona u organización que podría ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados por parte del miembro. La “suma de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en el formulario de los servicios.

Disputas de coordinación

Si considera que no hemos pagado un reclamo correctamente, primero debe intentar resolver el problema comunicándose con nosotros. Siga los pasos que se describen en la sección “Quejas”, a continuación. Si aún no está satisfecho, puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) para recibir instrucciones acerca de cómo presentar una queja como consumidor. Llame al 1 (888) 466-2219, o consulte la página web del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) en www.hmohelp.ca.gov.

Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios de este Contrato, todos los miembros legalmente capaces de contratación, y los representantes legales de todos los miembros incapaces de hacerlo, acuerdan las disposiciones de este Contrato.

Responsabilidad de terceros

Acepta que si los servicios cubiertos se proporcionan para tratar una lesión o enfermedad ocasionada por un acto ilegal u omisión de otra persona o tercero, siempre que usted resulte ileso de todos los demás daños que resulten del acto ilegal u omisión antes de que Molina Healthcare tenga derecho a recibir reembolso, usted debe:

- Reembolsar a Molina Healthcare por el costo razonable de los servicios pagados por Molina Healthcare hasta el grado permitido por el Código Civil de California, sección 3040, inmediatamente al cobrar los daños, ya sea por acción o ley, acuerdo o de otra forma.
- Cooperar completamente con la realización de Molina Healthcare de los derechos de retención por el valor razonable de los servicios proporcionados por Molina Healthcare en la medida de lo permitido por el Código Civil de California sección 3040. El derecho de embargo de Molina Healthcare se puede presentar a la persona cuyo acto ocasionó las lesiones, a su agente o al tribunal.

Molina Healthcare tiene derecho al pago, reembolso y subrogación (recuperar los beneficios que paga cuando otro seguro médico proporciona cobertura) en recuperaciones de terceros, y usted deberá cooperar para ayudar completamente a proteger los derechos de Molina Healthcare, incluido el pronto aviso de un caso que involucre la posible recuperación de un tercero.

INDEMNIZACIÓN AL TRABAJADOR

Molina Healthcare no proporcionará beneficios conforme al presente Contrato que dupliquen los beneficios a los que usted tiene derecho según cualquier ley aplicable de indemnización al trabajador. Usted es responsable de tomar cualquier medida necesaria para obtener el pago conforme a las leyes de indemnización al trabajador, según el sistema de indemnización al trabajador por el que puede esperarse el pago por un motivo razonable. En caso que usted no tome ninguna medida, eximirá de responsabilidad

a Molina Healthcare de proveer beneficios en la medida en que el pago podría haber sido esperado por un motivo razonable en virtud de las leyes de indemnización al trabajador. Si surge una disputa entre usted y la compañía aseguradora de indemnización al trabajador, respecto de su capacidad para cobrar según las leyes de indemnización al trabajador, Molina Healthcare le proporcionará los beneficios descritos en este Contrato hasta la resolución de la disputa.

Si Molina Healthcare proporciona beneficios que duplican los beneficios a los que usted tiene derecho, conforme a la ley de indemnización al trabajador, Molina Healthcare tendrá derecho a recibir un reembolso por el costo razonable de dichos beneficios.

RENOVACIÓN Y FINALIZACIÓN

¿Cómo se renueva mi cobertura de Molina Healthcare?

La cobertura se renovará el primer día de cada mes, al momento en que Molina Healthcare reciba el pago de primas prepagas debidas. Las renovación está sujeta al derecho de Molina Healthcare de modificar este acuerdo. Usted debe seguir los procedimientos requeridos por Covered California, para determinar su elegibilidad para la inscripción, cada año durante el período anual de inscripción abierta de Covered California.

Cambios en primas, deducibles, copagos y servicios cubiertos

Todos los cambios en este Contrato, incluso, entre otros, los cambios en las primas o en los servicios cubiertos, deducibles, copagos, coseguros y el máximo anual de gastos de su bolsillo, comienzan a regir después de haber enviado un aviso con sesenta (60) días naturales de anticipación a la dirección del suscriptor que figura en los registros de Molina Healthcare. Molina no cambiará los montos de deducible, copago, coseguro o máximo anual de gastos de su bolsillo durante el año del plan, excepto cuando lo exija la ley estatal o federal.

¿Cuándo termina mi membresía en Molina Healthcare? (Finalización de Servicios cubiertos)

La fecha de finalización de su cobertura es el primer día que no esté cubierto por Molina Healthcare (por ejemplo, si su fecha de finalización es el 1 de julio de 2017, su último minuto de cobertura fue a las 11:59 p. m. del 30 de junio de 2017). Si su cobertura finaliza por cualquier motivo, usted debe pagar todas las sumas adeudadas relacionadas con su cobertura con Molina Healthcare, incluidas las primas, durante el período anterior a la fecha de finalización.

Excepto en el caso de fraude o el engaño en el uso de servicios o instalaciones, Molina Healthcare le devolverá a usted dentro de los treinta (30) días naturales la suma de la prima pagada a Molina Healthcare, que corresponde a cualquier período sin expirar por el cual se haya recibido el pago junto con las sumas a pagar por las reclamaciones, si las hay, menos cualquier suma debida Molina Healthcare.

Usted puede solicitar una revisión por el Director del Departamento de atención médica administrada, si usted considera que este acuerdo ha sido o será indebidamente cancelado, rescindido o no renovado. Usted puede comunicarse con el Departamento de atención médica administrada al número gratuito, 1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o TDD al número para sordos o con dificultades auditivas, gratuitamente al 1 (877) 688-9891, o en línea en www.hmohelp.ca.gov.

Su membresía a Molina Healthcare se dará por terminada en los siguientes casos:

Ya no cumple con los requisitos de elegibilidad: Usted ya no cumple con la edad u otros requisitos de elegibilidad para la cobertura de este producto según lo requieran Molina Healthcare o Covered California. Ya no vive en el área de servicio de Molina Healthcare para este producto. Covered California le enviará un aviso sobre cualquier determinación de elegibilidad. Molina Healthcare le enviará una notificación cuando sepa que se ha mudado fuera del área de servicio.

- En cuanto a la pérdida de elegibilidad no relacionada con la edad, la cobertura finalizará a las

11:59 p. m. del último día del mes posterior al mes en que se hayan enviado cualquiera de esos avisos, a menos que usted solicite una fecha de finalización previa.

- Con respecto a los niños dependientes que alcancen el límite de edad de veintiséis (26) años, la cobertura en conformidad con este Contrato, de un niño dependiente, finalizará a las 11:59 p. m. del último día del año natural en el cual el niño dependiente alcance el límite de edad de veintiséis (26) años, a menos que este sea discapacitado y cumpla con los criterios especificados. Consulte la sección titulada “Límite de edad para los hijos con discapacidad”.

Si solicita la cancelación de inscripción: Usted decide finalizar su membresía y cancelar la inscripción con Molina Healthcare notificando a Molina Healthcare y a Covered California. Su membresía finalizará a las 11:59 p. m. del 14.º día natural posterior a la fecha de su solicitud o una fecha posterior si así lo solicita. Molina Healthcare puede, a su discreción, acomodar una solicitud para finalizar su membresía en menos de catorce (14) días naturales.

Tener cobertura solo para niños: La cobertura solo para niños de conformidad con este Contrato, incluida la cobertura de los miembros de cobertura solo para niños, terminará a las 11:59 p. m. del último día del año natural, en el cual el miembro no dependiente alcanza los 21 años. Cuando la cobertura solo para niños de conformidad con este Contrato finaliza porque el miembro ha alcanzado la edad de 21 años, el miembro y cualquier dependiente puede ser elegible para inscribirse en otros productos ofrecidos por Molina a través de Covered California.

Cambio en los planes de salud de Covered California: Usted decide cambiar de Molina Healthcare a otro plan de salud ofrecido a través del Covered California ya sea (i) dentro de los primeros sesenta (60) días naturales de la fecha de vigencia de su cobertura, si usted no está satisfecho con Molina Healthcare, o (ii) durante un período anual de inscripción abierta o de otro período especial de inscripción para los que usted se determinó elegible de acuerdo con los procedimientos de inscripción especial de Covered California, o (iii) cuando usted desee inscribir a un nuevo dependiente. Su membresía finalizará a las 11:59 p. m. del día anterior a la fecha de vigencia de la cobertura a través de su nuevo plan de salud.

Fraude o falsificación: Usted comete cualquier acto o práctica que constituya un fraude o cualquier interpretación errónea intencional de hechos materiales según los términos de su cobertura con Molina Healthcare, en cuyo caso se enviará un aviso de la terminación y esta será efectiva en la fecha en que se envía por correo el aviso de terminación. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:

- tergiversar información de elegibilidad;
- presentar una receta médica u orden del médico no válida.
- hacer mal uso una tarjeta de identificación del miembro de Molina Healthcare (o permitir que alguien más la utilice).

Después de sus primeros veinticuatro (24) meses de cobertura, Molina Healthcare no podrá finalizar su cobertura por cualquier inexactitud, interpretación errónea u omisión intencional en su formulario de solicitud.

Si Molina Healthcare finaliza su membresía con causa, no se le permitirá inscribirse con nosotros en el futuro. También podemos denunciar el fraude criminal y otros actos ilegales a las autoridades apropiadas para su procesamiento.

Suspensión: Si Molina Healthcare deja de proporcionar o coordinar la prestación de beneficios de salud para el servicio de atención médica nuevo o existente en el mercado individual, en ese caso, Molina Healthcare le proporcionará una notificación por escrito por lo menos ciento ochenta (180) días naturales antes de la fecha en la que se suspenderá la cobertura.

Retiro del producto: Molina Healthcare retira su producto del mercado, en cuyo caso le proporcionará una notificación por escrito por lo menos noventa (90) días naturales antes de la fecha en la que se suspenderá la cobertura.

Incumplimiento de pago de primas: Si usted no paga las primas exigidas antes de la fecha de vencimiento, Molina Healthcare podrá cancelar su cobertura como se describe a continuación.

Su cobertura en virtud de ciertos Servicios cubiertos finalizará si lo hace su elegibilidad para dichos beneficios. Por ejemplo, un miembro que cumple 19 años ya no será elegible para recibir los servicios para la vista pediátricos cubiertos conforme a este Contrato y, como resultado, la cobertura de dicho miembro según esos servicios cubiertos específicos finalizarán el día en que cumpla 19 años, sin que esto afecte el resto del presente Contrato.

PAGOS DE PRIMAS Y FINALIZACIÓN POR FALTA DE PAGO

Avisos/finalización de la prima por falta de pago de primas

Las obligaciones de pago de primas son las siguientes:

- El pago de su prima para el siguiente mes de cobertura vence, a más tardar, en la fecha que figura en su factura de primas. Esta es la “**Fecha de vencimiento**”. Molina Healthcare le enviará una factura antes de la fecha de vencimiento para el siguiente mes de cobertura. Si Covered California o Molina Healthcare no recibe el pago total de la prima vencida en, o antes de, la fecha de vencimiento, Molina Healthcare enviará un aviso de cancelación por falta de pago de las primas y un período de gracia, o, si está recibiendo un pago por adelantado de crédito fiscal anticipado para la prima, un aviso de suspensión de cobertura a la dirección del suscriptor que figura en los registros.
- Si no recibe un pago por adelantado del crédito fiscal anticipado para la prima, Molina Healthcare le dará un período de gracia de treinta (30) días naturales antes de cancelarle o no renovar su cobertura debido a que no ha pagado la prima. Molina Healthcare continuará brindándole cobertura de conformidad con los términos de este Contrato, lo que incluye el pago por servicios cubiertos durante los treinta (30) días naturales del período de gracia. Durante el período de gracia, puede evitar la cancelación o la no renovación pagándole la prima adeudada a Covered California o Molina Healthcare, de no hacerlo al finalizar el período de gracia, este Contrato será cancelado cuando termine el período de gracia. Usted seguirá siendo responsable de cualquier prima impaga que le deba a Molina Healthcare por el período de gracia.
- Si recibe un pago por adelantado del crédito tributario anticipado para la prima, Molina Healthcare le otorgará un “período de gracia” de tres (3) meses, antes de finalizar o no renovar su cobertura por falta de pago de la prima. Molina Healthcare pagará por los servicios cubiertos que haya recibido durante el primer mes del período de gracia de tres meses. Si usted no paga la prima al final del primer mes del período de gracia de tres meses, su cobertura bajo este plan será suspendida y Molina Healthcare no pagará por los servicios cubiertos, después del primer mes del período de gracia, hasta que reciba las primas adeudadas. Si todas las primas vencidas y adeudadas no se reciben al final del período de gracia de tres meses, este acuerdo se cancela a partir del último día del primer mes del período de gracia; sin embargo, usted seguirá siendo responsable por cualquier prima adeudada a Molina Healthcare durante el período de gracia. La finalización o no renovación de este Contrato por falta de pago será efectiva a las **11:59 p. m.:**
 - último día del período de gracia si no recibe el pago por adelantado del crédito fiscal anticipado para la prima,
 - último día del primer mes del período de gracia si usted recibe el pago por adelantado del crédito fiscal anticipado para la prima.

Aviso de finalización

Al momento de la finalización de este Contrato, Molina Healthcare enviará por correo un aviso de finalización a la dirección del suscriptor registrada en el que se especifiquen la fecha y hora en que terminó la membresía.

Si usted reclama que finalizamos el derecho del miembro a recibir los servicios cubiertos por el estado de salud del miembro, o por los requerimientos de servicios de atención médica, usted puede solicitar una revisión. Para solicitar una revisión llame al Departamento de atención médica administrada llamando gratuitamente al 1 (888) 466-2219.

Reintegro posterior a la finalización

Si Covered California lo permite, permitiremos el restablecimiento de su Contrato (sin interrupción de cobertura) siempre que el restablecimiento sea una corrección de una acción de finalización o cancelación errónea.

Reinscripción posterior a la baja por falta de pago

Si se finaliza su contrato por falta de pago de las primas y desea volver a inscribirse en Molina (durante el período de inscripción abierta o el período de inscripción especial) durante el siguiente año del plan, es posible que le exijamos que pague las primas adeudadas más el pago del primer mes de prima en su totalidad, antes de que aceptemos su inscripción efectiva en Molina.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro de Molina Healthcare?

Estos derechos y responsabilidades están publicados en la página web de Molina Healthcare: MolinaMarketplace.com.

Sus derechos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad por todas las personas que trabajan con Molina Healthcare. Obtener información acerca de Molina Healthcare, nuestros proveedores, nuestros médicos, nuestros servicios, y los derechos y responsabilidades de los miembros. Elegir a su médico “principal” de la lista de proveedores participantes de Molina Healthcare (este médico es el PCP).
- Estar informado sobre su salud. Si tiene una enfermedad, tiene el derecho a ser notificado sobre todas las opciones de tratamiento, sin importar el costo o cobertura de beneficios. Tiene derecho a que le respondan todas sus inquietudes acerca de su salud.
- Ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica. Usted tiene derecho a rechazar un tratamiento médico.
- Tiene derecho a la privacidad. Mantenemos su historia clínica de forma privada*.
- Ver su historia clínica. También tiene derecho a obtener una copia de su historia clínica y corregirla, cuando la ley lo permita*.
- Quejarse acerca de Molina Healthcare o su atención. Puede llamarnos, enviarnos un fax, un correo electrónico o escribir al Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare.
- Apelar las decisiones de Molina Healthcare. Tiene derecho a que una persona hable por usted durante la presentación de su queja.
- Cancelar la inscripción de Molina Healthcare (dejar el plan de salud de Molina Healthcare).
- Pedir una segunda opinión acerca de su condición médica.
- Solicitar que una persona fuera de Molina Healthcare investigue terapias que sean experimentales o de investigación.
- Decidir por adelantado cómo desea que lo atiendan en caso de tener una enfermedad o lesión potencialmente mortal.
- Obtener servicios de interpretación las 24 horas sin ningún costo para ayudarlo a hablar con su médico o con nosotros si prefiere hablar en un idioma que no sea inglés.
- Que no se le solicite llevar a un menor de edad, amigo o familiar con usted para actuar como su intérprete.
- Obtener información acerca de Molina Healthcare, sus proveedores o su salud en el idioma que

prefiera.

- Solicitar y obtener materiales en otros formatos como letra de molde más grande, audio y sistema Braille, si los solicita con suficiente tiempo para preparar el formato solicitado y de conformidad con las leyes estatales vigentes.
- Obtener una copia de la lista de medicamentos aprobados (formulario de medicamentos) de Molina Healthcare a solicitud.
- Presentar una queja si usted no recibe medicamentos Medicamento Necesarios después de una Consulta de emergencia en un hospital que tiene un contrato con Molina Healthcare.
- No ser maltratado por Molina Healthcare ni sus médicos por actuar conforme a cualquiera de estos derechos.
- Hacer recomendaciones acerca de la política sobre los derechos y responsabilidades de los afiliados de Molina Healthcare.
- No ser sometido a controles o aislamiento con fines de presionar, castigar o buscar venganza.
- Presentar una queja o reclamo si considera que Molina Healthcare no cubre sus necesidades lingüísticas.

* Sujeto a las leyes estatales y federales

Sus responsabilidades

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Aprender y hacer preguntas acerca de sus beneficios de salud. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios, llame al número de teléfono gratuito de Molina al 1 (888) 858-2150.
- Proporcionar información a su médico, proveedor o Molina Healthcare que sea necesaria para su atención médica.
- Formar parte activa en las decisiones sobre su atención médica.
- Seguir los planes de cuidado que ha acordado con su médico.
- Desarrollar y mantener una buena relación médico-paciente. Cooperar con su médico y su personal. Cumplir con las citas y llegar a tiempo. Si va a llegar tarde o no puede asistir a su cita, llame al consultorio del médico.
- Entregar su tarjeta de Molina Healthcare cuando obtenga atención médica. No entregar su tarjeta a otras personas. Informe a Molina Healthcare acerca de cualquier fraude o acto indebido.
- Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordados en la medida en que le resulte posible.

Participe activamente en su atención médica

- Planifique con antelación.
- Programe sus citas en un horario que le resulte conveniente.
- Solicite su cita en un horario en el que el consultorio no tenga tanta gente si le preocupa esperar mucho.
- Realice una lista con las preguntas que desee preguntarle a su médico.
- Solicite el resurtido de su medicamento recetado antes de quedarse sin el medicamento.

Aproveche al máximo las consultas al médico

- Haga preguntas a su médico.
- Pregunte acerca de los posibles efectos secundarios de cualquier medicamento recetado.
- Informe a su médico si toma algún té o planta medicinal. También informe a su médico acerca de cualquier tipo de vitaminas o medicamentos de venta libre que está tomando

Visite a su doctor cuando esté enfermo

- Trate de brindarle a su médico toda la información posible.
- ¿Está empeorando o sus síntomas permanecen igual?
- ¿Ha tomado algo?

Si desea obtener más información, llámenos al 1 (888) 858-2150, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

SERVICIOS DE MOLINA HEALTHCARE

Molina Healthcare mejora continuamente los servicios

Molina Healthcare toma todas las medidas posibles para mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se le proporcionan. El proceso formal de Molina Healthcare para que esto suceda se denomina “proceso de mejora de calidad”. Molina Healthcare lleva a cabo muchos estudios a lo largo del año. Si encontramos áreas para mejorar, tomamos las medidas que darán como resultado una mejor calidad de servicio y atención.

Si desea obtener más información acerca de qué medidas tomamos para mejorar, llame al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare al 1 (888) 858-2150.

Comité de participación del miembro

Queremos saber qué opina sobre Molina Healthcare. Molina Healthcare cuenta con el Comité de participación del miembro para escuchar sus inquietudes.

El comité es un grupo de personas como usted que se reúne cada tres (3) meses y nos indica cómo mejorar. El Comité puede revisar la información del plan de salud y hacer sugerencias a la Junta Directiva de Molina Healthcare. Si usted desea inscribirse en el Comité de participación del miembro, llame al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare al 1 (888) 858-2150, del lunes al viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711. ¡Únase hoy mismo a nuestro Comité de participación del miembro!

La privacidad de su atención médica

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Lea nuestra Notificación de las normas de privacidad en la portada de este Contrato.

Tecnología nueva

Molina Healthcare siempre está buscando formas para cuidar mejor de nuestros miembros. Por eso, Molina Healthcare tiene un procedimiento establecido para reconocer las nuevas tecnologías, medicamentos y dispositivos por sus posibles beneficios adicionales.

Nuestros directores médicos encuentran procedimientos, tratamientos, medicamentos y dispositivos nuevos cuando están disponibles. Presentan la información de la investigación ante el Comité de Administración de utilización, en el que los médicos revisan la tecnología. Ellos sugieren si se puede agregar como tratamiento nuevo para los miembros de Molina Healthcare.

Para obtener más información sobre la nueva tecnología, llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare.

¿Qué debo pagar?

Consulte el “Programa de beneficios” en la portada de este Contrato para conocer su responsabilidad en relación con los costos compartidos para los servicios cubiertos.

Tenga en cuenta que usted podría ser responsable de pagar el precio total de los servicios médicos en las siguientes situaciones:

- Si solicita y obtiene los servicios médicos que no están cubiertos.
- Excepto en los casos de servicios de emergencia y atención médica urgente fuera del área, usted solicita y obtiene servicios de atención médica de un médico u hospital que no es un proveedor participante de Molina Healthcare sin obtener una aprobación de su PCP o Molina Healthcare.

Si Molina Healthcare no le paga a un proveedor participante para que le brinde servicios cubiertos, usted no es responsable de pagar al proveedor ningún monto que adeudemos nosotros. Esto no se aplica a los proveedores que no hayan celebrado Contratos con Molina Healthcare. Para obtener información sobre cómo presentar una queja si usted recibe una factura, consulte los siguientes puntos.

¿Qué ocurre si he pagado una factura o una receta médica? (disposiciones sobre reembolsos)

Con la excepción de cualquier suma de costos compartidos requerida (como un deducible, copago o coseguro), si ha pagado por un servicio cubierto o una receta médica que se aprobó o no requiere aprobación, Molina Healthcare lo reembolsará. Debe presentar un reclamo para el reembolso en el transcurso de los doce (12) meses a partir de la fecha en que realizó el pago.

Deberá enviarnos por correo o por fax una copia del recibo del médico, del hospital o de la farmacia y una copia de su recibo. También debe incluir el nombre del miembro por quien está presentando el reclamo y su número de póliza. Si el recibo es por una receta médica, será necesario que incluya una copia de la etiqueta de la receta médica. Envíe por correo esta información al Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare. La dirección se encuentra en la página 1 de este Contrato.

Después de que recibamos su carta, le responderemos en el transcurso de los treinta 30 días naturales. Si se acepta su reclamo, le enviaremos un cheque. De lo contrario, le enviaremos una carta explicándole las razones. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación llamando al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare al 1 (888) 858-2150, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

¿Cómo paga Molina Healthcare mi atención de salud?

Molina Healthcare tiene contratos con los proveedores de muchas maneras. A algunos proveedores participantes de Molina Healthcare se les paga una suma fija por cada mes que usted está asignado a su atención, ya sea que usted lo consulte o no. También hay algunos proveedores que reciben pagos en función de pago por cada servicio. Esto significa que se les paga por cada procedimiento que llevan a cabo. Algunos proveedores pueden recibir incentivos por brindar atención médica preventiva de calidad. Molina Healthcare no ofrece incentivos financieros para las decisiones de administración de utilización que pueden provocar denegaciones de autorizaciones previas o subutilización. Para obtener más información sobre cómo se les paga a los proveedores, llámenos al 1 (888) 858-2150, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. También puede llamar al consultorio o al grupo médico de su proveedor para obtener esta información.

¿Habla otro idioma que no sea inglés?

Muchas personas no hablan inglés o no se sienten cómodas hablando en inglés. Avise al consultorio de su médico o llame a Molina Healthcare si usted prefiere hablar en un idioma que no sea inglés. Molina Healthcare puede ayudarlo a encontrar a un médico que hable su idioma o a un intérprete que lo ayude.

Molina Healthcare ofrece servicios de interpretación telefónica para ayudarlo con lo siguiente:

- A concertar una cita.
- Hablar con su doctor o enfermero.
- Obtener atención de emergencia de manera oportuna
- Presentar un reclamo o queja.
- Obtener servicios de gestión de educación para la salud.
- Obtener información del farmacéutico sobre cómo debe tomar su medicamento.

Informe a su médico o cualquier persona que trabaja en su consultorio si necesita un intérprete. También puede solicitar cualquiera de los documentos que Molina Healthcare le envía en su idioma preferido por escrito. Los miembros que necesitan información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible (es decir, sistema Braille, letra de molde grande, audio) pueden llamar al Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare, al 1 (888) 858-2150.

Servicios culturales y lingüísticos

Molina Healthcare puede ayudarlo a hablar con su médico acerca de sus necesidades culturales. Podemos ayudarlo a encontrar a médicos que comprendan sus antecedentes culturales, servicios de apoyo social y ayuda con las necesidades lingüísticas. Llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare al 1 (888) 858-2150.

QUEJAS Y APELACIONES

¿Qué es una queja o reclamo?

Un reclamo es una queja. Una queja es una expresión escrita u oral de disconformidad con Molina o cualquier proveedor participante, que incluye problemas de calidad de atención e incluirá una queja, disputa, solicitud de consideración o apelación efectuada por usted o su representante. Por ejemplo, puede estar insatisfecho con las horas de disponibilidad de su médico. Los asuntos relacionados con la denegación de servicios de atención médica son Apelaciones, y deben presentarse ante Molina o el Departamento de Atención Médica Administrada del estado de California en la manera descrita a continuación.

¿Qué pasa si tengo una queja o un reclamo?

Si tiene algún problema con cualquier servicio de Molina Healthcare, incluyendo los servicios dentales pediátricos, queremos ayudarlo a solucionarlo.

El representante del plan con quien se puede comunicar con respecto a la queja es el “coordinador de quejas y apelaciones” y puede contactarlo de la siguiente manera:

- Llame al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare, 1 (888) 858-2150, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.
- También puede enviarnos su problema o queja por escrito por correo o presentarlo en línea en nuestra página web. Nuestra dirección es la siguiente:

Molina Healthcare
Coordinador de Quejas y Apelaciones
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, California 90802
MolinaMarketplace.com

- También puede presentar una queja a través de un correo electrónico a: MHCMemberGandA@molinahealthcare.com o por fax al 1 (562) 499-0757.
- Llame al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) del estado de California gratuitamente al 1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219).

Molina Healthcare reconoce el hecho de que los Miembros pueden no estar satisfechos con la atención y los servicios proporcionados por nuestros médicos, hospitales y otros proveedores contratados. Deseamos saber acerca de sus problemas y quejas.

Según se describió anteriormente, puede presentar una queja (también llamado reclamo) en persona, por escrito o por teléfono.

Nosotros le enviaremos una carta de reconocimiento de la recepción de su reclamo en un plazo de cinco (5) días naturales y luego emitiremos una respuesta formal dentro de los treinta (30) días naturales de la fecha de su primer contacto con nosotros. Todos los niveles de los reclamos se resolverán dentro de los treinta (30) días naturales.

Si está disconforme con nuestra respuesta a su queja, puede presentar una apelación a Molina Healthcare, si se recibe y puede ser procesada en el transcurso de los treinta (30) días naturales posteriores a la recepción del reclamo inicial. Le enviaremos una carta indicándole que recibimos su apelación dentro de los siguientes cinco (5) días naturales. Todos los niveles de reclamos de Molina Healthcare y de los procedimientos de apelación serán completados en un plazo de treinta (30) días naturales.

Usted debe presentar su reclamo en un plazo de ciento ochenta (180) días naturales desde el día que ocurrió el incidente o acción que haya ocasionado que usted esté insatisfecho.

Su cobertura seguirá en vigor pendiente del resultado de su apelación interna.

Revisión acelerada

Si su reclamo involucra una amenaza grave e inminente para su salud, Molina Healthcare rápidamente revisará su queja. Algunos ejemplos de amenaza inminente y grave incluyen, pero no se limitan a, dolor severo, pérdida potencial de la vida, una extremidad o una función corporal principal. Se le informará inmediatamente de su derecho a comunicarse con el Departamento de atención médica administrada. Molina Healthcare emitirá una respuesta formal a más tardar dentro de tres (3) días naturales después de su contacto inicial con nosotros. Usted también puede comunicarse con el Departamento de atención médica administrada inmediatamente y no se requiere que participe en el proceso de reclamo de Molina Healthcare.

Revisión de excepción externa que no está en el formulario

Si no está de acuerdo con la denegación de un “medicamento que no se encuentra en el formulario” o una solicitud de excepción de la terapia progresiva, su representante o su proveedor pueden presentar una queja donde se solicite información de la revisión de excepción externa sobre cómo solicitar una revisión, que también se incluirá en el aviso de denegación del inscrito. Consulte la sección titulada “Quejas y apelaciones” para obtener información sobre cómo presentar una queja. El proceso de revisión de excepción externa se suma al derecho de un miembro a presentar una queja o solicitar una revisión médica independiente. Molina responderá a la solicitud de revisión externa dentro de los siguientes lapsos:

- Veinticuatro (24) horas luego de haber recibido la solicitud urgente
- Setenta y dos (72) horas luego de haber recibido la solicitud no urgente

Departamento de asistencia de atención médica administrada

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene alguna queja respecto de su plan de salud, primero comuníquese al número de teléfono gratuito de su plan de salud al 1 (888) 858-2150 y use su proceso de quejas antes de contactarse 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 en referencia a una emergencia; una queja que el plan de salud no ha resuelto a su satisfacción o una queja que no se ha resuelto en más de treinta (30) días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud, relacionadas a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones de

cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación, y de los litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-HMO-2219) 1-888-466-2219 y una línea TTD (1-877-688-9891) para las personas con una discapacidad auditiva o del habla. En la página web <http://www.hmohelp.ca.gov> del departamento, hay formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Revisión médica independiente

Usted puede solicitar una revisión médica independiente ("IMR") de un servicio de atención médica controvertido desde el Departamento de Atención Médica Administrada ("DMHC"), si usted considera que los servicios de atención médica han sido indebidamente denegados, modificados o atrasados por Molina Healthcare o uno de sus proveedores participantes. Un "**servicio de atención médica controvertido**" es cualquier servicio de atención médica elegible para cobertura y pago (también llamado servicios cubiertos), que ha sido denegado, modificado o atrasado por Molina Healthcare o uno de sus proveedores participantes, total o parcialmente debido a que el servicio no es médicamente necesario.

El proceso de IMR es adicional a cualquier otro procedimiento o recurso que pueda estar disponible para usted. Usted no paga ninguna tarifa de solicitud o procesamiento de cualquier tipo por la IMR. Usted tiene el derecho a proporcionar información de apoyo para la solicitud de una IMR. Molina Healthcare le dará un formulario de solicitud de IMR con cualquier carta de disposición que deniegue, modifique o retrase los servicios de atención médica. La decisión de no participar en el proceso de IMR puede causar que usted pierda algún derecho establecido por la ley de presentar una demanda contra Molina Healthcare en relación con el servicio de atención médica.

Elegibilidad para IMR: Su solicitud para una IMR será revisada por el DMHC para confirmar:

1. Ya sea:
 - A. su proveedor ha recomendado un servicio de atención médica como médicamente necesario, o
 - B. usted ha recibido atención médica urgente o servicios de emergencia que un proveedor determinó como médicamente necesarios, o
 - C. usted ha sido evaluado por un proveedor participante para el diagnóstico o tratamiento de la afección médica para la cual usted busca la revisión médica;
2. el servicio de atención médica controvertido ha sido denegado, modificado o demorado por Molina Healthcare o uno de sus proveedores participantes, con base, en su totalidad o en parte, en una decisión de que el servicio de atención médica no es médicamente necesario; y
3. usted ha presentado un reclamo ante Molina Healthcare o su proveedor participante y se mantiene la decisión en disputa o el reclamo continúa sin resolverse después de treinta (30) días naturales. No es necesario que espere por una respuesta de parte de Molina Healthcare más de treinta (30) días naturales.

Si su queja requiere una **Revisión Acelerada**, puede llevarla inmediatamente a la atención del DMHC. No se requiere que espere la respuesta de Molina Healthcare por más de tres (3) días naturales. El DMHC puede eliminar el requisito de que usted siga el proceso de reclamos de Molina Healthcare en casos extraordinarios y que lo ameriten.

Si su caso es elegible para IMR, la disputa se enviará a un especialista médico quien hará una determinación independiente de si la atención es o no médicamente necesaria. Usted recibirá una copia de la evaluación realizada en su caso. Si la IMR determina que el servicio es médicamente necesario, Molina Healthcare le proporcionará el servicio de atención médica.

Para casos no urgentes, la organización de IMR asignada por el DMHC debe proporcionar su determinación dentro de los treinta (30) días naturales a partir de la recepción de su solicitud y documentos de respaldo. Para casos urgentes que involucran una amenaza grave e inminente para su

salud, incluyendo, pero no se limita a, dolor agudo, pérdida potencial de la vida, una extremidad o una función corporal principal, o el deterioro serio e inmediato de su salud, la organización IMR debe proporcionar su determinación dentro de los siguientes tres (3) días naturales.

Para obtener más información acerca del proceso de IMR, o para solicitar un formulario de solicitud, llame al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare, 1 (888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

Revisión médica independiente por negación de terapias experimentales o de investigación

Usted también tiene derecho a una revisión médica independiente de nuestra decisión de negar la cobertura para el tratamiento que hemos determinado como experimental o de investigación.

- El tratamiento debe ser por una condición que amenaza la vida o seriamente debilitante.
- Le notificaremos por escrito acerca de la oportunidad de solicitar una revisión médica independiente de una decisión, denegando una terapia Experimental o en investigación dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles después de la decisión denegando la cobertura.
- No se requiere que usted participe en el proceso de queja de Molina Healthcare antes de solicitar una revisión médica independiente de nuestra decisión, denegando la cobertura de una terapia experimental / de investigación.
- La revisión médica independiente será completada dentro de los treinta (30) días naturales de la recepción del Departamento de atención médica administrada de su solicitud y la documentación de apoyo. Si su médico determina que la terapia propuesta sería significativamente menos efectiva, si no se inicia rápidamente, la revisión médica independiente será efectuada dentro de los siguientes siete (7) días naturales de completar la solicitud para una revisión acelerada.

ARBITRAJE VINCULANTE: ACUERDO PARA RESOLVER TODAS LAS DISPUTAS, INCLUYENDO EL RECLAMO FUTURO POR MALA PRÁCTICA MEDIANTE UN ARBITRAJE VINCULANTE

***** Información importante acerca de sus derechos *****

Cada una y todas las disputas de cualquier tipo, incluidos, entre otros, los reclamos relacionados con la cobertura y la prestación de servicios conforme a este producto, que pueden incluir, entre otros, reclamos de negligencia (p. ej., en caso de cualquier disputa o controversia que surja en el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente por parte del proveedor de atención médica), o reclamos de que los servicios médicos prestados por este producto no eran necesarios o no estaban autorizados, o se prestaron indebidamente, negligente o incompetentemente, entre el miembro (incluido cualquier heredero, sucesor o cesionario del miembro) y Molina Healthcare, o cualquiera de sus sociedades matrices, filiales, afiliadas, sucesores o cesionarios, deberán someterse a un arbitraje vinculante de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables, incluida la Ley Federal de Arbitraje, 9 U.S.C. Secciones 1-16, las secciones del Código de Procedimiento Civil de

California 1280 *et seq.* y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Ninguna disputa de este tipo se resolverá mediante una demanda o proceso judicial, ni estará sujeta a apelación, excepto según lo establecido por la ley aplicable. Todo arbitraje conforme a esta disposición se realizará en forma individual; no se permiten los arbitrajes colectivos ni las acciones colectivas.

El miembro y Molina Healthcare están de acuerdo en que, al entrar en el acuerdo de inscripción de miembros en este producto, el miembro y Molina Healthcare renuncian al derecho a un juicio por jurado o a participar en una acción de clase. El miembro y Molina Healthcare están renunciando a sus derechos constitucionales a que cualquier disputa se decida en un tribunal de justicia, ante un jurado y en su lugar aceptan el uso de arbitraje final y vinculante según las reglas integrales y procedimientos de JAMS, y administración del arbitraje se debe practicar por JAMS u otro servicio de arbitraje de tal clase a como las partes podrían estar de acuerdo por escrito. La sentencia sobre el laudo dictado por el árbitro podrá ser presentada ante cualquier tribunal que tenga jurisdicción.

Las partes tratarán de acordar mutuamente la designación del árbitro, pero si dicho acuerdo no puede ser alcanzado dentro de los treinta (30) días naturales de la fecha en que se recibió el aviso de inicio del arbitraje se usarán, los procedimientos de designación del árbitro en las reglas y procedimientos integrales de JAMS. El árbitro debe realizar una audiencia dentro de un tiempo 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 donde viva el miembro o en otro lugar que las partes pueden acordar por escrito. El descubrimiento civil se puede tomar en arbitraje de acuerdo con las secciones 1280-1294.2 del código de Procedimiento Civil de California. El árbitro seleccionado tendrá la facultad de controlar el momento oportuno, el alcance y la manera de tomar lo descubierto y, además, deberá tener los mismos poderes para hacer cumplir obligaciones respectivas de las partes concernientes al descubrimiento, como un Tribunal de Ley del Estado de California, que incluye, sin limitación, la imposición de sanciones. El árbitro tendrá la facultad de otorgar todos los recursos de acuerdo con cualquier limitación de la ley aplicable y sujetos a esta.

El árbitro preparará por escrito un fallo que indique la(s) parte(s) ganadora(s), la suma y otros términos relevantes de la indemnización, y que incluya las razones legales y de hecho de la decisión. El requisito de arbitraje vinculante no impedirá que una de las partes solicite una orden de restricción provisional o medida cautelar u otros recursos provisionales de un tribunal competente. Sin embargo, cualesquiera y todos los otros reclamos o demandas, incluidos, por ejemplo,

aquellos que solicitan el pago de daños y perjuicios, estarán sujetos a un arbitraje vinculante, tal como se estipula en el presente documento.

Las partes deberán dividir en partes iguales los costos y los gastos de JAMS y del árbitro. En caso de dificultades extremas, Molina Healthcare puede asumir toda o parte de la parte de los honorarios y gastos de JAMS y del árbitro del miembro, siempre que el miembro presente una solicitud de dificultad a JAMS. La solicitud de dificultades extremas deberá ser hecha en una manera y con la información y cualquier documentación que requiera JAMS. JAMS (y no la parte neutral asignada a intervenir en el caso) deben determinar si aprobará la solicitud de dificultad del miembro.

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

DISPOSICIONES VARIAS

Actos fuera del control de Molina Healthcare

Si debido a circunstancias que escapan al control razonable de Molina Healthcare, incluso cualquier desastre importante, epidemia, destrucción completa o parcial de un centro, guerra, disturbios o insurrección civil tienen como consecuencia la falta disponibilidad de centros, personal o proveedores participantes, Molina Healthcare y el proveedor participante proporcionarán o intentarán proporcionar los servicios cubiertos en la medida que sea práctico, de acuerdo con su mejor criterio, dentro de la limitación de dichos centros y el personal, y los proveedores participantes. Ni Molina Healthcare ni ningún proveedor participante tendrán ninguna responsabilidad u obligación por cualquier retraso o falta de prestación de los servicios cubiertos debido a cualquiera de las circunstancias descritas anteriormente.

Renuncia

Si Molina Healthcare no cumple con alguna disposición de este Contrato, no debe interpretarse como una renuncia a esa disposición o cualquier otra disposición de este Contrato, ni debe afectar el derecho de Molina Healthcare de exigir su cumplimiento de este Contrato.

No discriminación

Molina Healthcare no discrimina al contratar personal o al proveer atención médica en función de una condición de salud preexistente, color, credo, edad, nacionalidad, etnia, religión, minusvalía, discapacidad, sexo o preferencia sexual y/o identidad de género.

Si usted considera que no ha sido tratado de manera justa, comuníquese con el número telefónico gratuito del Centro de Apoyo al Cliente al 1 (888) 858-2150.

Donación de órganos o tejidos

La legislatura del estado ha solicitado a Molina Healthcare que le informe que usted puede convertirse en un donante de órganos o tejidos. Los avances médicos en tecnología de trasplantes de órganos han ayudado a muchos pacientes. Sin embargo, la cantidad de órganos disponibles es mucho menor que la de los pacientes que necesitan un trasplante de órgano. Usted puede elegir ser un donante de órganos o

tejido al comunicarse con el Departamento de vehículos motorizados para obtener una tarjeta de donación de órganos.

Asignación

No puede ceder este Contrato ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos de dinero adeudado, beneficios, reclamos ni obligaciones estipulados en el presente documento sin el consentimiento previo por escrito de Molina (que puede rechazarse a criterio de Molina).

Ley vigente

Salvo en la medida prevista por la ley federal, este Contrato se registrará conforme a la ley de California, y cualquier disposición que la ley federal o estatal exija que se incluya en este Contrato será vinculante para Molina Healthcare y los miembros, independientemente de si lo establece este Contrato.

Invalidez

Si cualquier disposición de este Contrato se considera ilegal, nula o inaplicable en un procedimiento judicial o arbitraje vinculante, dicha provisión deberá eliminarse y se considerará nula, pero el resto de este Contrato seguirá siendo válido y cobrará pleno vigor y vigencia.

Avisos

Cualquier aviso requerido por Molina Healthcare según el presente Contrato se enviará a la dirección más reciente que tengamos del Suscriptor. El suscriptor es responsable de notificarnos todo cambio de dirección.

Programa Wellness

Su Contrato incluye acceso a un programa de actividad de salud. El objetivo del programa es animarle a completar una actividad saludable que apoye su salud en general. El programa es voluntario y está disponible sin costo adicional para usted. La actividad saludable que le animamos a completar se describe a continuación. Para obtener más información, comuníquese con el número telefónico del Centro de Apoyo al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación.

Actividad de salud anual

Lo animamos a que complete la actividad saludable anual a continuación durante el año natural. Tras finalizarla, Molina podrá trabajar con usted para apoyar su bienestar general.

Consulta preventiva anual

- Le ofrece la oportunidad de obtener un examen físico integral anual a través de su PCP o un examen de evaluación de salud en su domicilio facilitado a través de Molina.

PROGRAMAS DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD DE NIVEL 1

Si padece una enfermedad crónica o una enfermedad de salud conductual, Molina Healthcare cuenta con programas que pueden ayudarlo. Puede inscribirse en uno o más programas si padece ciertas afecciones y reúne los requisitos. Es su elección inscribirse en un programa, y puede pedir dejar un programa en cualquier momento. Nuestros programas incluyen lo siguiente:

- Programa Breathe with Ease (control del asma)
- Programa Building Brighter Days (control de la depresión para adultos)
- Programa de embarazo

Su proveedor puede remitirlo a uno o más programas, o usted puede solicitar inscribirse llamando directamente al Departamento de Administración de Salud al 1 (866) 891-2320.

Programas de educación sobre la salud y administración de salud de nivel I

Programa para el Control de Peso

Nuestro programa para el control de peso está diseñado para ayudar a personas adultas a controlar su peso. Como parte del programa, usted aprenderá sobre alimentación saludable y ejercicio.

Para obtener más información o inscribirse, llame a nuestro Departamento de Educación de la Salud al 1 (866) 472-9483.

Programa para dejar de fumar

Nuestro programa para dejar de fumar está diseñado para adultos que tengan de dieciocho (18) años en adelante luego de la inscripción en el programa.

Para obtener más información o inscribirse, llame a nuestro Departamento de Educación de la Salud al (866) 472-9483.

Boletines de Noticias

Los boletines de noticias se publican en la página web www.MolinaHealthcare.com al menos 2 veces al año. Los artículos cubren temas solicitados por miembros como usted. Los consejos incluidos le ayudarán a usted y a su familia a mantenerse saludables.

Materiales de Educación de la salud

Entre los temas que abarcan nuestros sencillos materiales, se incluyen la nutrición, las pautas para servicios médicos preventivos, el manejo del estrés, el ejercicio, el control del colesterol, el asma y la diabetes. Para obtener estos materiales, consulte a su médico o visite nuestra página web: www.MolinaMarketplace.com/healthmanagement

Programa de prevención de la diabetes

El programa de prevención de la diabetes (DPP) es un programa de cambios en el estilo de vida reconocido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). El DPP fue desarrollado para prevenir la diabetes de tipo 2. Está diseñado para los miembros de Molina que tengan prediabetes o corran riesgo de padecer diabetes de tipo 2. El DPP no es para los miembros que ya tengan diabetes o estén embarazadas actualmente.

El programa es dirigido por consejeros capacitados que le ayudarán con ciertos aspectos de su estilo de vida. Le enseñarán a tener una alimentación saludable, reducir el estrés y hacer más actividad física. El programa también incluye apoyo grupal de otras personas que tienen sus mismas metas y dificultades. El programa de cambio de estilo de vida no consiste en dietas o clases de actividad física de moda. No es una solución rápida. Es un programa de un año de duración que apunta a cambios a largo plazo y resultados duraderos.

Un año podría parecer mucho tiempo, pero aprender nuevos hábitos, desarrollar nuevas habilidades y ganar confianza lleva tiempo. A medida que comience a alimentarse mejor y volverse más activo, notará los cambios. Los cambios se reflejarán en la forma en que se siente o incluso en su apariencia. El personal del DPP trabajará con usted para comprobar que esté listo para inscribirse en el programa.

Para poder recibir los beneficios del programa, los miembros deben reunir todos los siguientes requisitos:

- Tener, por lo menos, 18 años.
- Tener sobrepeso.
- No tener diabetes de tipo 1 o tipo 2.
- Tener resultados de un análisis de sangre dentro de los límites de la prediabetes en los últimos 12 meses; **O** haber sido diagnosticada con diabetes gestacional alguna vez (no puede estar embarazada actualmente).

Los miembros pueden acceder al programa de prevención de la diabetes de Molina mediante una visita con su proveedor o por teléfono al Departamento de Servicios para Miembros, 1 (888) 858-2150, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

SU GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA DE ATENCIÓN MÉDICA

Departamento/Programa	Tipo de ayuda necesaria	Número telefónico/ Información de contacto
Molina Healthcare Centro de Apoyo al Cliente	Si tiene algún problema con cualquiera de los servicios de Molina Healthcare, deseamos ayudar a solucionarlo. Puede llamar a nuestro Centro de Apoyo al Cliente para obtener ayuda o presentar un reclamo o una queja, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Cuando esté en duda, llámenos primero.	1 (888) 858-2150 Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.
Molina Healthcare Control de la salud Programas de Nivel 1	Para solicitar ayuda para controlar una afección diagnosticada, como asma, depresión o embarazo. Horario: de 4:00 AM a. m. a 8:00 AM p. m. (hora del pacífico). de lunes a viernes.	1 (866) 891-2320 Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.
Molina Healthcare Educación para la salud	Puede solicitar información sobre el control del peso y los programas para dejar de fumar. Horario: de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes.	1 (866) 472-9483 Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.
Molina Healthcare Línea de Consejos de Enfermeras disponible las 24 horas	Si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud o la de su familia. La Línea de Consejos de Enfermeras es atendida por enfermeras registradas. Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.	Inglés: 1 (888) 275-8750 Español: 1 (866) 648-3537 Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.
Departamento de Salud y Servicios Humanos Office for Civil Rights	Si considera que no hemos protegido su privacidad y desea presentar una queja, puede llamar para presentar una (o un reclamo).	(415) 437-8310 TDD: (415) 437-8311 FAX: (415) 437-8329
Medicare	Medicare es un seguro médico ofrecido por el gobierno federal para la mayoría de las personas desde los 65 años. Medicare lo ayuda a pagar la atención médica, pero no cubre todos los gastos médicos.	1 (800) MEDICARE TTY: 1 (877) 486-2048 www.Medicare.gov
Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC)	El DMHC es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra Molina Healthcare, primero debe llamar al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare, 1 (888) 858-2150, y atravesar el proceso de reclamos de Molina Healthcare antes de comunicarse con el DMHC.	1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o TDD (dispositivos de telecomunicaciones para personas con dificultades auditivas): 1 (877) 688-9891 www.hmohelp.ca.gov

ANEXO PARA EL AÑO 2019

SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS

A brindarse por California Dental Network, Inc.



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

California Dental Network

A DentaQuest company

DEFINICIONES

“Atención dental de emergencia” hace referencia al servicio requerido para aliviar de inmediato los síntomas agudos asociados a una afección dental de emergencia.

“Condición médica de emergencia” hace referencia a la afección que se manifiesta con dolor agudo o sangrado asociado a problemas dentales, o afecciones dentales imprevistas que, de no diagnosticarse y tratarse de inmediato, podrían derivar en incapacidad, disfunción o muerte, y que se manifiestan con síntomas agudos de gravedad tal (incluso dolor agudo) que podría preverse que la falta de atención médica inmediata podría conllevar lo siguiente:

- Poner en grave peligro la salud del paciente.
- Grave discapacidad de las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

“Exclusión” hace referencia a cualquier servicio listado como no cubierto por California Dental Network, Inc. (CDN, por sus siglas en inglés) o el proveedor.

“Limitación” hace referencia a cualquier servicio a parte de una exclusión que restringe la cobertura bajo este plan.

“Proveedor dental” hace referencia a los dentistas que se han contactado con CDN e incluye higienistas o asistentes que actúan bajo la supervisión del dentista para brindar servicios a los miembros.

“Especialista dental” hace referencia al dentista, responsable de la atención dental de un miembro en un campo de la odontología, como endodoncia, periodoncia, pedodoncia, cirugía oral u ortodoncia.

“Proveedor dental participante” hace referencia al dentista que se ha contactado con CDN para tratar a nuestros miembros asegurados.

“Beneficios de salud pediátricos esenciales” hace referencia a uno de los diez Beneficios de salud esenciales contemplados por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Estos beneficios cubren la atención dental y servicios como limpieza, radiografías y empastes para los miembros de hasta 19 años.

“Dentista principal” hace referencia al dentista principal que el miembro ha elegido o al que ha sido asignado para su tratamiento dental y es un proveedor dental participante.

“Atención dental de urgencia” hace referencia a la atención requerida para prevenir el grave deterioro de la salud de un miembro, luego del inicio de una afección imprevista. La atención de urgencia es la que se requiere en el transcurso de 24 a 72 horas e incluye solo servicios necesarios para prevenir el grave deterioro de su salud dental a raíz de una enfermedad o lesión imprevistas, cuyo tratamiento no puede demorarse.

¿CÓMO USO MIS BENEFICIOS?

Además de la EOC de Molina Healthcare of California, usted recibirá una carta de California Dental Network (CDN) con el número telefónico y la dirección de su consultorio dental.

Al final de este apéndice se incluye una lista completa de los servicios cubiertos y copagos. Los servicios excluidos de su cobertura se encuentran en la sección titulada Beneficios, exclusiones y limitaciones. Por favor lea con cuidado esta sección. Los servicios dentales provistos por un dentista o especialista fuera de la red no están cubiertos. Algunos servicios dentales realizados por un dentista general no participante bajo situaciones de emergencia pueden ser cubiertos.

¿CÓMO CAMBIO DE PROVEEDOR DENTAL?

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LE INFORMA SOBRE LOS GRUPOS DE PROVEEDORES QUE PUEDEN BRINDARLE ATENCIÓN DENTAL.

Usted puede seleccionar cualquier proveedor dental participante de CDN para que le brinde su atención dental. Puede cambiar su dentista principal en cualquier momento. Comuníquese con el número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente, 1-855-424-8106, para cambiar de dentista principal. Cualquier solicitud que se reciba antes del día 20 del mes entrará en vigor a partir del primer día del mes próximo. Cualquier solicitud que se reciba después del día 20 del mes entrará en vigor a partir del primer día del próximo mes natural. Podemos requerir hasta 30 días para procesar la solicitud.

PROVEEDORES DENTALES

Los consultorios dentales participantes de CDN están abiertos durante las horas de oficina normales y algunos están abiertos los sábados. Consulte su directorio de proveedores para obtener más información sobre las horas de consulta del proveedor y los idiomas que se hablan en los consultorios participantes. Si tiene dificultad para encontrar un proveedor dental participante en su área, dentro de los estándares de admisión del plan, contacte al Centro de Apoyo Dental, al 1-855-424-8106, para recibir autorización para obtener servicios fuera de la red. Usted podrá seleccionar un proveedor de su elección dentro del área. Se dará autorización para el examen y las radiografías, todos los tratamientos deben ser presentados para su aprobación.

¿Cómo obtengo servicios de emergencia?

La atención dental de urgencia y de emergencia están cubiertas las 24 horas del día, los siete días de la semana, para todos los miembros. La atención dental de emergencia es un tratamiento dental reconocido para el alivio inmediato de una condición médica de emergencia, y cubre solo aquellos servicios dentales requeridos para aliviar los síntomas pertinentes. La atención de urgencia es la que se requiere en el transcurso de 24 a 72 horas y consiste en los servicios necesarios para prevenir el grave deterioro de su salud dental a raíz de una enfermedad o lesión imprevistas, cuyo tratamiento no puede demorarse. El plan cubre los servicios dentales de urgencia solo si los servicios se requieren para aliviar los síntomas como dolor agudo o sangrado,

o si el miembro cree, en un marco razonable, que en el caso de no diagnosticarse o tratarse, la afección podría derivar en una discapacidad, disfunción o deterioro. Los beneficios cubiertos comprenden el alivio de los síntomas agudos solamente (p. ej., dolor agudo o sangrado) y no comprenden la restauración o rehabilitación completa. Contacte a su dentista participante para recibir atención dental de urgencia o de emergencia. Si su proveedor dental no está disponible durante el horario de atención, llame al Centro de Apoyo Dental, al 1-855-424-8106.

Si tiene una emergencia fuera del horario de atención y su proveedor dental no está disponible, puede obtener un servicio de urgencia o de emergencia de cualquier dentista autorizado. Solo debe enviar a CDN, a la dirección aquí indicada, la factura correspondiente al servicio de emergencia dental, un comprobante de pago y una breve explicación sobre la no disponibilidad de su proveedor. Un padre no cubierto de un niño cubierto puede presentar un reclamo relacionado con atención de emergencia o urgencia sin la aprobación del padre cubierto. En ese caso, el padre no cubierto recibirá el reembolso. Una vez verificada la no disponibilidad de su proveedor, CDN le reembolsará el costo de los servicios de emergencia o urgencia, menos el copago aplicable.

Se recomienda que los inscritos usen debidamente el sistema de auxilio para emergencias “911”, en las áreas donde el sistema esté establecido y en funcionamiento, en el caso de tener una condición médica de emergencia que requiere una respuesta inmediata.

¿Qué hago si estoy fuera del área?

Usted tiene cobertura para la atención dental de emergencia y de urgencia. Si no se halla cerca del proveedor participante asignado, puede comunicarse con CDN para que lo remitan a otro dentista contratado que pueda tratar su afección de emergencia o urgencia. Si está fuera del área, no está en el horario de atención de CDN o no se puede comunicar con CDN para que lo remitan a otro dentista contratado, comuníquese con cualquier dentista autorizado para recibir atención de emergencia o urgencia. Se requiere que usted presente una declaración detallada realizada por el dentista que lo trató y que incluya todos los servicios brindados. Los reclamos de los miembros deben ser presentados dentro de los 60 días y le reembolsaremos los gastos relativos a la atención de emergencia o urgencia en el transcurso de los 30 días. Un padre no cubierto de un niño cubierto puede presentar un reclamo por una emergencia fuera del área sin la aprobación del padre cubierto. En ese caso, el padre no cubierto recibirá el reembolso. Presente todos los reclamos a CDN a esta dirección:

California Dental Network, Inc.
23291 Mill Creek Dr. Ste. 100
Laguna Hills, CA 92653

La atención dental de emergencia es un tratamiento dental reconocido para el alivio inmediato de una condición médica de emergencia, y cubre solo aquellos servicios dentales requeridos para aliviar los síntomas pertinentes. La atención de urgencia es el tratamiento que se requiere en el transcurso de 24 a 72 horas y consiste en los servicios necesarios para prevenir el grave deterioro de su salud dental a raíz de una enfermedad o lesión imprevistas, cuyo tratamiento no puede demorarse. El plan cubre los servicios dentales de emergencia o urgencia solo si los servicios se

requieren para aliviar los síntomas como dolor agudo o sangrado, o si el miembro cree, en un marco razonable, que en el caso de no diagnosticarse o tratarse, la afección podría derivar en una discapacidad, disfunción o deterioro. Los beneficios cubiertos comprenden el alivio de los síntomas agudos solamente (p. ej., dolor agudo o sangrado), y no comprenden la restauración o rehabilitación completa.

Visitar a un especialista

Si su odontólogo primario decide que usted necesita los servicios de un especialista, solicitará una autorización previa para una remisión a un especialista de CDN. CDN le enviará una carta de autorización del tratamiento, con el nombre, el domicilio y el número de teléfono del especialista de CDN que se le asignó. Las solicitudes de autorización previa de rutina se procesarán dentro de los siguientes cinco (5) hábiles de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por CDN para tomar la determinación. Si se requiere de una remisión de emergencia, su odontólogo primario se pondrá en contacto con CDN y se realizarán arreglos inmediatos para que reciba el tratamiento de especialidad. Las remisiones de emergencia se procesarán dentro de las siguientes setenta y dos (72) horas de la recepción de toda la información razonablemente necesaria solicitada por CDN para tomar la decisión. Su odontólogo primario será informado de la decisión de CDN dentro de las 24 horas posteriores a la determinación. Tanto el proveedor general como el paciente serán notificados por escrito de la aprobación o denegación.

Si tiene preguntas sobre cómo se autoriza un servicio en particular, llame al número de teléfono gratuito de CDN al 1-855-424-8106. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque 711 para acceder al Servicio de retransmisión de California. Si lo solicita, con gusto le enviaremos una explicación general sobre cómo se toma ese tipo de decisiones o una explicación general del proceso de aprobación.

Si solicita los servicios de un especialista sin la previa aprobación por escrito de CDN, será responsable de pagar las tarifas del especialista por los servicios prestados.

RESPONSABILIDAD DEL MIEMBRO RESPECTO DEL PAGO

Por ley, todo contrato entre CDN y un dentista participante debe establecer que en el caso de que CDN no le pague al dentista, el miembro no será responsable de pagarle al dentista los montos adeudados por CDN.

En el caso de que CDN no pague a los dentistas participantes sin contrato, el miembro será responsable de los costos de los servicios prestados por estos.

Los miembros serán responsables de todos los cargos suplementarios, incluso copagos, deducibles y procedimientos no cubiertos como beneficios del plan.

QUEJAS Y APELACIONES

Todas las quejas y apelaciones serán manejadas de acuerdo con el proceso de quejas y apelaciones de Molina, como se describe en esta EOC.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En el caso de que un miembro esté cubierto por otro plan o póliza que brinde cobertura, beneficios o servicios (plan) que sean beneficios cubiertos en virtud de este plan dental, entonces los beneficios de este plan se coordinarán con el otro plan conforme a las normas establecidas en "Coordinación de beneficios". El beneficio estándar de Covered California requiere que el pagador primario de los beneficios dentales sea un plan de salud adquirido a través de Covered California, que incluya beneficios de salud dental pediátricos esenciales. Cualquier plan dental independiente que ofrezca beneficios de salud dental pediátricos esenciales, ya sea como un beneficio aparte o combinado con un beneficio dental familiar, cubrirá los beneficios como pagador secundario del plan de beneficios dentales. El pagador de los beneficios dentales primario es este plan de salud adquirido a través de Covered California, que incluye beneficios de salud dental pediátricos esenciales.

Puede solicitar una copia de las normas sobre Coordinación de beneficios a CDN.

El plan o los proveedores tratantes se reservan el derecho a recobrar el costo o valor, conforme se establece en la sección 3040 del Código Civil, de los servicios cubiertos prestados a un miembro a causa de terceros, posteriormente responsabilizados respecto de la lesión al miembro.

POLÍTICA SOBRE UNA SEGUNDA OPINIÓN

La política de CDN establece que una segunda opinión de un proveedor participante sea un beneficio cubierto. Este beneficio cubierto deberá ser aprobado por el plan. Se recomienda obtener una segunda opinión, ya que se considera un aspecto positivo en cuanto a la calidad de la atención.

Práctica general: segunda opinión

Se puede procesar la solicitud de una segunda opinión en los siguientes casos:

- El miembro desea confirmar un plan de tratamiento complejo o extenso, un plan de tratamiento alternativo, o aclarar un procedimiento o plan de tratamiento.
- El miembro duda acerca de si el diagnóstico de un procedimiento o plan de tratamiento es correcto.
- El miembro cuestiona el progreso y el resultado satisfactorio de un plan de tratamiento.
- El plan requiere una segunda opinión como parte de la resolución de una queja del miembro.

Cuando la solicitud de una segunda opinión de parte de un miembro no encuadre en las pautas generales establecidas, la solicitud se elevará al director de odontología de CDN para su consideración.

Los miembros pueden obtener una segunda opinión llamando a CDN, al 1-855-424-8106. Se le proporcionarán al miembro los nombres de los proveedores en su área para que seleccione a uno que le brinde una segunda opinión. Si el miembro opta por no aceptar uno de los proveedores contratados y desea consultar a uno fuera de la red, esto no será un beneficio cubierto. El

proveedor elegido será notificado por el plan respecto de la necesidad del miembro de obtener una segunda opinión y del copago aplicable. El miembro será responsable de concertar una cita con el proveedor que le brinde la segunda opinión.

El representante del plan completará un formulario relacionado con la segunda opinión. Se obtendrán las radiografías y los registros del proveedor actual, y junto con el formulario, se enviarán al proveedor que le brinde la segunda opinión.

Los proveedores contratados han acordado en el contrato participar en las actividades de Aseguramiento de Calidad del plan. El hecho de brindar una segunda opinión se considera parte de las actividades de Aseguramiento de Calidad del plan; por lo tanto, todos los proveedores contratados acuerdan lo siguiente:

- Proporcionar copias de los registros necesarios y radiografías al plan (sin cargo para los miembros, el plan o el proveedor que brindará la segunda opinión) para que los revise el proveedor que brindará la segunda opinión.
- Brindar una evaluación de la segunda opinión para los miembros (con copago) ante la aprobación de la solicitud para una segunda opinión por parte del plan; y facilitar los resultados de la evaluación al proveedor que lo remitió, al miembro y al plan.

Los proveedores que brindan la segunda opinión pueden decidir aceptar a un miembro que desea cambiar de médico, pero no están obligados a hacerlo. Las transferencias deben hacerse de mutuo acuerdo entre el proveedor que brinda la segunda opinión y el miembro.

Especialidad: segunda opinión

Los procedimientos de especialistas incorporados en un plan de tratamiento pueden requerir la segunda opinión de un especialista. Esto se procesará de la misma manera que la segunda opinión de un médico de práctica general, y con las mismas pautas.

Ortodoncia: segunda opinión

En el caso de la segunda opinión de un ortodoncista, se procesará de la misma manera que la segunda opinión de un médico de práctica general; excepto que estará sujeto a lo siguiente:

- Dudas sobre la extracción de piezas dentales para completar el tratamiento frente a la no extracción de piezas dentales.
- Dudas sobre la duración del tratamiento.
- Dudas sobre los cambios faciales, el crecimiento y el desarrollo.
- Dudas sobre el inicio del tratamiento, el tratamiento interceptivo, el tratamiento con piezas fijas o extraíbles.
- Dudas sobre varios proveedores que tratan un caso frente a un proveedor que informa los resultados.

Cuando la solicitud de una segunda opinión de parte de un miembro no encuadre en las pautas generales establecidas, la solicitud se elevará al director de odontología para su consideración.

Denegación

Casos en los que puede denegarse la solicitud de una segunda opinión:

- El miembro no es elegible o el plan ha finalizado.

- El miembro ha finalizado el tratamiento. Cualquier segunda opinión en esta instancia se considera una queja.
- El miembro ha otorgado su consentimiento para el tratamiento. Insatisfacción con el proveedor debido a su actitud u otros inconvenientes de índole personal (no inherentes al plan de tratamiento).
- El paciente ha aceptado el plan de tratamiento, el tratamiento está en progreso y el paciente no cumple con los pagos, las citas, las citas de control, el cuidado en el hogar, etc.

Emergencias: segunda opinión

Cuando el miembro padezca una afección que represente un riesgo grave e inminente para su salud (incluso potencial pérdida de la vida, de un miembro o una función del cuerpo, entre otros), la solicitud de una segunda opinión se autorizará en el transcurso de las 72 horas a partir de la recepción de la solicitud por parte del plan, siempre que sea posible.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA: AFECCIÓN AGUDA O AFECCIÓN CRÓNICA GRAVE

En determinados casos, a solicitud del miembro, el plan dispondrá la continuidad de los servicios cubiertos prestados por un dentista participante cuyo contrato se rescindió a un miembro que está en tratamiento por una afección aguda o una afección crónica grave. En el caso de que el miembro y el dentista participante cuyo contrato se rescindió reúnan los requisitos, el plan brindará los servicios dentales, como corresponde y oportunamente, durante hasta 90 días o más si es necesario, para transferir al miembro a otro dentista participante que determine el plan en consulta con el dentista participante cuyo contrato se rescindió, acorde a las buenas prácticas profesionales.

Los copagos, deducibles u otros gastos de costo compartido que el miembro pague durante el periodo de continuación de la atención con el dentista participante cuyo contrato se rescindió serán equivalentes a los copagos, deducibles u otros gastos de costo compartido que el miembro pagaría en el caso de recibir atención de un dentista participante actualmente contratado o empleado por el plan. El plan no cubrirá servicios ni ofrecerá beneficios que no estén cubiertos en virtud de los términos y las condiciones del contrato del plan.

A los fines de esta sección:

“Dentista participante cuyo contrato se rescindió” hace referencia a un dentista participante cuyo contrato para prestar servicios a los miembros del plan ha rescindido o no ha sido renovado por el plan o uno de los grupos de dentistas participantes contratados. Un dentista participante cuyo contrato se rescindió no es un dentista participante que abandona el plan o el grupo de dentistas participantes contratados voluntariamente

“Afección aguda” hace referencia a una afección médica que presenta síntomas repentinos a causa de una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y que es de duración limitada.

“Trastorno crónico serio” quiere decir un trastorno médico provocado por una enfermedad, dolencia u otro problema o trastorno médico de naturaleza seria y que presenta alguna de las siguientes características:

- (a) Persiste con cura total o empeora a lo largo de un período extendido.
- (b) Requiere tratamiento constante para mantenerla en remisión o evitar el deterioro.

Para solicitar la consideración de la continuidad de los servicios de un dentista participante cuyo contrato se rescindió, debido a una afección aguda o crónica grave, llame o escriba al plan.

ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN Y LOS SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

CDN debe proporcionar o encargarse de que se proporcionen los servicios de atención dental cubiertos oportunamente y de acuerdo a la naturaleza de la afección del miembro, acorde a las buenas prácticas profesionales. CDN garantiza a los miembros el acceso a una atención clínica apropiada y oportuna. Las citas de urgencia dentro de la red de proveedores contratados de CDN están disponibles en el transcurso de las 72 horas posteriores a la solicitud de la cita, acorde a las necesidades individuales del miembro y conforme a los estándares profesionales reconocidos de la práctica dental. Las citas que no son de urgencia (rutina) están disponibles en el transcurso de los 36 días laborales posteriores a la solicitud de la cita. Las citas de atención dental preventiva están disponibles en el transcurso de los 40 días laborales posteriores a la solicitud de la cita. Los servicios de interpretación (conforme a lo estipulado en la sección 1300.67.04, título 28) se coordinarán con las citas programadas para los servicios de atención médica, a fin de garantizar la prestación de dichos servicios al momento de la cita. Para organizar los servicios de interpretación para la cita dental, llame al Departamento de Servicios para Miembros de CDN.

BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Los beneficios de salud esenciales dentales pediátricos están establecidos en la lista adjunta de procedimientos cubiertos y están sujetos al costo aplicable al miembro (copago) establecido en la lista, siempre que sean provistos por un proveedor dental participante de CDN y están sujetos a las exclusiones y limitaciones contenidas en el presente documento. Los copagos y costos compartidos del miembro pagados por los beneficios de salud esenciales dentales pediátricos se acumulan al máximo de gastos de su bolsillo anual y el deducible, según se aplique.

La cobertura de los beneficios de salud dental pediátricos esenciales está limitada a los menores de 19 años.

Beneficios y límites para los servicios de diagnóstico:

- Examen bucal periódico (D0120): una vez cada seis meses, por proveedor.
- Examen bucal limitado, centrado en el problema (D0140): una vez por paciente, por proveedor.

- Examen bucal integral (D0150): una vez por paciente, por proveedor, para el examen inicial.
- Examen bucal extensivo y detallado (D0160): centrado en el problema, con informe, una vez por paciente, por proveedor.
- Nuevo examen: limitado, centrado en el problema (no consulta posquirúrgica) (D0170): beneficio para la atención sintomática continua de trastornos de la articulación temporomandibular; hasta seis veces en un periodo de tres meses, hasta un máximo de 12 en un periodo de 12 meses.
- Radiografías, intraoral, serie completa (incluye radiografía panorámica de mordida) (D0210): una vez por proveedor, cada 36 meses.
- Radiografías, intraoral, primera placa periapical (D0220): beneficio de un máximo de 20 placas periapicales en un periodo de 12 meses con el mismo proveedor, en combinación con cualquiera de las siguientes: intraoral, primera placa periapical (D0220) y cada placa periapical adicional, intraoral (D0230).
- Radiografías, intraoral, cada placa periapical adicional (D0230): beneficio de un máximo de 20 placas periapicales en un periodo de 12 meses con el mismo proveedor, en combinación con cualquiera de las siguientes: intraoral, primera placa periapical (D0220) y cada placa periapical adicional, intraoral (D0230).
- Radiografías, intraoral, placa oclusal (D0240): Beneficio de un máximo de dos en un periodo de seis meses, por proveedor.
- Radiografías, extraoral (D0250): Beneficio de una vez por fecha de servicio.
- Radiografías, radiografía panorámica de mordida, placa simple (D0270): Beneficio de una vez por fecha de servicio.
- Radiografías, radiografía panorámica de mordida, dos placas (D0272): Beneficio de una vez cada seis meses, por proveedor.
- Radiografías, radiografía panorámica de mordida, cuatro placas (D0274): Beneficio de una vez cada seis meses, por proveedor.
- Radiografías Artrografía de la articulación temporomandibular (incluye inyección) (D0320): Beneficio para el examen de traumatismo o patología, por un máximo de tres por fecha de servicio.
- Radiografías Estudio tomográfico (D0322): Beneficio de dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Radiografías Placa panorámica (D0330): Beneficio de una vez en un periodo de 36 meses por proveedor; excepto cuando se documente que es esencial para un examen posoperatorio o para control (p. ej., después de una cirugía oral).
- Radiografías, placa radiográfica cefalométrica (D0340): Beneficio de dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Imágenes fotográficas faciales/orales, 1.º (D0350): Beneficio de hasta un máximo de cuatro por fecha de servicio.
- Moldes de diagnóstico (D0470): Beneficio de una vez por proveedor; excepto que se documenten circunstancias especiales (p. ej., traumatismo o patología que ha afectado el tratamiento de ortodoncia, para los pacientes menores de 21 años, para dentición

permanente —excepto que sea mayor de 13 años y aún tenga los dientes primarios o tenga paladar hendido o anomalía craneofacial).

Beneficios y límites para los servicios preventivos:

- Profilaxis, menores (D1120): Beneficio de una vez en un periodo de seis meses para pacientes menores de 21 años.
- Barniz de fluoruro tópico (D1206): Beneficio de una vez en un periodo de seis meses para pacientes menores de 21 años. Se aplicarán limitaciones en cuanto a la frecuencia de la aplicación tópica de fluoruro (D1208), una vez en un periodo de 12 meses para pacientes de 21 años en adelante. Se aplicarán limitaciones en cuanto a la frecuencia de la aplicación tópica de fluoruro (D1208).
- Aplicación tópica de fluoruro (D1208): Beneficio de una vez en un periodo de seis meses para pacientes menores de 21 años. Se aplicarán limitaciones en cuanto a la frecuencia de la aplicación tópica de fluoruro (D1206), una vez en un periodo de 12 meses para pacientes de 21 años en adelante. Se aplicarán limitaciones en cuanto a la frecuencia de la aplicación tópica de fluoruro (D1206).
- Sellador, por diente (D1351): Beneficio para el primer, segundo y tercer molar permanente que ocupan el lugar del segundo molar, solo en las superficies oclusales que no presenten caries ni empastes; para pacientes menores de 21 años, una vez por diente cada 36 meses, por proveedor, independientemente de las superficies selladas.
- Restauración preventiva de resina en pacientes con riesgo moderado a alto de tener caries, diente permanente (D1352): Beneficio para el primer, segundo y tercer molar permanente que ocupan el lugar del segundo molar, solo para una lesión cariada en un hueco o una fisura que no afecte la unión del esmalte y la dentina; para pacientes menores de 21 años; una vez por diente cada 36 meses, por proveedor, independientemente de las superficies selladas.
- Espaciador, fijo, unilateral (D1510): Beneficio de una vez por cuadrante, por paciente; para pacientes menores de 18 años; solo para mantener el espacio de un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está por salir o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos que sirven de guía para los dientes, movimiento de dientes menores o alambres.
- Espaciador, fijo, bilateral (D1515): Beneficio de 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 por salir o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos que sirven de guía para los dientes, movimiento de dientes menores o alambres.
- Espaciador, extraíble, unilateral (D1520): Beneficio de una vez por cuadrante, por paciente; para pacientes menores de 18 años; solo para mantener el espacio de un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está por salir o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos que sirven de guía para los dientes, movimiento de dientes menores o alambres.
- Espaciador, extraíble, bilateral (D1525): Beneficio de 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 por salir o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; para los aparatos de ortodoncia, aparatos que sirven de guía para los dientes, movimiento de dientes menores o alambres.

- Reconstrucción del espaciador (D1550): Beneficio de una vez por proveedor, por arco o cuadrante; para pacientes menores de 18 años.

Beneficios y límites para los servicios de restauración:

- Dientes primarios, restauraciones de amalgama: una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro superficies o más (D2161): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses.
- Dientes permanentes, restauraciones de amalgama: una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro superficies o más (D2161): Beneficio de una vez en un periodo de 36 meses.
- Dientes primarios, restauraciones a base de resina compuesta (anterior): una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro superficies o más o relacionado con el ángulo incisal (D2335): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses; cada superficie del diente solo se paga una vez por diente, por fecha de servicio.
- Dientes permanentes, restauraciones a base de resina compuesta (anterior): una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro superficies o más o relacionado con el ángulo incisal (D2335): Beneficio de una vez en un periodo de 36 meses; cada superficie del diente solo se paga una vez por diente, por fecha de servicio.
- Dientes primarios, coronas a base de resina compuesta (anterior) (D2390): Debe comprender al menos cuatro superficies, beneficio de una vez en un periodo de 12 meses.
- Dientes permanentes, coronas a base de resina compuesta (anterior) (D2390): Debe comprender al menos cuatro superficies, beneficio de una vez en un periodo de 36 meses.
- Dientes primarios, restauraciones a base de resina compuesta (posterior): una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro superficies o más (D2394): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses.
- Dientes permanentes, restauraciones a base de resina compuesta (posterior): una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro superficies o más (D2394): Beneficio de una vez en un periodo de 36 meses.
- Coronas, compuesto a base de resina (indirecto), dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años en adelante, (D2710): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; para cualquier corona a base de resina compuesta fabricada indirectamente. No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años, ni para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble con ganchos o soportes de metal.
- Coronas, compuesto a base de 3/4 resina (indirecto), dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años en adelante, (D2712): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; para cualquier corona a base de resina compuesta fabricada indirectamente. No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años, ni para el tercer molar;

excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble con ganchos o soportes de metal; o para el uso temporal de la corona.

- Coronas, de resina predominantemente de metal base (indirecto), dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años en adelante, (D2721): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años, ni para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble con ganchos o soportes de metal.
- Coronas, sustrato de cerámica o porcelana, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años en adelante, (D2740): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años, ni para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble con ganchos o soportes de metal.
- Coronas, de porcelana combinada predominantemente con metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años en adelante, (D2751): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años, ni para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble con ganchos o soportes de metal.
- Coronas, 3/4 de recubrimiento con metal base predominantemente, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años en adelante, (D2781): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años, ni para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble con ganchos o soportes de metal.
- Coronas, 3/4 de porcelana/cerámica, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años en adelante, (D2783): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años, ni para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble con ganchos o soportes de metal.
- Coronas, recubrimiento total con metal base predominantemente, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años en adelante, (D2791): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años, ni para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble con ganchos o soportes de metal.
- Recementado de incrustaciones, recubrimiento o cobertura parcial para restauración (2910): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Recementado de corona (D2920): No es un beneficio en el periodo de 12 meses de un recementado previo, por el mismo proveedor.
- Corona de porcelana/cerámica prefabricada: diente primario (D2929): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses.
- Corona de acero inoxidable prefabricada: diente primario (D2930): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses.

- Corona de acero inoxidable prefabricada: diente permanente (D2931): Beneficio de una vez en un periodo de 36 meses. No es un beneficio para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo molar.
- Dientes primarios, corona a base de resina prefabricada (D2932), corona de acero inoxidable prefabricada con carilla de resina (D2933): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses.
- Dientes permanentes, corona a base de resina prefabricada (D2932), corona de acero inoxidable prefabricada con carilla de resina (D2933): Beneficio de una vez en un periodo de 36 meses. No es un beneficio para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo molar.
- Restauración de protección (D2940): Beneficio de una vez por diente en un periodo de seis meses, por proveedor. No es un beneficio cuando se realiza en la misma fecha de servicio junto con una corona o restauración permanente, para el mismo diente; en dientes con endodoncia.
- Retención de pasadores: por diente, además de la restauración (D2951): Beneficio solo para los dientes permanentes, cuando se factura con una restauración de amalgama o base compuesta en la misma fecha de servicio; una vez por diente, independientemente de la cantidad de pasadores colocados; para una restauración posterior cuando el deterioro comprende tres superficies conectadas o más y al menos una cúspide; o para una restauración anterior cuando el deterioro coronal extensivo comprende el ángulo incisal.
- Perno y muñón además de la corona, fabricados indirectamente (D2952): Beneficio de una vez por diente, independientemente de la cantidad de pernos colocados; solo junto con las coronas admisibles (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en dientes con endodoncia.
- Perno y muñón prefabricados, además de la corona (D2954): Beneficio de una vez por diente, independientemente de la cantidad de pernos colocados; solo junto con las coronas admisibles (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en dientes con tratamiento de conducto.
- Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración (D2980): Beneficio para las coronas procesadas en laboratorio, en dientes permanentes. No es un beneficio en el periodo de 12 meses de la colocación inicial de la corona o la reparación previa, por el mismo proveedor.

Beneficios y límites para los servicios de endodoncia:

- Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final): extracción de la pulpa coronal de la unión del cemento y la dentina y aplicación del medicamento (D3220): Beneficio de una vez por diente primario. No es un beneficio para un diente primario que está por exfoliarse; para un diente primario con tejido pulpar necrótico o una lesión periapical; para un diente primario que no se puede restaurar; o para un diente permanente.
- Desbridamiento pulpar: dientes primarios y permanentes (D3221): Beneficio para dientes permanentes o para dientes primarios retenidos sin sucesor permanente; una vez por diente.
- Pulpotomía parcial para apexogénesis: diente permanente con desarrollo incompleto de la raíz (D3222): Beneficio de una vez por diente permanente. No es un beneficio para los

dientes primarios, ni para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble o fija con ganchos o soportes de metal.

- Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente primario, anterior (D3230), o diente primario, posterior (D3240), (no incluye la restauración final): Beneficio de una vez por diente primario. No es un beneficio para un diente primario que está por exfoliarse; con una pulpotomía terapéutica (no incluye 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.
- Endodoncia, diente anterior (D3310) (no incluye la restauración final): Beneficio de una vez por diente, para la endodoncia inicial. Repetición de la endodoncia, anterior (D3346).
- Endodoncia, premolar (D3320) (no incluye la restauración final): Beneficio de una vez por diente, para la endodoncia inicial. Repetición de la endodoncia, premolar (D3347).
- Endodoncia, molar (no incluye la restauración final) (D3330): Beneficio de una vez por diente, para el tratamiento de conducto inicial. Repetición de la endodoncia, molar (D3348). No es un beneficio para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble o fija con ganchos o soportes de metal.
- Repetición de la endodoncia, anterior (D3346), premolar (D3347): No es un beneficio para el proveedor original en el transcurso de los 12 meses posteriores al tratamiento inicial.
- Repetición de la endodoncia, molar (D3348): No es un beneficio para el proveedor original en el transcurso de los 12 meses posteriores al tratamiento inicial; para el tercer molar —excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble o fija con ganchos o soportes de metal.
- Apexificación/recalcificación/regeneración pulpar: visita inicial (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción de raíz, desinfección del espacio pulpar, etc.) (D3351): Beneficio de una vez por diente permanente. No es un beneficio para los dientes primarios, ni para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble o fija con ganchos o soportes de metal.
- Apexificación/recalcificación: provisorio (D3352): Beneficio de una vez por diente permanente; solo después de la apexificación/recalcificación: visita inicial (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción de raíz, etc.) (D3351). No es un beneficio para los dientes primarios, ni para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble o fija con ganchos o soportes de metal.
- Apicectomía/cirugía perirradicular: anterior (D3410): Beneficio para los dientes anteriores permanentes únicamente. No es un beneficio para el proveedor original en el plazo de 90 días posterior a un tratamiento de conducto, excepto que se documente una necesidad médica; para el proveedor original en el plazo de 24 meses posterior a una cirugía perirradicular/apicectomía.

- Apicectomía/cirugía perirradicular: premolar (primera raíz) (D3421): Beneficio para las piezas premolares permanentes únicamente. No es un beneficio para el proveedor original en el transcurso de los 90 días posteriores a una endodoncia, excepto que se documente una necesidad médica; para el proveedor original en el transcurso de los 24 meses posteriores a una cirugía perirradicular/apicectomía.
- Apicectomía/cirugía perirradicular: molar (primera raíz) (D3425): Beneficio para el primer y el segundo molar permanente únicamente. No es un beneficio para el proveedor original en el transcurso de los 90 días posteriores a una endodoncia, excepto que se documente una necesidad médica; para el proveedor original en el transcurso de los 24 meses posteriores a una cirugía perirradicular/apicectomía; misma raíz; para el tercer molar, excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble o fija con ganchos o soportes de metal.
- Apicectomía/cirugía perirradicular: molar, cada raíz adicional (D3426): Beneficio para el primer y el segundo molar permanente únicamente. No es un beneficio para el proveedor original en el transcurso de los 90 días posteriores a una endodoncia, excepto que se documente una necesidad médica; para el proveedor original en el transcurso de los 24 meses posteriores a una cirugía perirradicular/apicectomía; o para el tercer molar, excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo, o sea el soporte de una dentadura parcial extraíble o fija con ganchos o soportes de metal.

Beneficios y límites para los servicios de periodoncia:

- Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro dientes contiguos o más, o espacios interdentes por cuadrante (D4210) o uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante (D4211): Beneficio para pacientes mayores de 13 años, una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Cirugía ósea (incluye entrada y cierre de colgajo): cuatro dientes contiguos o más o espacios interdentes por cuadrante (D4260): Beneficio para pacientes mayores de 13 años, una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Cirugía ósea (incluye entrada y cierre de colgajo): uno a tres dientes continuos o espacios interdentes, por cuadrante (D4261): Beneficio para pacientes mayores de 13 años, una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Raspado periodontal y alisado de raíz: cuatro dientes o más por cuadrante (D4341) o uno a tres dientes por cuadrante (D4342): Beneficio para pacientes mayores de 13 años, una vez por cuadrante cada 24 meses.
- Mantenimiento periodontal (D4910): Beneficio únicamente para pacientes que residen en un centro de enfermería especializada (SNF) o centro de atención médica intermedia (ICF); únicamente cuando es precedido por un raspado periodontal y alisado de raíz (D4341- D4342); únicamente después de realizar los raspados y alisados de raíz necesarios; una vez por trimestre natural; únicamente en el periodo de 24 meses posterior al último raspado y alisado de raíz.
- Cambio de vendaje sin cita previa (realizado por alguien que no sea el dentista tratante) (D4920): para pacientes de 13 años en adelante; una vez por paciente, por proveedor; en el transcurso de los 30 días posteriores a la fecha del 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 que se prestan exclusivamente con fines cosméticos no son un beneficio.
- Las dentaduras postizas provisionales utilizadas durante la fabricación de la dentadura postiza permanente no son un beneficio.
- Las dentaduras postizas de repuesto no son un beneficio.
- La evaluación de una dentadura postiza como parte del mantenimiento no es un beneficio.
- Dentadura postiza completa: superior (D5110) e inferior (D5120): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años a partir de una dentadura postiza completa, inmediata o sobredentadura.
- Dentadura postiza inmediata: superior (D5130) e inferior (D5140): Beneficio de una vez por paciente. No es un beneficio como dentadura postiza provisional. Las dentaduras postizas subsiguientes no son un beneficio en el periodo de cinco años posterior a una dentadura postiza inmediata.
- Dentadura postiza parcial: base de resina con ganchos, soportes y dientes convencionales, superior (D5211) o inferior (D5212): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; cuando reemplaza a dientes anteriores permanentes o el arco no presenta oclusión equilibrada posterior. La ausencia de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera: faltan cinco dientes posteriores permanentes (con exclusión del tercer molar) o faltan los cuatro primeros y segundos molares permanentes, o faltan el primer y el segundo molar permanentes y el segundo premolar del mismo lado. No es un beneficio para el reemplazo del tercer molar faltante.
- Dentadura postiza parcial: metal fundido con base de resina con ganchos, soportes y dientes convencionales, superior (D5213) o inferior (D5214): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; cuando reemplaza a dientes anteriores permanentes o el arco no presenta oclusión equilibrada posterior. La ausencia de oclusión equilibrada posterior se define así: faltan cinco dientes posteriores permanentes (con exclusión del tercer molar) o faltan los cuatro primeros y segundos molares permanentes, o faltan el primer y el segundo molar y el segundo premolar del mismo lado. No es un beneficio para el reemplazo del tercer molar faltante.
- Ajuste de dentadura postiza completa: superior (D5410) o inferior (D5411): Beneficio de una vez por fecha de servicio, por proveedor; dos veces en un periodo 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 dentadura postiza parcial: superior (D5421) e inferior (D5422): Beneficio de una vez por fecha de servicio, por proveedor; dos veces en un periodo 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 parcial a base de resina, maxilar (D5211) mandibular (D5212), o dentadura postiza parcial con estructura de metal fundido y base de resina, maxilar (D5213) mandibular (D5214); misma fecha de servicio o en el transcurso de los seis meses posteriores a la fecha de servicio de rebasado de dentadura postiza parcial (consultorio) maxilar (D5740) mandibular (D5741), rebasado de dentadura postiza parcial (laboratorio) maxilar (D5760) mandibular (D5761), 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 la dentadura postiza de resina (D5611 O D5612); reparación de la estructura de metal (D5621 O D5622), reparación o reemplazo de ganchos rotos (D5630), reemplazo de dientes rotos, por diente (D5640), adición de dientes a una dentadura postiza parcial (D5650), y adición de ganchos a una dentadura postiza parcial (D5660).
- Reparación de la base de dentadura postiza completa rota: superior (D5511) o inferior (D5512): Beneficio de una vez por arco, por fecha de servicio, por proveedor; dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que el rebasado de dentadura postiza maxilar completa (consultorio) (D5730), rebasado de dentadura postiza mandibular completa (consultorio) (D5731), rebasado de dentadura postiza maxilar completa (laboratorio) (D5750) y rebasado de dentadura postiza mandibular completa (laboratorio) (D5751).
- Reemplazo de dientes faltantes o rotos: dentadura postiza completa (cada diente) (D5520): Beneficio de hasta un máximo de cuatro por arco, por fecha de servicio, por proveedor; dos veces por arco en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Reparación de la base de dentadura postiza de resina: superior (D5611) o inferior (D5612): Beneficio de una vez por arco, por fecha de servicio, por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor; únicamente para dentaduras postizas parciales. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que el rebasado de dentadura postiza maxilar parcial (consultorio) (D5740), rebasado de dentadura postiza mandibular parcial (consultorio) (D5741), rebasado de dentadura postiza maxilar parcial (laboratorio) (D5760) y rebasado de dentadura postiza mandibular parcial (laboratorio) (D5761).
- Reparación de estructura de metal: superior (D5621) o inferior (D5622): Beneficio de una vez por arco, por fecha de servicio, por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Reparación o reemplazo de gancho roto (D5630): Beneficio de hasta un máximo de tres, por fecha de servicio, por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor.

- Reemplazo de dientes rotos: por diente (D5640): Beneficio de hasta un máximo de cuatro, por arco, por fecha de servicio, por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor; únicamente para dentaduras postizas parciales.
- Adición de diente a dentadura postiza parcial (D5650): Beneficio de hasta un máximo de tres, por fecha de servicio, por proveedor; una vez por diente. No es un beneficio para añadir el tercer molar.
- Adición de gancho a dentadura postiza parcial (D5660): Beneficio de hasta un máximo de tres, por fecha de servicio, por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Rebasado de dentadura postiza completa (consultorio) superior (D5730): beneficio de una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza inmediata, maxilar (D5130) o una sobredentadura inmediata, maxilar (D5863) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza completa (remota), maxilar (D5110) o sobredentadura (remota), maxilar (D5863) que no requirió extracciones. No es un beneficio en el transcurso de los 12 meses posteriores a un rebasado de la dentadura postiza maxilar completa, (laboratorio) (D5750).
- Rebasado de dentadura postiza completa (consultorio), inferior (D5731): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza inmediata, mandibular (D5140) o una sobredentadura inmediata, mandibular (D5865) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza completa (remota), mandibular (D5120) o sobredentadura (remota), mandibular (D5865) que no requirió extracciones. No es un beneficio en el transcurso de los 12 meses posteriores a un rebasado de la dentadura postiza mandibular completa, (laboratorio) (D5751).
- Rebasado de dentadura postiza parcial (consultorio), superior (D5740): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza parcial, a base de resina, maxilar (D5211) o una dentadura postiza parcial con estructura de metal fundido y a base de resina, maxilar (D5213) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza parcial a base de resina, maxilar (D5211) o una dentadura postiza parcial con estructura de metal fundido y a base de resina, maxilar (D5213) que no requirió extracciones. No es un beneficio en el transcurso de los 12 meses posteriores al rebasado de una dentadura postiza parcial (laboratorio), maxilar (D5760).
- Rebasado de dentadura postiza parcial (consultorio), inferior (D5741): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza parcial, a base de resina, mandibular (D5212) o una dentadura postiza parcial con estructura de metal fundido y a base de resina, mandibular (D5214) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza parcial a base de resina, mandibular (D5212) o una dentadura postiza parcial con estructura de metal fundido y a base de resina, mandibular (D5214) que no requirió extracciones. No es un beneficio en el transcurso de los 12 meses posteriores al rebasado de una dentadura postiza parcial (laboratorio), mandibular (D5761).

- Rebasado de dentadura postiza completa (laboratorio), superior (D5750): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza inmediata, maxilar (D5130) o una sobredentadura inmediata, maxilar (D5863) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza completa (remota), maxilar (D5110) o sobredentadura (remota), maxilar (D5863) que no requirió extracciones. No es un beneficio en el transcurso de los 12 meses posteriores al rebasado de una dentadura postiza completa (consultorio), maxilar (D5730).
- Rebasado de dentadura postiza completa (laboratorio), inferior (D5751): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza inmediata, mandibular (D5140) o una sobredentadura inmediata, mandibular (D5865) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza completa (remota), mandibular (D5120) o sobredentadura (remota), mandibular (D5865) que no requirió extracciones. No es un beneficio en el transcurso de los 12 meses posteriores al rebasado de una dentadura postiza completa (consultorio), mandibular (D5731).
- Rebasado de dentadura postiza parcial superior (laboratorio) (D5760): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza parcial con estructura de metal fundido y a base de resina, maxilar (D5213) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza parcial con estructura de metal fundido y a base de resina, maxilar (D5213) que no requirió extracciones. No es un beneficio en el periodo de 12 meses posterior al rebasado de una dentadura postiza parcial maxilar (consultorio) (D5740); para una dentadura postiza parcial, maxilar, a base de resina (D5211).
- Rebasado de dentadura postiza parcial inferior (laboratorio) (D5761): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza parcial con estructura de metal fundido y a base de resina, mandibular (D5214) que requirió extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza parcial con estructura de metal fundido y a base de resina, mandibular (D5214) que no requirió extracciones. No es un beneficio en el periodo de 12 meses posterior al rebasado de una dentadura postiza parcial mandibular (consultorio) (D5741); para una dentadura postiza parcial, mandibular, a base de resina (D5212).
- Preparación de tejido, superior (D5850): Beneficio de dos veces por prótesis en un periodo de 36 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que el rebasado de una dentadura postiza maxilar completa (consultorio) (D5730), rebasado de dentadura postiza parcial maxilar (consultorio) (D5740), rebasado de dentadura postiza maxilar completa (laboratorio) (D5750) y rebasado de dentadura postiza maxilar parcial (laboratorio) (D5760); o en la misma fecha de servicio que una prótesis que no requirió extracciones.
- Preparación de tejido, inferior (D5851): Beneficio de dos veces por prótesis en un periodo de 36 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que el rebasado de una dentadura postiza mandibular completa (consultorio) (D5731), rebasado de dentadura postiza parcial mandibular (consultorio) (D5741), rebasado de dentadura postiza

mandibular completa (laboratorio) (D5751) y rebasado de dentadura postiza mandibular parcial (laboratorio) (D5761), o en la misma fecha de servicio que una prótesis que no requirió extracciones.

- Sobredentadura, maxilar (D5863): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años.
- Sobredentadura, mandibular (D5865): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años.
-

Beneficios y límites para las prótesis maxilofaciales

- Prótesis ocular (D5916): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis ocular, provisoria (D5923).
- Prótesis ocular, provisoria (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 una prótesis de obturador, definitiva (D5932) y una prótesis de obturador, provisoria (D5936).
- Prótesis de obturador, definitiva (D5932): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis de obturador, quirúrgica (D5931) y una prótesis de obturador, provisoria (D5936).
- Prótesis de obturador, modificación (D5933): Beneficio de dos veces en un periodo de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis de obturador, quirúrgica (D5931), una prótesis de obturador, definitiva (D5932) y una prótesis de obturador, provisoria (D5936).
- Prótesis de obturador, provisoria (D5936): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis de obturador, quirúrgica (D5931) y una prótesis de obturador, definitiva (D5932).
- Ayuda para alimentación (D5951): Beneficio para pacientes menores de 18 años.
- Prótesis de ayuda para el habla, pediátrica (D5952): Beneficio para pacientes menores de 18 años.
- Prótesis de ayuda para el habla, adulto (D5953): Beneficio para pacientes menores de 18 años.
- D5955 Prótesis de elevación del paladar, definitiva (D5955): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis de elevación del paladar, provisoria (D5958).
- Prótesis de elevación del paladar, provisoria (D5958): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis de elevación del paladar, definitiva (D5955).
- Prótesis de elevación del paladar, modificación (D5959): Beneficio de dos veces en un periodo de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis de elevación del paladar, definitiva (D5955) y una prótesis de elevación del paladar, provisoria (D5958).
- Prótesis de ayuda para el habla, modificación (D5960): Beneficio de dos veces en un periodo de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que una prótesis de ayuda para el habla, pediátrica (D5952) y una prótesis de ayuda para el habla, adulto (D5953).

- Portador del gel de fluoruro (D5986): Beneficio únicamente junto con radioterapia dirigida en los dientes, la mandíbula y las glándulas salivales.

Beneficios y límites para los servicios de implantes

- Los servicios de implantes son un beneficio únicamente cuando se documentan afecciones médicas excepcionales, y las solicitudes deben ser revisadas por la Red Dental de California para verificar si son médicamente necesarios para realizar una autorización previa. Las afecciones médicas excepcionales comprenden las siguientes:
 - Cáncer en la cavidad oral que requiere cirugía ablativa o radiación, lo cual daña el hueso alveolar, cuando las estructuras óseas restantes no pueden servir de soporte para las prótesis dentales convencionales.
 - Atrofia severa de la mandíbula o del maxilar que no puede corregirse con procedimientos de extensión vestibular o de aumento de la masa ósea, y el paciente no puede usar las prótesis convencionales.
 - Deformidades óseas (esqueletales) que impiden el uso de prótesis convencionales (como artrogriposis, displasia ectodérmica, anodoncia parcial y displasia cleidocraneal).
 - Daño traumático de la mandíbula, el rostro o la cabeza, cuando el resto de las estructuras óseas no pueden servir de soporte para las prótesis dentales convencionales.
- Los proveedores deben presentar la documentación completa del caso (como radiografías, estudios de escaneo, informes operativos, informes craneofaciales, moldes de diagnóstico, fotografías intraorales/extraorales y registros gráficos) necesaria para demostrar que los servicios de implante solicitados son necesarios por motivos médicos.
- Los implantes de dientes individuales no son un beneficio de California Dental Network Children's Dental HMO.
- Colocación quirúrgica de cuerpo del implante: implante endosteal (D6010): Los servicios de implantes son un beneficio únicamente cuando se documentan afecciones médicas excepcionales, y las solicitudes deben ser revisadas por para verificar si es necesario por motivos médicos. Consulte las políticas generales sobre Servicios de implantes para conocer los requisitos específicos.
- Colocación quirúrgica: implante eposteal (D6040): Consulte D6010
- Colocación quirúrgica: implante transóseo (D6050): Consulte D6010
- Barra de conexión: implante con apoyo o soporte con apoyo (D6055): Consulte D6010
- Apoyo prefabricado: incluye modificación y colocación (D6056): Consulte D6010
- Apoyo fabricado a medida: incluye colocación (D6057): Consulte D6010
- Corona de porcelana/cerámica con soporte (D6058): Consulte D6010
- Corona de porcelana fundida con metal con soporte (metal muy noble) (D6059): Consulte D6010
- Corona de porcelana fundida con metal con soporte (metal de base predominantemente) (D6060): Consulte D6010
- Corona de porcelana fundida con metal con soporte (metal noble) (D6061): Consulte D6010

- Corona de metal fundido con soporte (metal muy noble) (D6062): Consulte D6010
- Corona de metal fundido con soporte (metal de base predominantemente) (D6063): Consulte D6010
- Corona de metal fundido con soporte (metal noble) (D6064): Consulte D6010
- Corona de porcelana/cerámica con implante (D6065): Consulte D6010
- Corona de porcelana fundida con metal con implante (titanio, aleación de titanio, metal muy noble) (D6066): Consulte D6010
- Corona de metal con implante (titanio, aleación de titanio, metal muy noble) (D6067): Consulte D6010
- Retenedor con soporte para FPD de porcelana/cerámica (D6068): Consulte D6010
- Retenedor con soporte para FPD de porcelana fundida con metal (metal muy noble) (D6069): Consulte D6010
- Retenedor con soporte para FPD de porcelana fundida con metal (metal de base predominantemente) (D6070): Consulte D6010
- Retenedor con soporte para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble) (D6071): Consulte D6010
- Retenedor con soporte para FPD de metal fundido (metal muy noble) (D6072): Consulte D6010
- Retenedor con soporte para FPD de metal fundido (metal de base predominantemente) (D6073): Consulte D6010
- Retenedor con soporte para FPD de metal fundido (metal noble) (D6074): Consulte D6010
- Retenedor con implante para FPD de cerámica (D6075): Consulte D6010
- Retenedor con implante para FPD de porcelana fundida con metal (titanio, aleación de titanio o metal muy noble) (D6076): Consulte D6010
- Retenedor con implante para FPD de metal fundido (titanio, aleación de titanio o metal muy noble) (D6077): Consulte D6010
- Procedimientos de mantenimiento de implantes, incluso extracción de prótesis, limpieza de prótesis y soportes y inserción de prótesis (D6080): Consulte D6010
- Reparación de prótesis con implante, por informe (D6090): Consulte D6010
- Reemplazo de fijación de semiprecisión o precisión (componente macho o hembra) de prótesis con implante/soporte, por fijación (D6091): Consulte D6010
- Recementado de corona con implante/soporte (D6092): No es un beneficio en el periodo de 12 meses de un recementado previo, por el mismo proveedor.
- Recementado de dentadura postiza parcial fija con implante/soporte (D6093): No es un beneficio en el periodo de 12 meses de un recementado previo, por el mismo proveedor.
- Corona con soporte (titanio) (D6094): Consulte D6010
- Reparación de soporte de implante, por informe (D6095): Consulte D6010

Beneficios y límites para los servicios de prostodoncia fija:

- Las dentaduras postizas parciales fijas no son un beneficio cuando el pronóstico del diente (soporte) que actúa de retenedor es cuestionable debido a un compromiso periodontal o la imposibilidad de recuperación.

- Las dentaduras postizas parciales fijas no son un beneficio cuando la cantidad de dientes faltantes que deben reemplazarse en el cuadrante no afecta de manera significativa la capacidad masticatoria del paciente.
- Los retenedores (soportes) de incrustaciones/recubrimiento para dentaduras postizas parciales fijas (D6545-D6634) no son un beneficio.
- Las dentaduras postizas parciales fijas de metal adheridas con resina (Maryland Bridges) no son un beneficio.
- Póntico: metal base predominantemente fundido (D6211): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; únicamente cuando se satisfacen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de metal (D5211, D5212, D5213 y D5214); únicamente cuando se factura en la misma fecha de servicio con retenedores de dentadura postiza parcial fija (soportes) (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783 y D6791). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Póntico: porcelana fundida con metal base predominantemente (D6241): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; únicamente cuando se satisfacen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de metal (D5211, D5212, D5213 y D5214); únicamente cuando se factura en la misma fecha de servicio con retenedores de dentadura postiza parcial fija (soportes) (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783 y D6791). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Póntico: porcelana/cerámica (D6245): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; únicamente cuando se satisfacen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de metal (D5211, D5212, D5213 y D5214); únicamente cuando se factura en la misma fecha de servicio con retenedores de dentadura postiza parcial fija (soportes) (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783 y D6791). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Póntico: resina con metal base predominantemente (D6251): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; únicamente cuando se satisfacen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de metal (D5211, D5212, D5213 y D5214); únicamente cuando se factura en la misma fecha de servicio con retenedores de dentadura postiza parcial fija (soportes) (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783 y D6791). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Corona: resina con metal base predominantemente (D6721): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; únicamente cuando se satisfacen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o de metal (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Corona: porcelana/cerámica (D6740): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; únicamente cuando se satisfacen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o de metal (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Corona: porcelana fundida con metal base predominantemente (D6751): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; únicamente cuando se satisfacen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o de metal (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.

- Corona: $\frac{3}{4}$ de recubrimiento con metal base predominantemente (D6781): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; únicamente cuando se satisfacen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o de metal (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Corona: $\frac{3}{4}$ porcelana/cerámica (D6783): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; únicamente cuando se satisfacen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o de metal (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Corona: recubrimiento total con metal base predominantemente (D6791): Beneficio de una vez en un periodo de cinco años; únicamente cuando se satisfacen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o de metal (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para pacientes menores de 13 años.
- Recementado de puente (D6930): No es un beneficio en el periodo de 12 meses de un recementado previo, por el mismo proveedor.
- Reparación de dentadura postiza parcial fija necesaria por falla del material de restauración (D6980): No es un beneficio en el periodo de 12 meses de la colocación inicial o la reparación previa, por el mismo proveedor.

Beneficios y límites para los servicios de cirugía oral

- Extracción, sobrante de corona: diente de leche (D7111): No es un beneficio para los dientes asintomáticos.
- Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (eliminación de elevación o fórceps) (D7140): No es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial del diente.
- Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere la elevación del colgajo y la extracción de hueso o el seccionamiento del diente e incluye elevación de colgajo mucoperióstico si se indica (D7210): Es un beneficio cuando la extracción del diente erupcionado requiere la elevación del colgajo mucoperióstico y la extracción de una cantidad considerable de hueso alveolar, o la división del diente.
- Extracción de diente impactado: tejidos blandos (D7220): Es un beneficio cuando gran parte o toda la superficie oclusal está cubierta por tejido blando mucogingival.
- Extracción de diente impactado: parcialmente osificado (D7230): Es un beneficio cuando la extracción del diente impactado requiere la elevación del colgajo mucoperióstico y la extracción de una cantidad considerable de hueso alveolar. Una de las cotas proximales del contorno de la corona debe estar recubierta por hueso.
- Extracción del diente impactado: completamente osificado (D7240): Es un beneficio cuando la extracción del diente impactado requiere la elevación del colgajo mucoperióstico y la extracción de una cantidad considerable de hueso alveolar que recubre la mayor parte o toda la corona.
- Extracción del diente impactado: completamente osificado con complicaciones quirúrgicas inusuales (D7241): Es un beneficio cuando la extracción del diente impactado requiere la elevación del colgajo mucoperióstico y la extracción de una cantidad considerable de hueso alveolar que recubre la mayor parte o toda la corona. La dificultad

o complicación debe deberse a factores como la disección del nervio o la posición anómala del diente.

- Extracción quirúrgica de restos de raíces (procedimiento de incisión) (D7250): Es un beneficio cuando la raíz está completamente recubierta por el hueso alveolar. No es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial del diente.
- Cierre de fístula antral oral (D7260): Beneficio para la escisión de trayecto 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 del seno (D7261): Beneficio cuando no hay trayecto fistuloso que requiere la reparación o el cierre inmediato de la comunicación oral-nasal u oroantral, luego de la extracción de un diente.
- Reimplantación o estabilización de un diente perdido o desplazado por un accidente (D7270): Beneficio de una vez por arco, independientemente de la cantidad de dientes afectados, y para los dientes anteriores permanentes únicamente.
- Acceso quirúrgico de un diente no erupcionado (D7280): No es un beneficio para el tercer molar.
- Colocación de dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado (D7283): Beneficio solo para pacientes con tratamiento de ortodoncia en curso. No es un beneficio para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo molar.
- Biopsia de tejido oral: duro (hueso, diente) (D7285): Beneficio para la extracción de la muestra únicamente; una vez por arco, por fecha de servicio, independientemente de las áreas afectadas. No es un beneficio con una apicectomía/cirugía perirradicular (D3410 - D3426), una extracción (D7111 - D7250) y la escisión de tejidos blandos o lesiones intraóseas (D7410 - D7461) en la misma zona o área, en la misma fecha de servicio.
- Biopsia del tejido oral: blando (D7286): Beneficio para la extracción de la muestra únicamente; hasta un máximo de tres por fecha de servicio. No es un beneficio con una apicectomía/cirugía perirradicular (D3410 - D3426), una extracción (D7111 - D7250) y la escisión de tejidos blandos o lesiones intraóseas (D7410 - D7461) en la misma zona o área, en la misma fecha de servicio.
- Reposicionamiento quirúrgico de los dientes (D7290): Beneficio para los dientes permanentes únicamente; una vez por arco; solo para pacientes con tratamiento de ortodoncia en curso. No es un beneficio para el tercer molar; excepto que el tercer molar ocupe el lugar del primero o el segundo molar.
- Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe (D7291): Beneficio de una vez por arco; solo para pacientes con tratamiento de ortodoncia en curso.
- Alveoloplastia junto con extracciones: cuatro dientes o espacios interdentes o más, por cuadrante (D7310): No es un beneficio cuando se extrae solamente un diente en el mismo cuadrante, en la misma fecha de servicio.
- Alveoloplastia no junto con extracciones: cuatro dientes o espacios interdentes o más, por cuadrante (D7320): Beneficio independientemente de la cantidad de dientes o

espacios interdientales. No es un beneficio en el transcurso de los seis meses posteriores a extracciones (D7140 - D7250) en el mismo cuadrante, con el mismo proveedor.

- Vestibuloplastia: extensión de cresta (epitelialización secundaria) (D7340): Beneficio de una vez por arco, en un periodo de cinco años. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una vestibuloplastia (extensión de cresta) (D7350) en el mismo arco; en la misma fecha de servicio que las extracciones (D7111 - D7250), en el mismo arco.
- Vestibuloplastia: extensión de cresta (incluye injertos de tejidos blandos, refijación del músculo, revisión de fijación de tejidos blandos y control de tejidos hiperatrofiados e hiperplásicos) (D7350): Beneficio de una vez por arco. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una vestibuloplastia (extensión de cresta) (D7340) en el mismo arco; en la misma fecha de servicio que las extracciones (D7111 - D7250), en el mismo arco.
- Escisión de lesión benigna, complicada (D7412): Beneficio en los casos en que la lesión es sumamente infiltrante con avance o cierre de colgajo rotativo.
- Escisión de lesión maligna, complicada (D7415): Beneficio en los casos en que la lesión es sumamente infiltrante con avance o cierre de colgajo rotativo.
- Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular) (D7471): Beneficio de una vez por cuadrante; para la extracción de exostosis facial o bucal únicamente.
- Extracción del rodete palatino (D7472): Beneficio de una vez en la vida.
- Extracción del rodete mandibular (D7473): Beneficio de una vez por cuadrante.
- Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea (D7485): Beneficio de una vez por cuadrante.
- Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral (D7510): Beneficio de una vez por cuadrante, en la misma fecha de servicio. No es un beneficio cuando se realiza otro tratamiento definitivo en el mismo cuadrante, en la misma fecha de servicio; excepto las radiografías o fotografías necesarias.
- Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral, complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales). (D7511): Beneficio de una vez por cuadrante, en la misma fecha de servicio. No es un beneficio cuando se realiza otro tratamiento definitivo en el mismo cuadrante, en la misma fecha de servicio; excepto las radiografías o fotografías necesarias.
- Extracción de cuerpo extraño de la mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo (D7530): Beneficio de una vez por fecha de servicio. No es un beneficio cuando está asociado a la extirpación de un tumor, quiste (D7440 - D7461) o diente (D7111 - D7250).
- Extracción de cuerpos extraños que producen reacciones, sistema musculoesquelético (D7540): Beneficio de una vez por fecha de servicio. No es un beneficio cuando está asociado a la extirpación de un tumor, quiste (D7440 - D7461) o diente (D7111 - D7250).
- Secuestrectomía/ostectomía parcial para remoción de hueso no vital (D7550): Beneficio de una vez por cuadrante, por fecha de servicio; únicamente para la remoción de tejido óseo descamado o suelto debido a infección o irrigación sanguínea insuficiente. No es un beneficio en el transcurso de los 30 días posteriores a una extracción asociada (D7111 - D7250).

- Sinusotomía del maxilar para extracción de fragmento de diente o cuerpo extraño (D7560): No es un beneficio cuando se extrae un fragmento de diente o cuerpo extraño del alvéolo dental.
- Huesos faciales: reducción complicada con fijación y varios enfoques quirúrgicos (D7680): Beneficio para el tratamiento de fracturas simples.
- Huesos faciales: reducción complicada con fijación y varios enfoques quirúrgicos (D7780): Beneficio para el tratamiento de fracturas compuestas.
- Dispositivo ortésico oclusal, por informe (D7880): Beneficio para la disfunción de la articulación temporomandibular. No es un beneficio para el tratamiento del bruxismo.
- Terapia para la disfunción de la articulación temporomandibular no especificada, por informe (D7899): No es un beneficio para procedimientos como acupuntura, acupresión, bioretroalimentación e hipnosis.
- Sutura de lastimaduras pequeñas recientes de hasta 5 cm (D7910): No es un beneficio para cerrar incisiones quirúrgicas.
- Sutura complicada: hasta 5 cm (D7911): No es un beneficio para cerrar incisiones quirúrgicas.
- Sutura complicada: más de 5 cm (D7912): No es un beneficio para cerrar incisiones quirúrgicas.
- Injerto de piel (identificar defecto cubierto, ubicación y tipo de injerto) (D7920): No es un beneficio para los injertos periodontales.
- Injerto óseo, osteoperiosteal o de cartílago de huesos de la mandíbula o faciales: autógeno o no autógeno, por informe (D7950): No es un beneficio para los injertos periodontales.
- Aumento del seno con hueso o sustituto óseo mediante enfoque abierto lateral (D7951): Beneficio solo para pacientes con servicios de implantes autorizados.
- Aumento del seno con hueso o sustituto óseo mediante enfoque vertical (D7952): Beneficio solo para pacientes con servicios de implantes autorizados.
- Reparación de defecto de tejido blando o duro maxilofacial (D7955): No es un beneficio para los injertos periodontales.
- Frenulectomía: también conocida como frenectomía o frenotomía, procedimiento separado (D7960): Beneficio de una vez por arco, por fecha de servicio; únicamente cuando han erupcionado los incisivos y caninos permanentes.
- Frenuloplastia (D7963): Beneficio de una vez por arco, por fecha de servicio; únicamente cuando han erupcionado los incisivos y caninos permanentes.
- Escisión de tejido hiperplásico, por arco (D7970): Beneficio de una vez por arco, por fecha de servicio. No es un beneficio para la hiperplasia inducida con medicamentos o cuando la extracción de tejido requiere rehacer en gran parte el contorno del área gingival.
- Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa (D7972): Beneficio de una vez por cuadrante, por fecha de servicio.
- Extracción de dispositivo (no por el dentista que colocó el dispositivo), incluye extracción de barra de arco (D7997): Beneficio de una vez por arco, por fecha de servicio; para la extracción de dispositivos relacionados con procedimientos quirúrgicos

únicamente. No es un beneficio para la remoción de dispositivos de ortodoncia y espaciadores.

Beneficios y límites para los servicios de ortodoncia

- Los procedimientos de ortodoncia son beneficios en los casos médicamente necesarios debido a maloclusión incapacitante, paladar hendido y crecimiento facial, para pacientes menores de 21 años; y deben ser autorizados previamente.
- Solo los casos en que se trate de la dentición permanente deben considerarse si es necesario por motivos médicos debido a maloclusión incapacitante; excepto que el paciente sea mayor de 13 años y aún tenga algunos dientes primarios. Los casos de anomalía craneofacial y paladar hendido son un beneficio para la dentición primaria, permanente y mixta. Las anomalías craneofaciales se tratan mediante el control del crecimiento facial.
- Antes de evaluarse la posibilidad del tratamiento de ortodoncia, se realizarán todos los procedimientos necesarios que pueden afectar el tratamiento.
- Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio únicamente cuando mediante los moldes de diagnóstico, se verifica un valor mínimo de 26 puntos respecto de la desviación labio-lingual incapacitante (HLD) conforme al Index California Modification Score Sheet Form, DC016 (06/09) o el paciente presenta una de las seis afecciones que califican automáticamente indicadas a continuación, o cuando existe documentación escrita (con membrete profesional) de una anomalía craneofacial de un especialista acreditado.
- Las afecciones que califican automáticamente son estas:
 - Deformación del paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en el molde de diagnóstico, se debe presentar, junto con la solicitud de autorización previa, documentación escrita de un especialista acreditado escrita en papel membretado.
 - Anomalía craneofacial. Se debe presentar, junto con la solicitud de autorización previa, documentación escrita de un especialista acreditado escrita en papel membretado.
 - Una sobremordida profunda en la que los incisivos inferiores están destruyendo el tejido blando del paladar.
 - Una mordida cruzada de los dientes anteriores individuales que está causando la destrucción del tejido blando.
 - Un resalte superior a 9 mm o un resalte inverso superior a 3.5 mm.
 - Una desviación traumática severa (como pérdida de un segmento premaxilar debido a quemaduras, accidente, osteomielitis u otro patología macroscópica). Se debe presentar documentación escrita sobre el traumatismo o la patología, junto con la solicitud de autorización previa.
- Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente Maloclusión incapacitante (D8080): Beneficio para los casos de maloclusión incapacitante, paladar hendido y control de crecimiento facial; para pacientes menores de 21 años, para dentición permanente (excepto que el paciente tenga más de 13 años y aún tenga dientes primarios o paladar hendido o una anomalía craneofacial); una vez por paciente, por fase del tratamiento.
- Terapia con dispositivo extraíble (D8210): Beneficio para pacientes de 6 a 12 años; una vez por paciente. No es un beneficio para los aparatos ortodónticos, los aparatos que

sirven de guía para los dientes, el movimiento menor de dientes o los alambres; para los espaciadores en parte anterior superior o inferior.

- Terapia con dispositivo fijo (D8220): Beneficio para pacientes de 6 a 12 años; una vez por paciente. No es un beneficio para los aparatos ortodónticos, los aparatos que sirven de guía para los dientes, el movimiento menor de dientes o los alambres; para los espaciadores en parte anterior superior o inferior.
- Consulta previa al tratamiento ortodóntico (D8660): Beneficio previo al tratamiento ortodóntico integral de dentición en adolescentes (D8080) para la fase inicial de tratamiento en los casos de control del crecimiento facial, independientemente de cuántas fases de dentición requiera; una vez cada tres meses; para pacientes menores de 21 años; por un máximo de seis.
- Consulta periódica de tratamiento ortodóntico (como parte del contrato) Maloclusión incapacitante (D8670): Beneficio para pacientes menores de 21 años, para dentición permanente (excepto que el paciente tenga más de 13 años y aún tenga dientes primarios o paladar hendido o una anomalía craneofacial); una vez por trimestre natural.
- La cantidad máxima de visitas mensuales para el tratamiento en las siguientes fases son estas:
- Maloclusión: hasta un máximo de 8 visitas trimestrales. (Se autorizarán 4 visitas trimestrales adicionales cuando se justifique la necesidad médica mediante documentación y fotografías).
 - Paladar hendido:
 - Dentición primaria: hasta un máximo de 4 visitas trimestrales. (Se autorizarán 2 visitas trimestrales adicionales cuando se justifique la necesidad médica mediante documentación y fotografías).
 - Dentición mixta: hasta un máximo de 5 visitas trimestrales. (Se autorizarán 3 visitas trimestrales adicionales cuando se justifique la necesidad médica mediante documentación y fotografías).
 - Dentición permanente: hasta un máximo de 10 visitas trimestrales. (Se autorizarán 5 visitas trimestrales adicionales cuando se justifique la necesidad médica mediante documentación y fotografías).
 - Control de crecimiento facial:
 - Dentición primaria: hasta un máximo de 4 visitas trimestrales. (Se autorizarán 2 visitas trimestrales adicionales cuando se justifique la necesidad médica mediante documentación y fotografías).
 - Dentición mixta: hasta un máximo de 5 visitas trimestrales. (Se autorizarán 3 visitas trimestrales adicionales cuando se justifique la necesidad médica mediante documentación y fotografías).
 - Dentición permanente: hasta un máximo de 8 visitas trimestrales. (Se autorizarán 4 visitas trimestrales adicionales cuando se justifique la necesidad médica mediante documentación y fotografías).
- Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, armado y colocación de retenedores) (D8680): Beneficio para pacientes menores de 21 años, para dentición permanente (excepto que el paciente tenga más de 13 años y aún tenga dientes primarios o paladar

hendido o una anomalía craneofacial); una vez por arco, por cada fase autorizada del tratamiento ortodóntico.

- Reparación del aparato ortodóntico (D8691): Beneficio para pacientes menores de 21 años; una vez por aparato. No es un beneficio para el proveedor original, para el reemplazo o la reparación de brackets (frenillos), bandas o alambres de arco.
- Reemplazo de retenedor perdido o roto (D8692): Beneficio para pacientes menores de 21 años; una vez por arco, únicamente en el transcurso de los 24 meses posteriores a la fecha de servicio de la retención ortodóntica (D8680).
- Reposición o recementado: o reparación, según sea necesario, de retenedores fijos (D8693): Beneficio para pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.

Beneficios y límites para los servicios complementarios

- Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolor dental: procedimiento menor (D9110): Beneficio de una vez por fecha de servicio, por proveedor, independientemente de la cantidad de dientes o áreas tratados. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento en la misma fecha de servicio, excepto cuando es necesario hacer radiografías/fotografías de la zona afectada para diagnosticar y documentar una afección de emergencia.
- Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija (D9120): Beneficio cuando al menos uno de los dientes pilares será retenido.
- Anestesia local no junto con procedimientos quirúrgicos ambulatorios (D9210): Beneficio de una vez por fecha de servicio, por proveedor; únicamente para hacer un diagnóstico diferente 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 es necesario hacer radiografías/fotografías de la zona afectada para diagnosticar y documentar una afección de emergencia.
- Sedación profunda/anestesia general: incremento cada 15 minutos (D9223): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la analgesia, ansiolisis, inhalación de óxido nitroso (D9230), sedación/analgesia consciente intravenosa (D9239 O D9243) o sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por el mismo proveedor.
- Analgesia de óxido nitroso (D9230): Beneficio para pacientes menores de 13 años que no cooperan o para pacientes de 13 años en adelante cuando la documentación indica específicamente un trastorno emocional, conductual, físico o del desarrollo que impide que el paciente responda a los intentos del proveedor para brindarle el tratamiento. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la sedación profunda/anestesia general (D9223), sedación/analgesia consciente intravenosa (D9239 O D9243) o sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por el 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), analgesia, ansiolisis, inhalación de óxido nitroso (D9230) o sedación

consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por el mismo proveedor.

- Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente): incremento cada 15 minutos (D9239 O D9243): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la sedación profunda/anestesia general (D9223), analgesia, ansiolisis, inhalación de óxido nitroso (D9230) o sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por el mismo proveedor.
- Sedación consciente no intravenosa (D9248): Beneficio para pacientes menores de 13 años que no cooperan o para pacientes mayores de 13 años en adelante cuando la documentación indica específicamente un trastorno emocional, conductual, físico o del desarrollo que impide que el paciente responda a los intentos del proveedor para brindarle el tratamiento; para las vías de administración oral, 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), analgesia, ansiolisis, inhalación de óxido nitroso (D9230) o sedación/analgesia consciente no intravenosa (D9239 O D9243); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por el mismo proveedor.
- Llamada a la casa/centro de atención extendida (D9410): Beneficio de una vez por paciente, por fecha de servicio; únicamente junto con procedimientos que deben pagarse.
- Llamada al hospital o centro de cirugía ambulatoria (D9420): Beneficio correspondiente a cada hora o fracción de hora conforme se documente en el informe operativo. No es un beneficio para el cirujano auxiliar; para el tiempo destinado a recabar los antecedentes del paciente, escribir informes, o para las visitas posoperatorias o de control.
- Visita al consultorio para observación (durante el horario programado regular): no se prestan otros servicios (D9430): Beneficio de una vez por fecha de servicio, por proveedor. No es un beneficio cuando se realizan otros procedimientos aparte de las radiografías o fotografías necesarias en la misma fecha de servicio; para visitas a los pacientes en su domicilio/centro de atención extendida.
- Visita al consultorio: después del horario programado regular (D9440): Beneficio de una vez por fecha de servicio, por proveedor; únicamente con un tratamiento que sea un beneficio.
- Medicamento parenteral terapéutico, administración única (D9610): Beneficio de 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 junto con sedación profunda/anestesia general (D9223), analgesia, ansiolisis, inhalación de óxido nitroso (D9230), sedación/analgesia consciente intravenosa (D9239 O D9243) o sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por el mismo proveedor.
- Aplicación de medicamento desensibilizante (D9910): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses por proveedor; únicamente para los dientes permanentes. No es un beneficio cuando se usa como base, recubrimiento o adhesivo debajo de una restauración; la misma fecha de servicio que el fluoruro (D1206 y D1208).

- Tratamiento de complicaciones (posquirúrgico): circunstancias inusuales, por informe (D9930): Beneficio de una vez por fecha de servicio, por proveedor; para el tratamiento de alvéolo seco o sangrado excesivo en el transcurso de los 30 días posteriores a la fecha de servicio de una extracción; para la extracción de fragmentos óseos en el transcurso de los 30 días posteriores a la fecha de servicio de una extracción. No es un beneficio para la extracción de fragmentos óseos en la misma fecha de servicio que una extracción; para consultas posoperatorias de rutina.
- Análisis oclusal: caso montado (D9950): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses; para pacientes mayores de 13 años; para la disfunción de la articulación temporomandibular diagnosticada únicamente; para dentición permanente. No es un beneficio para tratar el bruxismo únicamente.
- Ajuste oclusal: limitado (D9951): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses, por cuadrante, por proveedor; para pacientes mayores de 13 años; únicamente para dientes naturales. No es un beneficio en el transcurso de los 30 días posteriores a un tratamiento de prostodoncia fija y extraíble, endodóntico, restaurativo, en el mismo cuadrante o en el cuadrante opuesto.
Ajuste oclusal: completo (D9952): Beneficio de una vez en un periodo de 12 meses después del análisis de la oclusión, caso montado (D9950); para pacientes mayores de 13 años; para la disfunción de la articulación temporomandibular diagnosticada únicamente; para dentición permanente.

DIVULGACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Toda la historia clínica y la información personal son confidenciales. Esta información confidencial puede ser revisada por CDN según lo requiera su personal y su Comité de Control de Calidad.

Esta información también puede estar disponible para el Departamento de Atención Médica Administrada, la Junta Dental y los representantes legales u otras agencias de CDN, según lo requiera la ley.

El miembro del Plan o el padre no cubierto de un niño cubierto puede solicitar acceso o una copia de la información personal y de la historia clínica. El consentimiento por escrito para la entrega de la información y los registros del paciente debe estar firmado por el paciente, junto con el pago de la tarifa apropiada, siempre que lo permita la ley, antes de que los registros sean entregados. CDN responderá a la solicitud dentro de los 30 días posteriores a su recepción.

La política de confidencialidad de California Dental Network está disponible para todos los miembros que soliciten revisarla.

Un miembro del plan puede solicitar tener un apéndice de 250 palabras o menos adjuntado a su historia clínica, en cumplimiento normativo con la ley estatal. Esta solicitud debe ser realizada

directamente al proveedor que tiene los registros. Si el proveedor rechaza la solicitud del miembro de agregar este apéndice, el miembro debe contactar al Centro de Apoyo Dental para obtener ayuda.

UNA DECLARACIÓN DE NUESTRA POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD ESTÁ DISPONIBLE PARA USTED SI LA SOLICITA

DISPOSICIONES GENERALES

- CDN está sujeto a los requisitos de la ley enmendada del Plan de servicio de atención médica Knox-Keene de 1975 y del Subcapítulo 5.5 del Capítulo 3 del Título 10 del Código de Regulaciones de California y cualquier otra disposición que se requiera esté presente en este Contrato por cualquiera de las antes mencionadas debe comprometer a CDN esté o no provista en este Contrato. En caso de que la ley o las regulaciones a continuación entren en conflicto con cualquier requisito que no esté incluido en el presente documento o que sea contrario a este Contrato, este deberá suplantar las disposiciones aplicables de este Contrato y será vinculante entre las partes.
- Nada de lo contenido en el presente documento deberá impedir a CDN de cambiar la ubicación de cualquiera de sus consultorios dentales, siempre que mantenga una red de proveedores suficiente para brindar servicios dentales al Grupo.
- En caso de que cualquier proveedor de CDN finalice su relación con CDN, incumpla con su Contrato de proveedor con CDN o de que no sea capaz de prestar los servicios dentales descritos en el presente y los miembros se vean afectados adversa y materialmente, CDN les enviará un aviso por escrito a los miembros afectados.
- Una vez finalizado el Contrato del proveedor, CDN será responsable de asegurar que el proveedor termine los servicios cubiertos prestados (aparte de los copagos, como se define en la subdivisión (g) de la sección 1345 de la Ley) a los miembros que mantengan su elegibilidad en virtud de este Contrato o por mandato legal, bajo la atención de dicho proveedor al momento de la finalización del Contrato hasta que concluya dichos servicios, a menos que CDN determine disposiciones razonables y médicamente apropiadas para la prestación de dichos servicios por otro proveedor.
- Si cualquier disposición de este Contrato se considera ilegal o inválida por cualquier razón, dicha decisión no debe afectar la validez de las demás disposiciones de este Contrato y dichas disposiciones deben continuar en pleno vigor y vigencia, a menos que la ilegalidad o invalidez impida el cumplimiento de los objetivos y propósitos de este Contrato.

REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

La revisión independiente externa es un recurso disponible para los miembros cuyo fin es revisar las denegaciones de terapias experimentales en los casos en que dichas terapias podrían prescribirse para tratar una afección que puede ser mortal o una enfermedad gravemente debilitante, o las denegaciones basadas en el criterio de que el servicio no es médicamente

necesario. Para ello, deben llamar al Departamento de Servicios para Miembros en el transcurso de los cinco días laborales posteriores a la fecha de la denegación. La solicitud de revisión médica independiente será evaluada por el director del área de odontología o, si es necesario, se remitirá a la Comisión para el Aseguramiento de Calidad. Los plazos para evaluar las solicitudes de revisión médica independiente serán los mismos que para el procesamiento de las quejas. Los miembros tienen el derecho a presentar información que respalde la solicitud de una revisión médica independiente.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero, debe llamar por teléfono a su plan de salud, al (1-855-424-8106), y utilizar el proceso de queja de su plan antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de quejas no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja en referencia a una emergencia, una queja que el plan de salud no ha resuelto a su satisfacción o una queja que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud, relacionadas a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación, y de los litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidades auditivas y del habla. La página web del departamento es **<http://www.hmohelp.ca.gov>**; contiene los formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea

Molina Healthcare of California / California Dental Network

BENEFICIOS DE SALUD DENTAL PEDIÁTRICOS ESENCIALES		
	Los beneficios de salud esenciales dentales pediátricos aplican a los miembros de hasta 19 años. Los copagos y costos compartidos del miembro pagados por los beneficios de salud esenciales dentales pediátricos se acumulan al máximo de gastos de su bolsillo anual y el deducible, según se aplique. Los miembros deben conservar los recibos de todos los servicios dentales para demostrar los gastos de su bolsillo.	
	<u>Menor individual</u>	<u>Familia (dos hijos o más)</u>
Deducible	Ninguno	Ninguno
Copago de consultorio	Sin cargo	Sin cargo
Periodo de espera	Ninguno	Ninguno
Límite de beneficio anual	Ninguno	Ninguno
La siguiente lista es una lista de los beneficios de salud esenciales dentales pediátricos cubiertos, junto con los costos compartidos, cuando son prestados por un proveedor dental participante de CDN y sujetos a las exclusiones y limitaciones en esta EOC:		
<u>Código</u>	<u>Descripción</u>	<u>Copago del miembro</u>
D0120	evaluación bucal periódica	Sin cargo
D0140	evaluación bucal limitada	Sin cargo
D0145	evaluación oral para un paciente menor de tres años de edad y asesoramiento con cuidador primario	Sin cargo
D0150	examen bucal integral	Sin cargo
D0160	examen bucal detallada y extensiva: centrado en el problema por informe	Sin cargo
D0170	reexamen: limitado, centrado en el problema (no consulta posquirúrgica)	Sin cargo
D0171	Revaluación: visita posoperatoria al consultorio	Sin cargo
D0180	examen de periodoncia integral	Sin cargo
D0210	intraoral: serie completa (incluida radiografía panorámica de mordida), limitado a 1 serie cada 36 meses	Sin cargo
D0220	intraoral: primera película periapical	Sin cargo
D0230	intraoral: cada película periapical adicional	Sin cargo
D0240	intraoral: película oclusal	Sin cargo
D0250	extraoral: primera película	Sin cargo
D0251	Radiografía dental posterior extraoral	Sin cargo

D0270	radiografías panorámicas de mordida: película única	Sin cargo
D0272	radiografías panorámicas de mordida: dos películas	Sin cargo
D0273	radiografías panorámicas de mordida: tres películas	Sin cargo
D0274	radiografías panorámicas de mordida: cuatro películas; limitado a 1 serie cada 6 meses	Sin cargo
D0277	radiografías panorámicas verticales de mordida: 7 a 8 películas	Sin cargo
D0310	sialografía	Sin cargo
D0320	artograma de la articulación temporomandibular, incluida la inyección	Sin cargo
D0322	Estudio tomográfico	Sin cargo
D0330	película panorámica	Sin cargo
D0340	imagen radiográfica cefalométrica	Sin cargo
D0350	primera fotografía	Sin cargo
D0351	Fotografía en 3D	Sin cargo
D0460	pruebas de vitalidad pulpar	Sin cargo
D0470	Los moldes de diagnóstico deben proporcionarse solo si se presenta una de las condiciones anteriores.	Sin cargo
D0502	otros procedimientos de patología bucal, por informe	Sin cargo
D0601	evaluación y documentación de riesgo de caries, con una conclusión de riesgo bajo	Sin cargo
D0602	evaluación y documentación de riesgo de caries, con una conclusión de riesgo moderado	Sin cargo
D0603	evaluación y documentación de riesgo de caries, con una conclusión de riesgo alto	Sin cargo
D0999	procedimiento diagnóstico no especificado, por informe	Sin cargo
D1110	Profilaxis: adultos	Sin cargo
D1120	Profilaxis: niños	Sin cargo
D1206	barniz de fluoruro tópico	Sin cargo
D1208	aplicación tópica de fluoruro	Sin cargo
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades bucales	Sin cargo
D1320	Asesoramiento sobre el uso del tabaco para el control y prevención de enfermedades bucales	Sin cargo
D1330	instrucciones para higiene bucal	Sin cargo
D1351	sellador, por diente	Sin cargo
D1352	restauración preventiva de la resina en pacientes con riesgo de moderado a alto de producir caries: 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
D1510	espaciador: fijo, unilateral	Sin cargo
D1515	espaciador: fijo, bilateral	Sin cargo
D1520	espaciador: removible, unilateral	Sin cargo
D1525	espaciador: removible, bilateral	Sin cargo
D1550	Reconstrucción del espaciador	Sin cargo
D1555	Extracción de espaciador fijo	Sin cargo
D1575	Espaciador: fijo, unilateral	Sin cargo
D2140	Amalgama: una superficie permanente o primaria	\$25
D2150	Amalgama: dos superficies permanentes o primarias	\$30
D2160	Amalgama: tres superficies permanentes o primarias	\$40

D2161	Amalgama: cuatro o más superficies permanentes primarias	\$45
D2330	compuesto resinoso: una superficie, anterior	\$30
D2331	compuesto resinoso: dos superficies, anterior	\$45
D2332	compuesto resinoso: tres superficies, anterior	\$55
D2335	compuesto resinoso: cuatro o más superficies o que involucran un ángulo incisal (anterior)	\$60
D2390	corona de compuesto resinoso, anterior	\$50
D2391	compuesto resinoso: una superficie, posterior	\$30
D2392	compuesto resinoso: dos superficies, posterior	\$40
D2393	compuesto resinoso: tres superficies, posterior	\$50
D2394	compuesto resinoso: cuatro o más superficies, posterior	\$70
D2710	corona: compuesto resinoso laboratorio	\$140
D2712	corona: ¾ de compuesto resinoso (indirecto)	\$190
D2721	corona: resina con metal predominantemente de base	\$300
D2740	corona: sustrato de cerámica/porcelana	\$300
D2751	corona: porcelana fundida en metal básico predominante	\$300
D2781	corona: ¾ de metal predominantemente de base fundido	\$300
D2783	corona: ¾ de porcelana/cerámica	\$310
D2791	corona: metal predominantemente de base completamente fundido	\$300
D2910	recementación de incrustaciones, recubrimiento o cobertura parcial para restauración	\$25
D2915	Fundición de recementación o corona prefabricada y muñón	\$25
D2920	corona recementada	\$25
D2921	Reimplantación de fragmento dental, borde incisal o cúspide	\$45
D2929	corona de porcelana/cerámica prefabricada: diente primario	\$95
D2930	corona de acero inoxidable prefabricada: diente primario	\$65
D2931	corona de acero inoxidable prefabricada: diente permanente	\$75
D2932	Corona de resina prefabricada	\$75
D2933	corona de acero inoxidable prefabricada con carilla de resina	\$80
D2940	restauración protectora	\$25
D2941	Restauración terapéutica provisoria: dentición primaria	\$30
D2949	Fundación de restauración para una restauración indirecta	\$45
D2950	acumulaciones en el núcleo, incluidas las espigas	\$20
D2951	retención de espigas: por diente, además de la restauración	\$25
D2952	corona prefabricada y muñón además de la corona: fabricada indirectamente	\$100
D2953	cada muñón adicional prefabricado indirectamente, mismo diente	\$30
D2954	corona prefabricada y muñón además de la corona	\$90
D2955	Posextracción	\$60
D2957	cada muñón prefabricado adicional, mismo diente	\$35
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo la existencia parcial de la estructura de la dentadura postiza	\$35
D2980	reparación de corona, por informe	\$50
D2999	procedimiento reconstituyente no especificado, por informe	\$40
D3110	recubrimiento de la pulpa: directo (sin excluir restauración final)	\$20

D3120	recubrimiento de la pulpa (indirecto) sin incluir la restauración final	\$25
D3220	pulpotomía terapéutica (sin incluir restauración final)	\$40
D3221	Desbridamiento pulpar, para dientes primarios y permanentes	\$40
D3222	pulpotomía parcial para apexogénesis: diente permanente con desarrollo incompleto de la raíz	\$60
D3230	terapia pulpar (empaste reabsorbible): anterior, diente primario (sin incluir restauración final)	\$55
D3240	terapia pulpar (empaste reabsorbible): posterior, diente primario (sin incluir restauración final)	\$55
D3310	tratamiento de endodoncia, diente anterior (sin incluir restauración final)	\$195
D3320	tratamiento de endodoncia, diente bicúspide (sin incluir restauración final)	\$235
D3330	tratamiento de endodoncia, molar (sin incluir 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	nuevo tratamiento de endodoncia: anterior	\$240
D3347	nuevo tratamiento de endodoncia: bicúspide	\$295
D3348	nuevo tratamiento de endodoncia: molar	\$365
D3351	apexificación/recalcificación: consulta inicial	\$85
D3352	apexificación/recalcificación: provisional	\$45
D3410	apicectomía/cirugía perirradicular: anterior	\$240
D3421	apicectomía/cirugía perirradicular: bicúspide (primera raíz)	\$250
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular: molar (primera raíz)	\$275
D3426	apicectomía/cirugía perirradicular: molar, cada raíz adicional	\$110
D3427	Cirugía perirradicular sin apicectomía	\$160
D3430	empaste retrogrado, por diente	\$90
D3910	procedimiento quirúrgico para aislamiento de diente con dique de goma	\$30
D3999	procedimiento endodóntico no especificado, por informe	\$100
D4210	gingivectomía/gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante	\$150
D4211	gingivectomía/gingivoplastia: uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante	\$50
D4249	alargamiento clínico de la corona, tejido duro	\$165
D4260	cirugía ósea - muco-gingival por cuadrante	\$265
D4261	cirugía ósea (incluidos entrada y cierres de colgajos): uno a tres dientes continuos o espacios interdentes, por cuadrante	\$140
D4265	materiales biológicos para ayudar en la regeneración de tejido blando y óseo	\$80
D4283	Procedimiento de injerto de tejido conjuntivo autógeno (incluso centros quirúrgicos para donante y receptor): cada pieza dental faltante, implante o diente contiguo adicional en el mismo sitio del injerto	No cubierto
D4285	Procedimiento de injerto de tejido conjuntivo no autógeno (incluso centros quirúrgicos para receptor y material de donantes): cada pieza dental faltante, implante o diente contiguo adicional en el mismo sitio del injerto.	No cubierto
D4341	alisado de periodoncia y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante	\$55
D4342	alisado de periodoncia y alisado radicular: uno a tres dientes por cuadrante	\$30
D4346	Raspado cuando hay inflamación gingival moderada o grave: toda la boca, después de una evaluación oral	\$220
D4355	debridación completa de la boca para posibilitar una evaluación y diagnóstico integral	\$40

D4381	entrega localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada en tejido reviscular enfermo, por diente	\$10
D4910	mantenimiento de periodoncia	\$30
D4920	cambio de vendaje sin cita previa (realizado por alguien que no sea el dentista tratante)	\$15
D4999	procedimiento de periodoncia no especificado, por informe	\$350
D5110	dentadura postiza completa, superior	\$300
D5120	dentadura postiza completa, inferior	\$300
D5130	dentadura postiza inmediata, superior	\$300
D5140	dentadura postiza inmediata, inferior	\$300
D5211	dentadura postiza parcial superior, base de resina con ganchos, apoyos y dientes convencionales	\$300
D5212	dentadura postiza parcial inferior: base de resina con ganchos, apoyos y dientes convencionales	\$300
D5213	dentadura postiza parcial superior: base de resina de metal fundido con ganchos, apoyos y dientes convencionales	\$335
D5214	dentadura postiza parcial inferior: base de resina de metal fundido con ganchos, apoyos y dientes convencionales	\$335
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$275
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$275
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: estructura de metal con base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$330
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: estructura de metal con base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$330
D5410	ajuste de dentadura postiza completa, superior	\$20
D5411	ajuste de dentadura postiza completa, inferior	\$20
D5421	ajuste de dentadura postiza parcial, superior	\$20
D5422	ajuste de dentadura postiza parcial, inferior	\$20
D5511	reparación de la base de dentadura postiza rota completa, superior	\$40
D5512	reparación de la base de dentadura postiza rota completa, inferior	\$40
D5520	reemplazo de dientes faltantes o partidos: dentadura postiza completa (cada diente)	\$40
D5611	reparación de la base de dentadura postiza de resina, superior	\$40
D5612	reparación de la base de dentadura postiza de resina, inferior	\$40
D5621	reparación de la estructura de metal, superior	\$40
D5622	reparación de la estructura de metal, inferior	\$40
D5630	reparación o remplazo de gancho roto	\$50
D5640	reemplazo de dientes rotos, por diente	\$35
D5650	colocación de diente a dentadura postiza parcial existente	\$35
D5660	colocación de gancho a dentadura postiza parcial existente	\$60
D5730	rebasado de la dentadura postiza superior completa (consultorio)	\$60
D5731	rebasado de la dentadura postiza inferior completa (consultorio)	\$60
D5740	rebasado de la dentadura postiza superior parcial (consultorio)	\$60
D5741	rebasado de la dentadura postiza inferior parcial (consultorio)	\$60
D5750	rebasado de la dentadura postiza superior completa (laboratorio)	\$90

D5751	rebasado de la dentadura postiza inferior completa (laboratorio)	\$90
D5760	rebasado de la dentadura postiza superior parcial (laboratorio)	\$80
D5761	rebasado de la dentadura postiza inferior parcial (laboratorio)	\$80
D5850	preparación de tejido, superior	\$30
D5851	preparación de tejido, inferior	\$30
D5862	fijación de precisión, por informe	\$90
D5863	Sobredentadura: maxilar, completa	\$300
D5864	Sobredentadura: maxilar, parcial	\$300
D5865	Sobredentadura: mandibular, completa	\$300
D5866	Sobredentadura: mandibular, parcial	\$300
D5899	procedimiento prostodóntico removible no especificado, por informe	\$350
D5911	impresión facial (transversal)	\$285
D5912	impresión facial (completa)	\$350
D5913	prótesis nasal	\$350
D5914	prótesis auricular	\$350
D5915	prótesis orbital	\$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 orbital, reemplazo	\$200
D5929	prótesis facial, reemplazo	\$200
D5931	prótesis del obturador, quirúrgica	\$350
D5932	prótesis del obturador, definitiva	\$350
D5933	prótesis del 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 del obturador, provisional	\$350
D5937	dispositivo del trismo (no para el tratamiento de TMD)	\$85
D5951	ayuda para 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	escudo de radiación	\$85
D5985	localizador del cono de radiación	\$135
D5986	portador del gel de fluoruro	\$35
D5987	férula de comisura	\$85
D5988	férula quirúrgica	\$95
D5991	portador de medicamento tópico	\$70
D5999	prótesis maxilofacial no especificada, por informe	\$350
D6010	colocación quirúrgica de cuerpo del implante: implante endosteal	\$350
D6011	Cirugía de implante en segunda etapa	\$350
D6013	Colocación quirúrgica de implante pequeño	\$350
D6040	colocación quirúrgica: implante eosteal	\$350
D6050	colocación quirúrgica: implante transosteal	\$350
D6052	Soporte de fijación de semiprecisión	\$350
D6055	barra de conexión: implante con apoyo o soporte con apoyo	\$350
D6056	apoyo prefabricado: incluye modificación y colocación	\$135
D6057	apoyo fabricado a medida - incluye colocación	\$180
D6058	corona de porcelana/cerámica con apoyo	\$320
D6059	corona de porcelana fundida con metal con apoyo (metal noble alto)	\$315
D6060	corona de porcelana fundida con metal con apoyo (metal predominantemente de 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 (metal predominantemente de base)	\$300
D6064	corona de metal fundido con apoyo (metal noble)	\$315
D6065	corona de porcelana/cerámica con implante	\$340
D6066	corona de porcelana fundida con metal con implante (titanio, aleación de titanio, metal noble alto)	\$335
D6067	corona de metal con implante (titanio, aleación de titanio, metal noble alto)	\$340
D6068	retenedor con apoyo para FPD de porcelana/cerámica	\$320
D6069	retenedor con apoyo para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble alto)	\$315
D6070	retenedor con apoyo para FPD de porcelana fundida con metal (predominantemente metal de 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 de 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 de implante para FPD de porcelana fundida con metal (titanio, aleación de titanio, metal noble alto)	\$330
D6077	retenedor de implante para FPD de metal fundido (titanio, aleación de titanio, metal noble alto)	\$350
D6080	procedimientos de mantenimiento de implantes, que incluyen extracción de prótesis, limpiezas de prótesis y apoyos y reinserción de prótesis	\$30
D6081	Raspado y desbridamiento cuando hay inflamación o mucositis de un solo implante, incluso limpieza de las superficies del implante, sin apertura y cierre de colgajo	\$30

D6085	Corona de implante provisoria	\$300
D6090	reparación de prótesis con implante, por informe	\$65
D6091	reemplazo de fijación de semiprecisión o precisión (componente macho o hembra) de prótesis con implante/apoyo, por fijación	\$40
D6092	recementación de corona con implante/apoyo	\$25
D6093	recementación de dentadura postiza parcial con implante/apoyo	\$35
D6094	corona con apoyo (titanio)	\$295
D6095	reparación de apoyo de implante, por informe	\$65
D6096	Extracción de perno retenedor de implante roto	\$60
D6100	extracción del implante, por informe	\$110
D6110	Dentadura postiza extraíble sujeta mediante soporte/implante para arco desdentado, maxilar	\$350
D6111	Dentadura postiza extraíble sujeta mediante soporte/implante para arco desdentado, mandibular	\$350
D6112	Dentadura postiza extraíble sujeta mediante soporte/implante para arco parcialmente desdentado, maxilar	\$350
D6113	Dentadura postiza extraíble sujeta mediante soporte/implante para arco parcialmente desdentado, mandibular	\$350
D6114	Dentadura postiza fija sujeta mediante soporte/implante para arco desdentado, maxilar	\$350
D6115	Dentadura postiza fija sujeta mediante soporte/implante para arco desdentado, mandibular	\$350
D6116	Dentadura postiza fija sujeta mediante soporte/implante para arco parcialmente desdentado, maxilar	\$350
D6117	Dentadura postiza fija sujeta mediante soporte/implante para arco parcialmente desdentado, mandibular	\$350
D6190	índice de implante radiográfico/quirúrgico, por informe	\$75
D6194	corona de retenedor con apoyo para FPD (titanio)	\$265
D6199	procedimiento de implante no especificado, por informe	\$350
D6211	póntico: metal básico predominantemente fundido	\$300
D6241	póntico: porcelana fundida en metal básico predominante	\$300
D6245	póntico: porcelana/cerámica	\$300
D6251	póntico: resina con metal predominantemente de base	\$300
D6721	corona: resina con metal predominantemente de base	\$300
D6740	corona: cerámica/porcelana	\$300
D6751	corona: porcelana fundida en metal básico predominante	\$300
D6781	corona: ¾ de metal predominantemente de base fundido	\$300
D6783	corona: ¾ de porcelana/cerámica	\$300
D6791	corona: metal predominantemente de base completamente fundido	\$300
D6930	punte recementado	\$40
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija necesaria por falla del material de restauración	\$95
D6999	procedimiento prostodóntico fijo no especificado, por informe	\$350
D7111	Extracción, sobrante de corona - diente caduco	\$40
D7140	extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	\$65
D7210	extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere la elevación del colgajo y la extracción de hueso o el seccionamiento del diente	\$120
D7220	extracción de diente impactado: tejidos blandos	\$95

D7230	extracción de diente impactado: parcialmente osificado	\$145
D7240	extracción de diente impactado: totalmente osificado	\$160
D7241	extracción de diente impactado: totalmente osificado, debido a complicaciones quirúrgicas inusuales	\$175
D7250	Extracción quirúrgica de raíces de dientes residuales que requieren el corte de tejidos blandos y hueso, y la extracción de la estructura dentaria y cierre.	\$80
D7260	Cierre de fístula antral oral	\$280
D7261	cierre primario de una perforación del seno	\$285
D7270	reimplantación/estabilización del diente	\$185
D7280	acceso quirúrgico de un diente no erupcionado	\$220
D7283	colocación de dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado	\$85
D7285	biopsia de tejido bucal: duro (hueso, diente)	\$180
D7286	Biopsia de tejido oral: blando	\$110
D7290	reposicionamiento quirúrgico de los dientes	\$185
D7291	fibrotomía transseptal/fibrotomía supra crestal, por informe	\$80
D7310	alveoloplastia junto con extracciones, por cuadrante	\$85
D7311	alveoloplastia junto con extracciones: uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$50
D7320	alveoloplastia no junto con extracciones, por cuadrante	\$120
D7321	alveoloplastia no junto con extracciones: uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$65
D7340	vestibuloplastia: extensión de 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	escisión de lesión benigna hasta 1.25 cm	\$75
D7411	escisión de lesión benigna superior a 1.25 cm	\$115
D7412	Escisión de lesión benigna, complicada	\$175
D7413	escisión de lesión maligna hasta 1.25 cm	\$95
D7414	escisión de lesión maligna superior a 1.25 cm	\$120
D7415	escisión de lesión maligna, complicada	\$255
D7440	escisión de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$105
D7441	escisión de tumor maligno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$185
D7450	extracción de quiste o tumor odontogénico benigno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$180
D7451	extracción de quiste o tumor odontogénico benigno - 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 quiste o tumor no odontogénico benigno - diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$250
D7465	destrucción de lesión(es) por método físico o químico, por informe	\$40
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	\$140
D7472	Extracción del rodete palatino	\$145
D7473	Extracción del torus mandibular	\$140
D7485	reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	\$105
D7490	resección radical de maxilar o mandíbula	\$350
D7510	incisión y drenaje de un absceso: tejido blando intraoral	\$70

D7511	incisión y drenaje de un absceso: tejido blando intraoral, complicado	\$70
D7520	incisión y drenaje de un absceso: tejido blando extraoral	\$70
D7521	incisión y drenaje de un absceso: tejido blando extraoral, complicado (incluye drenaje de varios espacios fasciales)	\$80
D7530	extracción de cuerpo extraño de la mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo	\$45
D7540	extracción de cuerpos extraños que producen reacciones, sistema musculoesquelético	\$75
D7550	osteotomía parcial/secuestrectomía para remoción de hueso no vital	\$125
D7560	sinusotomía del 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	alvéolo: reducción cerrada, puede incluir estabilización de los dientes	\$170
D7671	alvéolo: reducción abierta, puede incluir estabilización de los dientes	\$230
D7680	huesos faciales: reducción complicada con fijación y varios 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	alvéolo: reducción abierta, estabilización de los dientes	\$135
D7771	alvéolo: reducción cerrada, estabilización de los dientes	\$160
D7780	huesos faciales: reducción complicada con fijación y varios enfoques quirúrgicos	\$350
D7810	reducción abierta de dislocación	\$350
D7820	reducción cerrada de dislocación	\$80
D7830	manipulación bajo anestesia	\$85
D7840	condilectomía	\$350
D7850	dissectomía quirúrgica, con/sin implante	\$350
D7852	reparación de disco	\$350
D7854	sinovectomía	\$350
D7856	miotomía	\$350
D7858	reconstrucción de articulación	\$350
D7860	artrostomía	\$350
D7865	artroplastía	\$350
D7870	artrocentesis	\$90
D7871	lisis y lavaje no artroscópico	\$150
D7872	artroscopía: diagnóstico, con o sin biopsia	\$350
D7873	artroscopía: quirúrgica: lavaje y lisis de adhesiones	\$350
D7874	artroscopía: quirúrgica: reposicionamiento y estabilización del disco	\$350

D7875	artroscopía: quirúrgica: sinovectomía	\$350
D7876	artroscopía - quirúrgica: disectomía	\$350
D7877	artroscopía - quirúrgica: desbridamiento	\$350
D7880	dispositivo ortótico oclusal, por informe	\$120
D7881	Ajuste de dispositivo ortésico oclusal	\$30
D7899	terapia TMD no especificada, por informe	\$350
D7910	sutura de lastimaduras pequeñas recientes de hasta 5 cm	\$35
D7911	suturas complicadas - hasta 5 cm	\$55
D7912	suturas complicadas: superiores a 5 cm	\$130
D7920	injerto de piel (identificar defecto cubierto, ubicación y tipo de injerto)	\$120
D7940	osteoplastia: para deformidades ortognáticas	\$160
D7941	osteotomía: ramas mandibulares	\$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 de la mitad de la cara): sin injerto óseo	\$350
D7949	LeFort II o LeFort III: con injerto óseo	\$350
D7950	injerto óseo, osteoperiosteal o de cartílago de huesos de la mandíbula o faciales: 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 del seno con hueso o sustituto óseo a través de un enfoque vertical	\$175
D7955	reparación de defecto de tejido blando y/o duro maxilofacial	\$200
D7960	frenulectomía: también conocida como frenectomía o frenotomía/procedimiento separado	\$120
D7963	frenuloplastia	\$120
D7970	escisión de tejido hiperplásico: por arco	\$175
D7971	escisión de encía pericoronal	\$80
D7972	reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	\$100
D7980	sialolitotomía	\$155
D7981	escisión de glándula salival, por informe	\$120
D7982	sialodocoplastia	\$215
D7983	cierre de fístula salival	\$140
D7990	traqueotomía de emergencia	\$350
D7991	coronoidectomía	\$345
D7995	injerto sintético: huesos mandibulares o faciales, por informe	\$150
D7997	extracción de dispositivo (no por el dentista que colocó el dispositivo), incluye extracción de barras de arco	\$60
D7999	Procedimiento quirúrgico bucal no especificado, por informe	\$350
D8080	tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente Maloclusión incapacitante	\$1,000
D8210	terapia de dispositivo removible	
D8220	terapia de dispositivo fijo	

D8660	Consulta previa al tratamiento ortodóntico	
D8670	consulta periódica de tratamiento de ortodoncia (como parte del contrato) Maloclusión incapacitante	
D8680	retención de ortodoncia (extracción de dispositivos, construcción y colocación de retenedores)	
D8681	Ajuste de retenedor ortodóntico extraíble	
D8691	reparación de dispositivo de ortodoncia	
D8692	reemplazo de retenedor perdido o quebrado	
D8693	reposición o recementación o reparación, según sea necesario, de retenedores fijos	
D8694	Reparación de retenedores fijos (incluye reajuste)	
D8999	procedimiento de ortodoncia no especificado, por informe	
D9110	tratamiento paliativo (emergencia) de dolor dental - procedimiento menor	\$30
D9120	seccionamiento de dentadura postiza parcial fija	\$95
D9210	anestesia local no en conjunto con los procedimientos quirúrgicos ambulatorios	\$10
D9211	Anestesia del bloque regional	\$20
D9212	Anestesia de la división del bloque del nervio trigeminal	\$60
D9215	anestesia local	\$15
D9223	Sedación profunda/anestesia general: incremento cada 15 minutos	\$45
D9230	analgesia de óxido nitroso	\$15
D9239	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente): primeros 15 minutos	\$60
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente): incremento cada 15 minutos	\$60
D9248	sedación consciente no intravenosa	\$65
D9310	consulta: servicio de diagnóstico prestado por el dentista o el médico que no son el dentista o médico solicitante	\$50
D9311	Consulta con un profesional médico	Sin cargo
D9410	llamada a la casa/centro de atención extendida	\$50
D9420	llamada al hospital o centro de cirugía ambulatoria	\$135
D9430	visita al consultorio para observación (durante el horario programado de forma regular) - no se realizan otros servicios	\$20
D9440	visitas al consultorio - después de horarios programados de forma regular	\$45
D9610	medicamentos parenteral terapéutico, administración única	\$30
D9612	medicamento parenteral terapéutico, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	\$40
D9910	aplicación de medicamento desensibilizante	\$20
D9930	tratamiento de complicaciones (posquirúrgico) - circunstancias inusuales, por informe	\$35
D9943	Ajuste de protector oclusal	No cubierto
D9950	análisis oclusal: caso montado	\$120
D9951	ajuste oclusal: limitado	\$45
D9952	ajuste oclusal: completo	\$210
D9999	Procedimiento adyuvante no especificado, por informe	\$0

Notas del Plan de beneficios dentales estándar de 2019

Notas sobre los beneficios de salud esenciales (EHB) del plan dental pediátrico (solo aplicable a la sección pediátrica del Plan dental para niños, el Plan dental familiar o el Plan dental de grupo)

- 1) Los pagos correspondientes al costo compartido de los servicios cubiertos dentro de la red efectuados por cada menor se computan para el máximo de gastos de bolsillo del menor. Una vez que el menor alcanza el máximo de gastos de bolsillo, el plan paga todos los costos de los servicios cubiertos para dicho menor.

- 2) En un plan con dos menores o más, los pagos correspondientes al costo compartido de los servicios cubiertos dentro de la red efectuados por cada menor se computan para el deducible familiar dentro de la red, si corresponde, y al máximo de gastos de bolsillo familiar.
- 3) En un plan con dos menores o más, los pagos correspondientes al costo compartido de los servicios cubiertos fuera de la red efectuados por cada menor se computan para el deducible familiar fuera de la red, si corresponde, y no se computan para el máximo de gastos de bolsillo familiar.
- 4) La administración del diseño de estos planes debe cumplir con los requisitos del plan de referencia sobre los beneficios de salud esenciales (EHB) del plan dental pediátrico, incluso la cobertura de servicios en caso de necesidad médica, según se define en el beneficio de servicios de Detección, diagnóstico y tratamiento oportuno y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés).
- 5) El costo compartido de los servicios de ortodoncia médicamente necesarios del miembro se aplica al curso de tratamiento; no es un beneficio individual dentro del plazo de un tratamiento de varios años. Este costo compartido del miembro se aplica al curso de tratamiento siempre y cuando el miembro continúe inscrito en el plan.