

# 2020

## Contrato y Evidencia de cobertura y Formulario de divulgación combinados de Molina Healthcare of California

### Molina Gold 80 HMO AI-AN

#### CALIFORNIA

200 OCEANGATE, SUITE 100, LONG BEACH, CA 90802

SI ES INDÍGENA DE LOS EE. UU. O NATIVO DE ALASKA Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS, NO TENDRÁ COSTOS COMPARTIDOS SI OBTIENE SERVICIOS CUBIERTOS DE CUALQUIER PROVEEDOR ASOCIADO 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 ASOCIADO PARA LA SALUD TRIBAL. LOS PROVEEDORES DE SALUD TRIBALES INCLUYEN EL SERVICIO DE SALUD PARA INDÍGENAS, UN TRIBU INDÍGENA, UNA ORGANIZACIÓN TRIBAL O UNA ORGANIZACIÓN INDÍGENA URBANA.

[MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com)



MHC01012020

ATH803CAMPEOCSP

**Your Extended Family**

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros sin discriminar por cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Molina también cumple con las leyes estatales aplicables y no discrimina en base a credo, género, expresión o identidad de género, orientación sexual, estado civil, religión, estado militar o estado veterano licenciado honorablemente, o por el uso de un perro guía o un animal de servicio entrenado 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 discapacidad
  - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
  - Material escrito en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, braille)
- Servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés
  - Intérpretes capacitados
  - Material escrito traducido en su idioma

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con los Servicios para Miembros de Molina. El número de Servicios para Miembros de Molina está en la parte posterior de su tarjeta de Identificación para Miembros. (TTY: 711).

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

Envíe su queja a: Civil Rights Coordinator, 200 Oceangate, Long Beach, CA 90802.

También puede enviar su queja por correo electrónico a [civil.rights@molinahealthcare.com](mailto:civil.rights@molinahealthcare.com).

También puede presentar su queja ante Molina Healthcare AlertLine, las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana en: <https://molinahealthcare.alertline.com>.

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights). Los formularios de quejas 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 (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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

03/11/19 - Global

Quejas – el procedimiento de quejas está disponible en la sección del contrato titulada “Quejas y apelaciones”. Por favor, consulte esa sección para saber cómo presentar una queja, incluyendo el nombre del representante del plan y el número de teléfono, dirección y dirección de correo electrónico del representante del plan que puede ser contactado acerca de la queja, y cómo presentar la queja al Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) para su revisión después de completar el proceso de queja o participar en el proceso por lo menos 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)

فأخذ دوجوم اذه فتاهلها مقرو. عاضدلاً تامدخ مسقب ل صتا. إكل، امجاد، المساعدة اللغوية تامدخ حاتت، تغيير عا تغللا مدختست تنك اذا: ميبتت (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)

ՈՒՇԱՂԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե դուք խոսում եք հայերեն, կարող եք անվճար օգտվել լեզվի օժանդակ ծառայություններից: Չանգահարելք 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)

هرامشد. ديريگب سامتا اضعا تامدخ اب. دننسه امشد سر تسد رد منيز ه نودب، ي نابز. كمت تامدخ، دينكي متبحصي سراف نابز ه برگا؛ هجوت (Farsi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ (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)

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មាននេះក្នុងទម្រង់ផ្សេង ដូចជា ទម្រង់ជាសម្តែង អក្សរស្តាប ទំហំអក្សរធំដោយសារតែតម្រូវការជាពិសេសរបស់អ្នក ឬជាភាសារបស់អ្នកដោយមិនគិតតម្លៃបន្ថែមឡើយ។ (Cambodian)

## CONTENIDO

<b>BIENVENIDO</b> .....	<b>13</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>14</b>
<b>SU PRIVACIDAD</b> .....	<b>15</b>
<b>AYUDA PARA LOS MIEMBROS DE MOLINA HEALTHCARE QUE NO HABLAN INGLÉS</b> .....	<b>20</b>
<b>DEFINICIONES</b> .....	<b>21</b>
<b>ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN</b> .....	<b>26</b>
¿CUÁNDO COMENZARÁ MI MEMBRESÍA EN MOLINA? .....	26
¿QUIÉN ES ELEGIBLE? .....	27
DEPENDIENTES .....	27
<b>TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO</b> .....	<b>29</b>
¿QUÉ HAGO PRIMERO? .....	30
<b>ACCESO A LA ATENCIÓN</b> .....	<b>30</b>
¿CÓMO PUEDO OBTENER SERVICIOS MÉDICOS A TRAVÉS DE MOLINA HEALTHCARE? .....	30
SERVICIOS DE TELESALUD Y TELEMEDICINA .....	31
¿QUÉ ES UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA? .....	32
ELECCIÓN DE SU MÉDICO (ELECCIÓN DEL MÉDICO Y LOS PROVEEDORES) .....	33
¿CÓMO ELIJO UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)? .....	33
¿QUÉ PASA SI NO ELIJO UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA? .....	33
CAMBIAR DE MÉDICO .....	33
<i>¿Qué pasa si deseo cambiar a mi proveedor de atención primaria? .....</i>	<i>33</i>
<i>¿Puede mi proveedor de atención primaria solicitar que cambie a otro proveedor de atención primaria? .....</i>	<i>34</i>
<i>¿Cómo cambio mi proveedor de atención primaria? .....</i>	<i>34</i>
¿QUÉ PASA SI MI MÉDICO U HOSPITAL YA NO ESTÁ CON MOLINA? .....	34
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN .....	34
TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN .....	35
¿QUÉ PASA SI NO HAY UN PROVEEDOR PARTICIPANTE QUE PROPORCIONE UN SERVICIO CUBIERTO? .....	36
PROVEEDOR NO PARTICIPANTE EN UNA INSTALACIÓN DE PROVEEDOR PARTICIPANTE .....	36
LÍNEA DE CONSEJOS DE ENFERMERAS LAS 24 HORAS .....	36
ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN .....	36
<b>AUTORIZACIÓN PREVIA</b> .....	<b>36</b>
¿QUÉ ES UNA AUTORIZACIÓN PREVIA? .....	36
NO NECESITA UNA AUTORIZACIÓN PREVIA PARA OBTENER LOS SIGUIENTES SERVICIOS .....	37
DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA PARA LOS SIGUIENTES SERVICIOS .....	37
APROBACIONES PERMANENTES .....	39
SEGUNDAS OPINIONES .....	39
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE</b> .....	<b>40</b>
¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA? .....	40
¿CÓMO PUEDO RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIA? .....	40
¿QUÉ PASA SI ESTOY LEJOS DEL ÁREA DE SERVICIO DE MOLINA Y NECESITO SERVICIOS DE EMERGENCIA? .....	41
¿QUÉ PASA SI NECESITO ATENCIÓN DESPUÉS DEL HORARIO DE ATENCIÓN O SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE? .....	41
SERVICIOS DE EMERGENCIA PRESTADOS POR UN PROVEEDOR NO PARTICIPANTE .....	42
<b>ADMINISTRACIÓN DE CASOS COMPLEJOS</b> .....	<b>42</b>
¿QUÉ PASA SI TENGO UN PROBLEMA DE SALUD DIFÍCIL? .....	42
<b>EMBARAZO</b> .....	<b>42</b>

¿QUÉ PASA SI ESTOY EMBARAZADA? .....	42
<b>OBJECIONES MORALES .....</b>	<b>43</b>
<b>DIRECTIVAS ANTICIPADAS .....</b>	<b>43</b>
<b>ACCESO A ATENCIÓN PARA MIEMBROS CON DISCAPACIDADES .....</b>	<b>43</b>
LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES .....	43
ACCESO FÍSICO .....	43
ACCESO PARA SORDOS O PERSONAS CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN.....	43
ACCESO PARA PERSONAS CON BAJA VISIÓN O QUE SON CIEGAS .....	43
QUEJAS DE ACCESO A DISCAPACIDAD .....	44
<b>SERVICIOS CUBIERTOS .....</b>	<b>44</b>
COSTO COMPARTIDO (DINERO QUE TENDRÁ QUE PAGAR PARA OBTENER SERVICIOS CUBIERTOS) .....	44
MÁXIMO ANUAL DE GASTOS DE SU BOLSILLO.....	44
COSEGURO .....	45
COPAGO.....	45
DEDUCIBLE .....	45
REGLAS GENERALES APLICABLES A LOS COSTOS COMPARTIDOS .....	46
RECEPCIÓN DE UNA FACTURA.....	46
CÓMO SATISFACE SU COBERTURA LA LEY DE ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE .....	46
HACER QUE SU COBERTURA SEA MÁS ASEQUIBLE.....	46
¿QUÉ CUBRE MI PLAN? .....	47
<b>SERVICIOS PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS.....</b>	<b>47</b>
ATENCIÓN Y SERVICIOS PREVENTIVOS .....	47
SERVICIOS PREVENTIVOS Y LA LEY DE ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE.....	47
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES .....	48
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS Y ANCIANOS.....	49
SERVICIOS DE MÉDICOS Y OTROS PROFESIONALES .....	51
SERVICIOS DE ACUPUNTURA .....	51
SERVICIOS DE HABILITACIÓN .....	51
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN .....	52
SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL.....	52
SERVICIOS DE TRASTORNO DE ABUSO DE SUSTANCIAS (SUD) PARA PACIENTES AMBULATORIOS .....	54
<b>SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA .....</b>	<b>54</b>
SERVICIOS DENTALES PARA RADIOTERAPIA .....	54
ANESTESIA DENTAL .....	54
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA PARA EL PALADAR HENDIDO .....	54
SERVICIOS PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (“ATM”) .....	55
SERVICIOS PEDIÁTRICOS DE VISIÓN .....	55
<b>SERVICIOS PARA LA VISTA .....</b>	<b>55</b>
SERVICIOS PEDIÁTRICOS DE VISIÓN .....	55
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....</b>	<b>56</b>
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO .....	57
<b>FENILCETONURIA (PKU) Y OTROS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO .....</b>	<b>58</b>
<b>SERVICIOS DE DIABETES.....</b>	<b>58</b>
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA EN HOSPITAL/CENTRO .....</b>	<b>59</b>
CIRUGÍA AMBULATORIA .....	59
PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS (EXCEPTO CIRUGÍA) .....	59
SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE IMÁGENES Y ESCANEÓ .....	59

SERVICIOS DE RADIOLOGÍA (RADIOGRAFÍAS).....	59
QUIMIOTERAPIA Y OTROS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR EL PROVEEDOR .....	59
PRUEBAS DE LABORATORIO .....	59
SALUD MENTAL/CONDUCTUAL: PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO INTENSIVO PARA PACIENTES AMBULATORIOS .....	60
<b>SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS.....</b>	<b>60</b>
SERVICIOS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS.....	60
QUIMIOTERAPIA Y OTROS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR EL PROVEEDOR .....	61
CUIDADO DE MATERNIDAD .....	61
SALUD MENTAL Y CONDUCTUAL: HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA PACIENTES INTERNADOS .....	61
TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE ABUSO DE SUSTANCIAS (SUD).....	62
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA .....	62
CUIDADO PALIATIVO .....	63
ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS .....	63
CIRUGÍA BARIÁTRICA .....	65
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA .....	65
EXCLUSIONES DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA .....	65
SERVICIOS DE TRASPLANTES .....	65
<b>COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS .....</b>	<b>66</b>
FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE MOLINA HEALTHCARE (LISTA DE MEDICAMENTOS).....	67
ACCESO A MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN EN EL FORMULARIO .....	68
TERAPIA ESCALONADA:.....	69
COSTO COMPARTIDO PARA MEDICAMENTOS Y FÁRMACOS RECETADOS .....	69
LOS NIVELES DE MEDICAMENTOS SE DEFINEN DE LA SIGUIENTE MANERA: .....	70
<i>Nivel 1</i> .....	70
<i>Nivel 2</i> .....	70
<i>Nivel 3</i> .....	70
<i>Nivel 4</i> .....	70
ANALGÉSICOS OPIOIDES RECETADOS PARA EL DOLOR CRÓNICO.....	71
MEDICAMENTOS PARA DEJAR DE FUMAR.....	71
DISPONIBILIDAD DE PEDIDOS POR CORREO DE MEDICAMENTOS CON RECETA DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS.....	71
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS .....	71
LÍMITE DE SUMINISTRO DIARIO .....	72
MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS PREVENTIVOS DE VENTA LIBRE .....	72
USO DE MEDICAMENTOS SIN ETIQUETA.....	72
<b>SERVICIOS AUXILIARES.....</b>	<b>73</b>
EQUIPO MÉDICO DURADERO .....	73
DISPOSITIVOS PROTÉSICOS Y ORTOPÉDICOS.....	74
DISPOSITIVOS IMPLANTADOS INTERNAMENTE .....	74
DISPOSITIVOS EXTERNOS.....	74
SERVICIOS AUDITIVOS.....	75
ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR .....	75
<b>SERVICIOS DE TRANSPORTE .....</b>	<b>75</b>
TRANSPORTE MÉDICO DE EMERGENCIA .....	75
TRANSPORTE MÉDICO QUE NO SEA DE EMERGENCIA (AMBULANCIA) .....	75
<b>OTROS SERVICIOS .....</b>	<b>76</b>
SERVICIOS DE DIÁLISIS .....	76
SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE VISIÓN.....	76
<b>EXCLUSIONES .....</b>	<b>76</b>
¿QUÉ SE EXCLUYE DE LA COBERTURA BAJO MI PLAN? .....	76
TERAPIA ACUÁTICA .....	76

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL Y CONCEPCIÓN POR MEDIOS ARTIFICIALES.....	76
CIERTOS EXÁMENES Y SERVICIOS.....	77
SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS.....	77
SERVICIOS COSMÉTICOS.....	77
CUIDADO DE CUSTODIA.....	77
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA.....	77
DIETISTA.....	77
SUMINISTROS DESECHABLES.....	77
MEDICAMENTOS PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL.....	77
SERVICIOS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN.....	78
TRATAMIENTO PARA LA PÉRDIDA O EL CRECIMIENTO DEL CABELLO.....	78
SERVICIOS DE INFERTILIDAD.....	78
CUIDADOS INTERMEDIOS.....	78
ARTÍCULOS Y SERVICIOS QUE NO SON ARTÍCULOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.....	78
ARTÍCULOS Y SERVICIOS PARA CORREGIR DEFECTOS REFRACTIVOS DEL OJO.....	79
ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS.....	79
TERAPIA DE MASAJE Y TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS.....	79
NUTRICIÓN ORAL.....	79
SERVICIOS DE ENFERMERÍA PRIVADA.....	79
ARTÍCULOS Y SERVICIOS DE CUIDADO RUTINARIO DE LOS PIES.....	79
SERVICIOS NO APROBADOS POR LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS (FDA) FEDERAL.....	79
SERVICIOS PRESTADOS POR PERSONAS SIN LICENCIA.....	79
SERVICIOS RELACIONADOS CON UN SERVICIO NO CUBIERTO.....	79
SUSTITUCIÓN.....	80
DISFUNCIÓN SEXUAL.....	80
GASTOS DE VIAJE Y ALOJAMIENTO.....	80
<b>COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....</b>	<b>80</b>
DEFINICIONES (APLICABLE A ESTA DISPOSICIÓN DEL COB).....	80
REGLAS DE DETERMINACIÓN DE ORDEN DE BENEFICIOS.....	82
EFFECTO EN LOS BENEFICIOS DE ESTE PLAN.....	84
DERECHO A RECIBIR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN NECESARIA.....	84
FACILIDAD DE PAGO.....	85
DERECHO DE RECUPERACIÓN.....	85
DISPUTAS DE COORDINACIÓN.....	85
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS.....	85
<b>INDEMNIZACIÓN DE TRABAJADORES.....</b>	<b>85</b>
<b>RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN.....</b>	<b>86</b>
¿CÓMO SE RENEVA MI COBERTURA DE MOLINA HEALTHCARE?.....	86
CAMBIOS EN LAS PRIMAS, DEDUCIBLES, COPAGOS Y SERVICIOS CUBIERTOS:.....	86
¿CUÁNDO TERMINARÁ MI MEMBRESÍA EN MOLINA HEALTHCARE? (TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS).....	86
<b>PAGOS DE PRIMAS Y TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO.....</b>	<b>88</b>
AVISOS DE PRIMA/TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRIMAS.....	88
AVISO DE TERMINACIÓN.....	89
<b>SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.....</b>	<b>89</b>
¿CUÁLES SON MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE MOLINA HEALTHCARE?.....	89
SUS DERECHOS.....	89
SUS RESPONSABILIDADES.....	90
SEA ACTIVO EN SU ATENCIÓN MÉDICA.....	90
APROVECHE AL MÁXIMO LAS VISITAS AL MÉDICO.....	90
VISITE A SU MÉDICO CUANDO ESTÁ ENFERMO.....	91
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE MOLINA.....</b>	<b>91</b>

MOLINA HEALTHCARE SIEMPRE ESTÁ MEJORANDO LOS SERVICIOS .....	91
COMITÉ DE PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS .....	91
PRIVACIDAD DE SU ATENCIÓN MÉDICA .....	91
NUEVA TECNOLOGÍA .....	91
¿QUÉ TENGO QUE PAGAR? .....	91
¿QUÉ PASA SI HE PAGADO UNA FACTURA O RECETA MÉDICA? (DISPOSICIONES DE REEMBOLSO) .....	92
¿CÓMO PAGA MOLINA HEALTHCARE MI ATENCIÓN?.....	92
¿HABLA UN IDIOMA QUE NO SEA EL INGLÉS?.....	92
SERVICIOS CULTURALES Y LINGÜÍSTICOS .....	93
<b>QUEJAS Y APELACIONES .....</b>	<b>93</b>
¿QUÉ ES UNA QUEJA O RECLAMO? .....	93
¿QUÉ PASA SI TENGO UNA QUEJA O RECLAMO?.....	93
REVISIÓN ACELERADA.....	94
REVISIÓN DE EXCEPCIONES EXTERNAS SIN FORMULARIO.....	94
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE LA SALUD (DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE):.....	94
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE.....	95
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE PARA LA NEGACIÓN DE TERAPIAS EXPERIMENTALES/DE INVESTIGACIÓN .....	96
<b>ARBITRAJE VINCULANTE .....</b>	<b>96</b>
<b>DISPOSICIONES DIVERSAS.....</b>	<b>98</b>
ACTOS MÁS ALLÁ DEL CONTROL DE MOLINA HEALTHCARE .....	98
RENUNCIA .....	98
NO DISCRIMINACIÓN.....	98
DONACIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS .....	98
CESIÓN .....	99
LEY APLICABLE .....	99
NULIDAD .....	99
AVISOS.....	99
SUBROGACIÓN DE UN CONTRATO DE SUBROGACIÓN .....	99
PROGRAMA DE BIENESTAR .....	100
<b>PROGRAMAS DE NIVEL 1 DE MANEJO DE LA SALUD.....</b>	<b>100</b>
<b>PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES .....</b>	<b>101</b>
<b>GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA DE SU ATENCIÓN MÉDICA .....</b>	<b>102</b>
ANEXO PARA 2020 SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS .....	103



**MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA  
PLAN DE BENEFICIOS  
Molina Gold 80 HMO AI-AN**

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

A excepción de los servicios de emergencia y los servicios de atención urgente fuera de la zona, usted debe recibir los servicios cubiertos de los proveedores participantes; de lo contrario, los servicios no están cubiertos, usted será 100% responsable del pago y los pagos no se aplicarán al máximo fuera del bolsillo. Sin embargo, puede recibir servicios de un proveedor no participante para servicios de emergencia, servicios de atención urgente fuera de la zona y para excepciones descritas en la sección de este contrato titulada “¿qué pasa si no hay un proveedor participante para proporcionar un servicio cubierto?”.

**Los indios americanos tienen \$0 para compartir costos cuando los Servicios Cubiertos son prestados por un Servicio de Salud para Indígenas, una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o por remisión bajo servicios de salud contractuales.**

<b>Tipo de deducible</b>	<b>En proveedores participantes, usted paga</b>
<b>Deducible médico</b>	
Individual:	\$0
Familia entera de 2 o más miembros	\$0
<b>Deducible del medicamento recetado</b>	
Individual:	\$0
Familia entera de 2 o más miembros	\$0
<b>Deducible Dental Pediátrico</b>	\$0

<b>Máximo anual de gastos de su bolsillo</b>	<b>Usted paga</b>
<b>Individual:</b>	\$7,800
<b>Familia entera de 2 o más miembros</b>	\$15,600

<sup>1</sup> Los servicios de emergencia médicamente necesarios y los servicios de atención urgente proporcionados por un proveedor no participante se aplicarán a su máximo anual de gastos de su bolsillo.

<b>Servicios de la sala de emergencia y de atención urgente</b>	<b>Usted paga</b>	
<b>Sala de emergencia<sup>2</sup></b>	\$350	Copago por visita, renunciado si es admitido.
<b>Médico de emergencia<sup>2</sup></b>	Sin cargo	
<b>Cuidado urgente</b>	\$30	Copago por consulta

<sup>2</sup> El costo combinado de la instalación y el médico en la sala de emergencias no se aplica, si es admitido directamente en el hospital para los servicios de pacientes internos (Consulte los Servicios hospitalarios de pacientes internos, para el costo compartido aplicable a Usted)

<b>Servicios profesionales para pacientes ambulatorios<sup>3</sup></b>		<b>En proveedores participantes, usted paga</b>	
<b>Visitas al consultorio<sup>4</sup></b>			
Atención preventiva (Incluye prenatal, preconcepción y primer examen postparto)	Sin cargo		
Atención Primaria	\$30	Copago por consulta	
Atención de otros médicos	\$30	Copago por consulta	
Atención de médico especialista	\$65	Copago por consulta	
<b>Servicios de habilitación</b>	\$30	Copago	
<b>Servicios de rehabilitación</b>	\$30	Copago	
<b>Servicios de salud mental/conductual y trastornos por abuso de sustancias</b>			
Visitas al consultorio	\$30	Copago por consulta	
Otros artículos y servicios	\$30	Copago por consulta	
<b>Planificación familiar</b>	Sin cargo		
<b>Servicios dentales pediátrica (solo para miembros menores de 19 años)</b> (Para obtener una lista completa de los costos compartidos, consulte el Anexo sobre odontología pediátrica)			
Examen oral, limpieza preventiva, radiografías, selladores, aplicación de flúor, mantenedor de espacio - fijo	Consulte el anexo sobre Servicios dentales pediátricos		
Ortodoncia - Medicamento Necesaria			
<b>Servicios de visión pediátrica (solo para miembros menores de 19 años)</b>			
<b>Examen integral de la visión</b> (Examen limitado a uno por año calendario).	Sin cargo		
<b>Anteojos recetados</b> <i>Marcos</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a un par de marcos cada año calendario</li> <li>• Limitado a una selección de marcos cubiertos</li> </ul> <i>Lentes</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a un par de marcos cada año calendario</li> <li>• Visión única, línea bifocal, línea trifocal, lentes lenticulares, lentes de policarbonato</li> <li>• Todos los lentes incluyen revestimiento resistente a los arañazos, protección UV</li> </ul>			
<b>Lentes de contacto recetados</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En lugar de anteojos recetados, lentes de contacto con receta cubiertos con un suministro mínimo de tres meses para cualquiera de las siguientes modalidades cada año calendario: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estándar (un par anual)</li> <li>○ Mensual (suministro de seis meses)</li> <li>○ Dos semanas (suministro de tres meses)</li> <li>○ Diarios (suministro de tres meses)</li> </ul> </li> <li>• Los lentes de contacto médicamente necesarios para condiciones médicas específicas requieren autorización previa.</li> </ul>			
<b>Servicios y Dispositivos Ópticos de Baja Visión</b> (Sujeto a limitaciones, y se aplica autorización previa).			

<sup>3</sup> Tenga en cuenta lo siguientes, si usted es visto en una clínica de hospital, el costo compartido de hospital ambulatorio se aplicará a los centros y a los cargos accesorios. Los honorarios profesionales asociados, limitados a los servicios de Evaluación y Gestión (E&M, por sus siglas en inglés), serán procesados evaluando a su PCP o Especialista de Costos compartidos.

<sup>4</sup> Para los servicios de laboratorio y diagnóstico de rayos X que se proporcionan en la oficina de un PCP o especialista, en la misma fecha de servicio que una visita a la oficina del PCP o especialista, usted solo será responsable de la cantidad de Costo compartido aplicable para la visita a la oficina. Los costos

compartidos para servicios de laboratorio y radiografías, como se muestra en el Plan de Beneficios, se aplicará si los servicios son prestados por un proveedor participante en un lugar separado, incluso si es el mismo día que una visita al consultorio.

<b>Servicios de atención médica ambulatoria en un hospital/centro</b>	<b>En los proveedores participantes, usted paga</b>	
<b>Cirugía Ambulatoria y Otros Procedimientos</b>		
Profesional (Servicios quirúrgicos y no quirúrgicos)	20%	Coseguro
Centros (Servicios quirúrgicos y no Quirúrgicos)	20%	Coseguro
Servicios de exploración especializada (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20%	Coseguro
<b>Servicios de radiología</b>	\$75	Copago
<b>Pruebas de laboratorio</b>	\$40	Copago
<b>Trastorno de salud mental/conductual y uso de sustancias (servicios profesionales y en centros)</b>		
Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios	\$30	Copago
Tratamiento de salud conductual para el trastorno del espectro autista (ASD, por sus siglas en inglés)	\$30	Copago

<sup>5</sup> A menos que estos servicios de exámenes especializados se realicen mientras usted está en un entorno de hospitalización, se aplicará el monto de costos compartidos para estos servicios.

<b>Servicios hospitalarios para pacientes internados</b>	<b>En los proveedores participantes, usted paga</b>	
Arancel del hospital (p. ej. habitación) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico/quirúrgico</li> <li>• Cuidado de Maternidad</li> <li>• Servicios de salud mental y conductual</li> <li>• Trastorno por el uso de sustancias</li> </ul>	20%	Coseguro
<b>Honorarios del médico/cirujano profesional</b>	20%	Coseguro
Centro de enfermería especializada (limitada a 100 días por período de beneficio) <sup>6</sup>	20%	Coseguro
<b>Cuidado paliativo</b>	Sin cargo	

<sup>6</sup> Los servicios deben ser facturados por un proveedor participante del centro de enfermería especializada).

<b>Cobertura de medicamentos recetados<sup>7</sup></b>	<b>En proveedores participantes, usted paga</b>	
<b>Nivel 1</b>	\$15	Copago
<b>Nivel 2</b>	\$55	Copago
<b>Nivel 3</b>	\$80	Copago
<b>Nivel 4</b>	20%	Coseguro, hasta un máximo de \$250 por receta
<b>Medicamentos recetados pedidos por correo</b>	Se ofrece un suministro de hasta 90 días en dos veces el costo compartido de un medicamento recetado en una farmacia minorista durante un mes.	

<sup>7</sup> Para obtener una descripción consulte la sección **Cobertura de medicamentos recetados**. Costo compartido máximo de \$250 por un suministro de 30 días para medicamentos de quimioterapia de suministro oral, no se aplica deducible. La reducción del costo compartido para cualquier medicamento recetado que usted obtenga mediante el uso de una tarjeta de descuento o un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos recetados, o cualquier otra forma de asistencia en los costos compartidos de medicamentos recetados de terceros, no se aplicará a ningún deducible ni al gasto

máximo de bolsillo anual de su plan. Los costos compartidos para los medicamentos recetados cubiertos se limitan a no ser más que el precio de venta minorista de la farmacia.

<b>Servicios auxiliares</b>	<b>En los proveedores participantes, usted paga</b>	
<b>Equipo médico duradero</b>	20%	Coseguro
<b>Atención médica en el hogar</b> (limitada a 100 días por período de beneficios) <sup>8</sup>	20%	Coseguro
<b>Transporte médico de emergencia</b> (Ambulancia) (Los Servicios de emergencia médicamente necesarios están cubiertos para los proveedores participantes y no participantes).	\$250	Copago
<b>Transporte médico que no sea de emergencia</b> (ambulancia)	\$250	Copago

**8 Los servicios deben ser facturados por un organismo de proveedores participantes de atención médica en el hogar.** Puede aplicarse costos compartidos por separado para otros beneficios cubiertos que se prestan a domicilio (por ejemplo, medicamentos inyectables, equipo médico duradero, etc.).

<b>Otros servicios</b>	<b>En los proveedores participantes, usted paga</b>	
Servicios de diálisis	20%	Coseguro

Este contrato y evidencia de cobertura (también llamado “EOC” o “contrato”) y formulario de divulgación combinados de Molina Healthcare of California son emitidos por Molina Healthcare of California (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**Nosotros**”, “**Nuestros**” o “**Nosotros**”), para el suscriptor o miembro cuyas tarjetas de identificación se emiten con este Contrato. En consideración de las declaraciones hechas en cualquier solicitud requerida y el pago oportuno de Primas, Molina se compromete a proporcionar los Servicios Cubiertos como se describe en este contrato.

Este contrato, las enmiendas a este contrato, el Programa de beneficios aplicable para este producto y cualquier solicitud que se envíen a Molina Healthcare o a Covered California para obtener cobertura bajo este contrato, como la hoja de tarifas aplicable para este producto, se incorporan en este contrato por referencia y constituyen el contrato legalmente vinculante entre Molina Healthcare y el Suscriptor.

## **BIENVENIDO**

¡Bienvenido a Molina Healthcare!

Aquí en Molina, lo ayudaremos a satisfacer sus necesidades médicas. **Contrato y Evidencia de cobertura y Formulario de divulgación combinados de Molina Healthcare of California.** **NOTA PARA EL REVISOR:** Este documento se imprimirá en inglés y en español.

Para obtener información cuando sea necesario, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente llamando al número 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 miembro de Molina Healthcare, este contrato le dice qué servicios puede obtener. Si está pensando en convertirse en miembro de Molina Healthcare, este contrato puede ayudarla a tomar una decisión. Usted puede llamar a Molina Healthcare y solicitar su propia copia.

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

Podemos ayudarlo a comprender este Contrato Si tiene alguna pregunta acerca de cualquier disposición del presente Contrato, 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**

Customer Support Center  
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.**

Este documento se llama su “Contrato y Evidencia de cobertura y Formulario de divulgación combinados de Molina Healthcare of California” (su “Contrato” o Evidencia de cobertura [“EOC”, por sus siglas en inglés]). 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 Se detalla cómo ponerse en contacto con Molina. Lea cuidadosamente todo el contrato. Guárdelo en un lugar seguro donde pueda llegar rápidamente. Hay secciones para necesidades especiales de atención médica.

## **Molina está a su servicio.**

Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Molina. Nuestro personal servicial y amable estará encantado de ayudarlo. Podemos ayudarlo:

- Pedir un intérprete
- Revisar el estado de la autorización previa.
- Elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)
- Sacar turno
- Hacer 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 de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

Si se muda de la dirección que tenía cuando se inscribió en Molina o si cambia de número de teléfono, comuníquese con Covered California o Molina Healthcare al 1 (800) 300-1506.

## SU PRIVACIDAD

La privacidad de cada miembro es importante para nosotros Respetamos y protegemos su privacidad. Molina Healthcare usa y comparte su información para brindarle a usted beneficios de salud Molina Healthcare desea mantenerlo informado sobre cómo se usa y se comparte su información.

### Su Información médica protegida

PHI significa *información médica protegida*. PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por Molina Healthcare.

### ¿Por qué Molina Healthcare usa o comparte la PHI de nuestros miembros?

- Para proveerle tratamiento
- Para pagar la atención médica que recibe
- Para revisar la calidad de la atención médica que recibe
- Para informarle sobre sus opciones de atención médica
- Para administrar nuestro plan de salud
- Para utilizar o compartir la PHI para otros fines, conforme lo requerido o permitido por la ley.

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

Molina Healthcare necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado anteriormente.

### ¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Revisar su PHI
- Obtener una copia de su PHI
- Enmendar su PHI
- Poder pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras
- Obtener una lista de personas o lugares con quienes hemos compartido su PHI.

### ¿Cómo protege Molina Healthcare su PHI?

Molina Healthcare utiliza varios métodos para proteger la PHI a través de nuestro plan de salud. Esto incluye PHI en forma escrita, oral o en computadoras. A continuación, se presentan algunas maneras en las que Molina Healthcare protege su PHI:

- Molina Healthcare cuenta con políticas y reglas para proteger la PHI.
- Molina Healthcare limita quién puede ver la PHI. Solo el personal de Molina Healthcare que necesite conocer la PHI puede usarla.
- Se capacita al personal de Molina Healthcare para proteger y asegurar la PHI.
- El personal de Molina Healthcare debe aceptar de manera escrita seguir las reglas y políticas que protegen y aseguran la PHI.
- Molina Healthcare asegura la PHI en nuestras computadoras. La PHI en nuestras computadoras se mantiene en privado mediante el uso de firewalls y contraseñas.

**Lo mencionado anteriormente es solo un resumen. Nuestro Aviso sobre las normas de privacidad incluye más información sobre cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestro Aviso sobre las normas de privacidad se encuentra en la siguiente sección de este Contrato y en nuestro sitio web en [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com). También puede obtener una copia de nuestro Aviso sobre las normas de privacidad llamando a nuestro Centro de Atención al Cliente al 1 (888) 858-2150.**

## **AVISO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DE MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE. LÉALO CUIDADOSAMENTE.**

Molina Healthcare of California (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”) usa y comparte información médica protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud. Usamos y compartimos su información para realizar 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 el deber de mantener su información médica en privado y seguir los términos de este aviso. La fecha de vigencia de este aviso es el 1.º de enero de 2015.

**PHI** significa información médica protegida. PHI significa información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por Molina.

### **¿Por qué Molina Healthcare utiliza o comparte su PHI?**

Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

### **Para tratamientos**

Molina Healthcare puede usar o compartir su PHI para darle o facilitar su atención médica. Este tratamiento también incluye referencias entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un médico especialista. Esto ayuda a que el médico especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

### **Para pagos**

Molina Healthcare puede utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad del cobro que nosotros pagaríamos.

### **Para funciones de atención médica**

Molina Healthcare puede usar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamo para informarle a usted acerca de un programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver problemas de los miembros. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, pero no se limita a lo siguiente:

- Mejorar la calidad.
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como 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.
- Satisfacer las necesidades de los Miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.



Compartiremos su PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

### **¿Cuándo puede Molina Healthcare usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?**

La ley permite o requiere que Molina Healthcare use y comparta su PHI para varios otros propósitos, incluidos los siguientes:

#### **Requisitos legales**

Utilizaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). 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 usar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

#### **Supervisión de la atención médica**

Su PHI puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

#### **Investigación**

Su PHI se puede usar o compartir para actividades de salud pública.

#### **Cumplimiento de la ley**

Su PHI puede usarse o compartirse con la policía con el fin de ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

#### **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 de trabajadores.

#### **Divulgación con otros fines**

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

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

Molina Healthcare necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en esta notificación. Molina necesita su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia;

(2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que usted nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

### ¿Cuáles son sus derechos de información médica?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones para el uso o la divulgación de la PHI (compartir su PHI).**  
Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina Healthcare para hacer la solicitud.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales de PHI**  
Usted puede pedirle a Molina Healthcare que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina Healthcare para hacer la solicitud.
- **Revisar y copiar su PHI**  
Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para realizar cobertura, quejas y otras decisiones como miembro de Molina Healthcare. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina Healthcare para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de sus registros médicos. 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 incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina Healthcare para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.
- **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (compartir su PHI)**  
Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:
  - Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica;
  - A personas sobre su propia PHI.
  - La información compartida con su autorización.
  - La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
  - Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina Healthcare para hacer la solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Por favor llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 1(888) 858-2150.

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

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja ante Molina Healthcare y el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede realizar una queja en:

Customer Support Center  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802  
1 (888) 858-2150

### **Puede presentar una queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a la siguiente dirección:**

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

### **¿Cuáles son las obligaciones de Molina?**

Molina Healthcare debe hacer lo siguiente:

- Mantener su PHI en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso sobre nuestras obligaciones y normas de privacidad en relación con su PHI.
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su información médica protegida (PHI) no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones.
- Cumplir con los términos de este aviso.

**Este aviso está sujeto a modificaciones.**

**Molina Healthcare se reserva el derecho a cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este aviso. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, Molina publicará el aviso revisado en nuestro sitio web y enviará el aviso revisado, o bien enviará información acerca del cambio importante y de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por Molina.**

### **Información de contacto**

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

Customer Support Center  
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 veinticuatro (24) horas. No necesita que un menor de edad, amigo o miembro de la familia actúe como intérprete. Es posible que tenga algo para decir y que no quiera compartirlo 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 incorrecta sobre sus necesidades en cuanto al idioma, llame al número de teléfono gratuito del Centro de Atención al Cliente al 1 (888) 858-2150.

### **Llámenos si tiene alguna pregunta.**

Número gratuito del Centro de Atención 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 Atención al Cliente de Molina Healthcare al 1 (888) 858-2150.

## DEFINICIONES

Algunas de las palabras utilizadas en este Contrato no tienen su significado habitual. Los planes de salud usan estas palabras de una manera especial. Cuando utilizamos 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 esta sección de “Definiciones”.

“**Ley de atención asequible**” es la Ley de Protección al Paciente y de la Ley de Atención Asequible de 2010, modificada por la Ley de Reconciliación de la Educación y Cuidado de la Salud 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:* a menos que se requiera lo contrario por la ley o según lo acordado entre el proveedor no participante y Molina, la cantidad autorizada será el valor más alto de 1) la tarifa promedio contratada de Molina para tales servicios, 2) el 100% de la tarifa publicada de Medicare para tales servicios, o 3) el método usual y habitual de Molina para determinar el pago de tales servicios.

*Todos los demás servicios cubiertos recibidos de un proveedor no participante de conformidad con este Contrato:* esto significa el valor más bajo de lo siguiente: la tarifa contratada promedio de Molina para dicho servicio, el 100% de la tarifa publicada de Medicare por dicho servicio, la tasa usual y habitual de Molina para dicho servicio, o una cantidad negociada acordada por el proveedor no participante y Molina.

“**Máximo anual de gastos de su bolsillo**” (también conocido como “**OOPM**”) es la cantidad máxima de costos compartidos que usted tendrá para pagar por servicios cubiertos en un año calendario. La cantidad de OOPM se especificará en su Programa de beneficios. Los costos compartidos incluyen los pagos que realiza para cualquier deducible, copago o coseguro.

Los montos que paga por servicios que no son Servicios Cubiertos bajo este contrato no contarán para el OOPM.

El Programa de beneficios puede incluir un monto OOPM por cada individuo inscrito bajo este contrato y un monto OOPM por separado para toda la familia cuando hay dos o más Miembros inscritos. Cuando dos o más Miembros están inscritos en virtud de este Contrato:

- 1) Se alcanzará el OOPM individual, con respecto al suscriptor o a un dependiente en particular, cuando esa persona alcanza el monto de OOPM individual; o
- 2) el OOPM familiar se alcanzará cuando los Costos compartidos de su familia se sumen hasta el monto OOPM familiar.

Una vez que el Costo total compartido para el suscriptor o un Dependiente en particular se sume hasta llegar al monto OOPM individual, pagaremos el 100% de los cargos por los Servicios Cubiertos para ese individuo por el resto del año calendario. Una vez que el Costo compartido para dos o más miembros de Su familia se sumen hasta llegar al monto OOPM familiar, pagaremos el 100% de los cargos por Servicios Cubiertos por el resto del año calendario 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 proporcionar cobertura de beneficios solo a un niño menor de 21 años.

“**Coseguro**” es un porcentaje de los cargos por Servicios Cubiertos que usted debe pagar cuando recibe 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 enumeran en el Programa de beneficios. Algunos de los servicios cubiertos no tienen coseguro y pueden estar sujetos a un copago o deducible.

“**Copago**” es un monto específico en dólares que usted debe pagar cuando recibe los Servicios Cubiertos. Los copagos se enumeran 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 usted debe pagar por los Servicios Cubiertos bajo este contrato. El monto de Costos Compartidos que se le pedirá que pague por cada tipo de Servicio Cubierto se indica en el Programa de beneficios al principio 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**” se refiere a todos los servicios de atención médica, incluidos los suministros y medicamentos recetados cubiertos por este Contrato y que usted tiene derecho a recibir de Molina bajo este Contrato. Los servicios cubiertos incluyen todos los servicios básicos de atención médica que sean médicamente necesarios y los beneficios de salud esenciales (EHB, por sus siglas en inglés) de conformidad con la ley estatal y federal.

“**Deducible**” es el monto que debe pagar en un año calendario por los Servicios Cubiertos que recibe antes de que Molina Healthcare cubra esos servicios al Copago o Coseguro aplicable. El monto que usted paga de su Deducible se basa en las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el Proveedor Participante. Los deducibles se enumeran en el Programa de beneficios al principio de este contrato.

Por favor, consulte el Programa de beneficios para ver qué Servicios Cubiertos están sujetos al Deducible y el monto Deducible. Su producto puede tener montos Deducibles por separado para los Servicios Cubiertos especificados. En este caso, los montos pagados para un tipo de Deducible no pueden utilizarse para satisfacer un tipo diferente de Deducible.

Cuando Molina Healthcare cubre los servicios “sin cargo” sujetos al Deducible y usted no ha alcanzado su monto Deducible, debe pagar los cargos por los servicios. Sin embargo, para los servicios preventivos cubiertos por este Contrato que son incluidos en los Beneficios Esenciales de Salud, Usted no pagará ningún Deducible u otro Costo compartido por tales servicios preventivos cuando sean proporcionados por un Proveedor Participante.

Puede haber un deducible para un miembro individual y un deducible para toda una familia. Si usted es miembro de una familia de dos o más miembros, alcanzará el Deducible de la siguiente manera:

- Cuando alcance el Deducible para el Miembro individual; o
- Cuando Su familia alcance el Deducible para la familia.

Por ejemplo, si usted alcanza el Deducible para el Miembro individual, pagará el Copago o Coseguro aplicable para los Servicios Cubiertos por el resto del año calendario, pero cada uno de los demás Miembros de su familia debe continuar pagando el Deducible hasta que su familia alcance el Deducible para la familia.

“**Dependiente**” significa un miembro que cumple los requisitos de elegibilidad como dependiente, como se describe en este Contrato.

“**Formulario de medicamentos**” es la lista de medicamentos aprobados de Molina Healthcare que los médicos pueden pedir para usted.

“**Equipo médico duradero**” o “**DME**” es el equipo médico que sirve para fines médicos repetidos y está diseñado para su uso repetido. Por lo general, el DME no es útil para usted en la ausencia de una enfermedad o lesión y no incluye los accesorios principalmente para su comodidad o conveniencia. Los ejemplos incluyen los siguientes, entre otros: equipo de oxígeno, glucómetros, monitores de apnea, máquinas nebulizadoras, bombas de insulina, sillas de ruedas y muletas.

“**Emergencia**” o “**Afección médica de emergencia**” significa el inicio repentino de lo que razonablemente parece ser una afección médica que se manifiesta por síntomas de suficiente gravedad que incluyen dolor agudo, que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente resultar en lo siguiente:

- poner en grave peligro la salud del miembro;
- deterioro grave de las funciones corporales;
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
- desfiguración para la persona.

La Afección médica de emergencia también incluirá exámenes de detección, exámenes y evaluaciones adicionales por parte de un médico (u otro personal en la medida permitida por la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios) para determinar si existe una Afección médica de emergencia psiquiátrica. Una Afección médica de emergencia psiquiátrica significa un trastorno mental que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente que hace que el paciente sea cualquiera de los siguientes:

- Un peligro inmediato para sí mismo o para los demás.
- Inmediatamente incapaz de proveer, o utilizar, comida, refugio o ropa, debido al trastorno mental.

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

“**Servicios de emergencia**” o “**Servicios y atención de emergencia**” significa exámenes de detección médicos, exámenes y evaluaciones por parte de un médico o cirujano, o, en la medida en que lo permita la ley aplicable, por otras personas autorizadas apropiadas bajo la supervisión de un médico o cirujano, para determinar si existe una Afección médica de emergencia o un trabajo de parto activo y, si lo hace, la atención, el tratamiento y la cirugía, si se encuentran dentro del alcance de la licencia de esa persona, necesarios para aliviar o eliminar la afección 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 “**Servicios y atención de emergencia**” también significa un examen de detección, un examen y una evaluación adicionales por parte de un médico u otro personal en la medida permitida por la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios clínicos, para determinar si existe una afección médica de emergencia psiquiátrica, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la Afección médica de emergencia psiquiátrica, dentro de las posibilidades del centro. La atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar una Afección médica psiquiátrica de emergencia pueden incluir la admisión o traslado a una unidad psiquiátrica dentro de un hospital general de atención aguda o un hospital psiquiátrico agudo, según se define en la ley 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 esenciales de salud”** o **“EHB”** significa un conjunto estandarizado de beneficios de salud esenciales que Molina Healthcare le ofrece a usted o a sus dependientes, según lo determina la Ley de Atención Asequible. Los beneficios de salud esenciales cubren al menos las siguientes 10 categorías de beneficios:

- Atención para pacientes ambulatorios
- Servicios de emergencia
- Hospitalización
- Atención de maternidad y recién nacidos
- Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias. Esto incluye el tratamiento de salud conductual
- Medicamentos recetados
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y recuperación de las habilidades
- Servicios de laboratorio
- Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas
- Servicios pediátricos, que incluyen cuidado dental\* y cuidado de la visión para miembros menores de 19 años

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

**“Urgente”** significa que un miembro está sufriendo una afección de salud que puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del miembro para recuperar su función máxima o cuando un miembro está recibiendo un curso actual de tratamiento utilizando un medicamento que no está en el formulario.

**“Medicamento necesario”** o **“Necesidad médica”** significa servicios de atención médica que un proveedor, al ejercer un juicio clínico prudente, le daría a un paciente con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas. Esos servicios deben estar de contrato con normas de práctica generalmente aceptadas; ser clínicamente apropiados, en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración, y ser considerados eficaces para la enfermedad, lesión o afección del paciente; y no principalmente para la conveniencia del paciente o proveedor. Para estos propósitos, “normas generalmente aceptadas” significa normas que se basan en evidencia científica creíble publicada en la bibliografía revisada por pares generalmente reconocida por la comunidad de proveedores relevante, por recomendaciones de la sociedad de especialidades médicas, por las opiniones de proveedores que practican en áreas clínicas relevantes y cualquier otro factor relevante. Para estos propósitos, “proveedor” significa un proveedor médico con licencia, de salud mental, de trastorno de uso de sustancias o dental competente para evaluar los asuntos clínicos específicos relevantes, o un proveedor de servicios de autismo calificado que está autorizado, certificado o autorizado de otra manera conforme a la ley de California.

**“Molina Healthcare of California”** (“**Molina Healthcare**” o “**Molina**”) se refiere a la corporación con licencia para proporcionar servicios médicos y hospitalarios prepagados conforme a la Ley de Planes de Servicios de Atención Médica Knox-Keene de 1975, y que tiene contrato con Covered California. Este Contrato a 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 tiene información sobre sus beneficios. También se le llama **“EOC”** o **“Contrato”**.



“**Miembro**” (también “**usted**” o “**su**”) significa un individuo que es elegible y está inscrito conforme a este Contrato, y por quien hemos recibido las primas aplicables. El término incluye un dependiente y un suscriptor, a menos que el suscriptor sea un adulto responsable (el padre, la madre o el tutor legal) que solicita la cobertura solo para niños conforme a este Contrato en nombre de un niño menor de 21 años. En ese caso, el suscriptor será responsable de realizar los pagos de las primas y de costos compartidos para el miembro, y actuará como representante legal del miembro conforme a este producto, pero no será un miembro.

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

“**Obstetra/ginecólogo**” (también “**OB/GYN**”) significa un médico que es elegible o está certificado por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American Board of Obstetricians and Gynecologists) o por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos Osteópatas (American College of Osteopathic Obstetricians and Gynecologists).

“**Otro profesional**” se refiere a los proveedores participantes que proporcionan servicios cubiertos a los miembros dentro del alcance de su licencia, pero no son médicos de atención primaria o médicos especialistas.

“**Proveedor participante**” hace referencia a esos proveedores, incluidos hospitales y médicos que tienen contrato con Molina Healthcare para proporcionar servicios cubiertos a los miembros a través de este producto ofrecido y vendido a través de Covered California.

“**Primas**” significa cargos periódicos de membresía pagados por o en nombre de cada Miembro. Las primas se suman a los Costos compartidos.

“**Proveedor de atención primaria**” o “**PCP**” que ha identificado su designación profesional principal para nosotros como “**PCP**”, es el médico que se ocupa de sus necesidades de atención médica. Su PCP tiene su historial médico. Su PCP se asegura de que obtenga los servicios de atención médica necesarios. Un PCP puede derivarlo a médicos especialistas o a otros servicios. Un PCP puede ser uno de los siguientes tipos de médicos:

- Médico de familia o de medicina general que normalmente puede ver a toda la familia.
- Médico de medicina interna, que por lo general solo ve a adultos y niños de 14 años o más.
- Pediatra, que atiende a niños desde recién nacidos hasta los 18 o 21 años.
- Obstetras y ginecólogos (OB/GYN).
- Una asociación de práctica individual (individual practice association, IPA) o un grupo de médicos con licencia que proporciona servicios de atención primaria a través del PCP.

“**Autorización previa**” significa la determinación previa de Molina de la necesidad médica de los servicios cubiertos antes de que se presten dichos servicios a un miembro.

“**Referido**” significa el proceso por el cual el PCP del miembro le indica que busque y obtenga servicios cubiertos de otros proveedores.

“**Área de servicio**” se refiere al área geográfica en California donde Molina Healthcare ha sido autorizado por el Departamento de Atención Administrada de la Salud de California para comercializar productos individuales vendidos a través de Covered California, inscribir a los miembros que obtengan cobertura a través de Covered California y proporcionar beneficios a través de productos de salud individuales aprobados vendidos a través de Covered California.

“**Médico especialista**” significa cualquier médico con licencia, certificado por la junta directiva o elegible para la junta directiva que practique una especialidad, y que haya firmado un contrato y que haya identificado su designación profesional principal para nosotros como diferente de un “PCP”, para entregar los Servicios Cubiertos a los Miembros.

“**Cónyuge**” significa el marido o esposa legal del suscriptor. A los efectos de este Contrato, el término “Cónyuge” incluye al cónyuge del mismo sexo del suscriptor si el suscriptor y el cónyuge son una pareja que cumple con todos los requisitos de la Sección 308(c) del Código de Familia de California, o la pareja doméstica registrada del suscriptor que cumple con todos los requisitos de las Secciones 297 o 299.2 del Código de Familia de California.

“**Suscriptor**” significa:

- un individuo que es residente de California cumple con los requisitos de elegibilidad de este Contrato, está inscrito y es aceptado por Molina como suscriptor, y ha mantenido su membresía con Molina de contrato con los términos de este Contrato; o
- un adulto responsable (el padre, la madre o el tutor legal) que solicite la cobertura solo para niños bajo este Contrato en nombre de un niño menor de 21 años de edad, en cuyo caso el suscriptor será responsable de hacer los pagos de la prima y los costos compartidos por el miembro, y actuará como representante legal del miembro conforme a este Contrato.

A lo largo de este contrato, “usted” y “su” pueden ser utilizados para referirse a un Miembro o Suscriptor, según lo requiera el contexto.

“**Servicios de Telesalud y Telemedicina**” significa:

- Prestación de Servicios Cubiertos por un Proveedor Participante a través de la tecnología de conferencias de audio y video que permite la comunicación entre un Miembro en un sitio de origen y un Proveedor Participante en un sitio distante, lo que permite el diagnóstico o tratamiento de los Servicios Cubiertos.
- La comunicación no implica el contacto personal entre el Miembro y un Proveedor Participante. Durante la visita virtual, el miembro puede recibir apoyo en persona en el sitio de origen de otro personal médico para ayudar con el equipo técnico y las comunicaciones 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 las telecomunicaciones sin interacción en vivo, que se revisará en un momento posterior (a menudo denominada tecnología “Almacenamiento y reenvío”). Requisito: Al utilizar la tecnología “Almacenamiento y reenvío”, todos los servicios cubiertos también deben incluir una visita en persona a la oficina para determinar el diagnóstico o el tratamiento.

“**Servicios de atención médica urgente**” significa servicios de atención médica médicamente necesarios proporcionados en una sala de emergencias o después del horario de atención de un médico de atención primaria para afecciones médicas imprevistas debidas a enfermedades o lesiones, incluido el embarazo que no son potencialmente mortales, pero requieren atención médica rápida.

## ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

### ¿Cuándo comenzará mi membresía en Molina?

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

Para la cobertura durante el año calendario 2020, el período inicial de inscripción abierta comienza el 15 de octubre de 2019 y termina el 15 de enero de 2020. Su Fecha de Vigencia para la cobertura durante 2020 dependerá de cuándo usted presentó la solicitud:

- Si usted presentó la solicitud el 15 de diciembre de 2019 o antes, la Fecha de Vigencia de su cobertura es el 1.º de enero de 2020.
- Si presentó su solicitud entre el 16 de diciembre de 2019 y el 15 de enero de 2020, la fecha de entrada en vigencia de su cobertura es el 1.º de febrero de 2020.

Si no se inscribe durante un período de inscripción abierta, puede inscribirse durante un período de inscripción especial. Usted debe ser elegible conforme a los procedimientos especiales de inscripción establecidos por Covered California o Molina Healthcare, y su razón de elegibilidad debe ser verificada con documentación que sea aceptable para Covered California o Molina Healthcare. En tal caso, la fecha de entrada en vigencia de la cobertura será determinada por Covered California o Molina Healthcare. Sin limitar lo anterior, Covered California o Molina proveerán periodos de inscripción mensuales especiales para los indígenas de los EE. UU. o nativos de Alaska elegibles.

La Fecha de Vigencia para la cobertura de Nuevos Dependientes se describe a continuación en la sección titulada “Adición de nuevos Dependientes”.

### **¿Quién es Elegible?**

Para inscribirse y permanecer inscrito debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad establecidos por Covered California y Molina Healthcare. Los criterios de elegibilidad de California cubiertos se pueden encontrar en [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com). Molina requiere que usted viva o resida en nuestra Área de servicio para este producto. Para la cobertura solo para niños, el miembro debe tener menos de 21 años de edad, y el suscriptor debe ser un adulto responsable (padre, madre o tutor legal) que presente la solicitud en nombre del niño. Si ha perdido su elegibilidad, es posible que no pueda volver a inscribirse. Esto se describe en la sección titulada “¿Cuándo terminará mi membresía en Molina? (Terminación de los servicios cubiertos)”.

### **Dependientes**

Los suscriptores que se inscriban en este producto durante el periodo de inscripción abierta establecido por Covered California también pueden solicitar la inscripción de dependientes elegibles que cumplan 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 miembros de la familia se consideran Dependientes:

- Cónyuge
- Hijos: los hijos del suscriptor o los hijos de su cónyuge (incluidos los hijos e hijastro legalmente adoptados). Cada niño es elegible para solicitar la inscripción como dependiente hasta la edad de 26 años (la edad límite).
- Los nietos de los suscriptores generalmente no califican como dependientes del suscriptor a menos que sean agregados como hijos recién nacidos de un niño dependiente cubierto o de un miembro cubierto por la cobertura solo para niños en virtud de este Contrato. La cobertura para niños de un niño dependiente cubierto o de un miembro en virtud de la cobertura solo para niños terminará cuando el niño dependiente cubierto o el miembro en virtud de la cobertura solo para niños ya no sea elegible en virtud de este Contrato.

**Niño para crianza temporal:** un niño bajo tutela temporal no es elegible para la inscripción como dependiente.

**Parejas domésticas:** Si lo permite el mercado, una pareja doméstica del suscriptor puede inscribirse en este producto. La pareja doméstica debe cumplir con los requisitos de elegibilidad y verificación de parejas domésticas establecidos por Covered California o Molina Healthcare.

**Límite de edad para niños con discapacidades:** los niños que alcanzan los 26 años de edad son elegibles para continuar la inscripción como dependiente de la cobertura si se aplican cada una de las siguientes condiciones:

- El niño es incapaz de tener un empleo para mantenerse a sí mismo debido a una lesión, enfermedad o afección física o mentalmente incapacitante.
- El niño depende principalmente del Suscriptor para el apoyo y la manutención.

Un niño discapacitado puede permanecer cubierto por Molina como Dependiente. Esto se aplica siempre y cuando continúe la incapacidad. El niño debe inicialmente cumplir y seguir cumpliendo con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente.

**Adición de nuevos dependientes:** para inscribir a un dependiente que primero se convierte en elegible para inscribirse después de que usted esté inscrito como suscriptor (como un nuevo cónyuge, un hijo recién nacido, un hijo recién adoptado o dependiente de solo para niños), debe comunicarse con Covered California y presentar cualquier solicitud requerida, formularios e información solicitada para el dependiente. Las solicitudes para inscribir a un nuevo dependiente deben ser enviadas a la Covered California dentro de los sesenta (60) días calendario a partir de la fecha en que el dependiente se convirtió en elegible para inscribirse en Molina Healthcare.

**Cónyuge:** puede agregar un cónyuge siempre y cuando presente la solicitud durante el periodo de inscripción abierta.

También puede presentar la solicitud a más tardar sesenta (60) días calendario después de cualquier evento que se indica a continuación:

- El Cónyuge pierde la “cobertura mínima esencial” a través de:
  - programas patrocinados por el gobierno;
  - planes patrocinados por el empleador;
  - planes de mercado individuales; o
  - Cualquier otra cobertura designada como “cobertura esencial mínima” en cumplimiento con la Ley de Atención Médica Asequible.
- La fecha de su matrimonio.
- El Cónyuge, que antes no era ciudadano, nacional o individuo legalmente presente, obtiene esa condición.
- El Cónyuge se traslada permanentemente al área de servicio.

**Niños menores de 26 años:** puede agregar un Dependiente menor de 26 años, incluido un hijastro, siempre y cuando se presente la solicitud durante el periodo de inscripción abierta o durante un periodo no superior a sesenta (60) días calendario después de cualquier evento que aparezca a continuación:

- El niño pierde “cobertura mínima esencial” a través de programas patrocinados por el gobierno, planes patrocinados por el empleador, planes de mercado individual o cualquier otra cobertura designada como “cobertura mínima esencial”, según lo determine la Ley de Atención Asequible.
- El niño se convierte en Dependiente a través del matrimonio, el nacimiento, la adopción, la colocación para adopción, la manutención de los hijos u otra orden judicial.
- El niño, que antes no era ciudadano, nacional o individuo legalmente presente, obtiene esa condición.
- El niño se traslada permanentemente al área de servicio.

**Niño recién nacido:** La cobertura para un recién nacido es desde el momento del nacimiento. Sin embargo, si usted no inscribe al recién nacido dentro de sesenta (60) días calendario, el recién nacido está cubierto por solo treinta y un (31) días calendario (lo que incluye la fecha de nacimiento).

**Nota importante:** Las solicitudes de recién nacidos para los servicios cubiertos elegibles se procesarán como parte de las reclamaciones de la madre y cualquier monto de deducible o máximo anual de gastos de su bolsillo alcanzado a través del procesamiento de las reclamaciones de un recién nacido se acumulará como parte del deducible y máximo anual de gastos del bolsillo de la madre. Sin embargo, si se recibe un expediente de inscripción para el recién nacido durante los primeros treinta y un (31) días calendario, el recién nacido será agregado como Dependiente a partir de la fecha de nacimiento, y cualquier reclamación incurrida por el recién nacido será procesada como parte de los reclamos del recién nacido, y cualquier monto de deducible o máximo anual de gastos de su bolsillo que se alcance a través del procesamiento de estas reclamaciones se acumulará como parte del deducible individual o máximo anual de gastos del bolsillo del recién nacido (es decir, no está por debajo del Deducible de la madre inscrita y del Máximo Anual de Gastos del Bolsillo).

**Niño adoptado:** Si usted adopta a un niño o le dan un niño en adopción, entonces el niño es elegible para la cobertura bajo este contrato. El niño puede ser agregado a este Contrato durante el periodo de inscripción abierta, dentro de los sesenta (60) días calendario de la adopción del niño o dentro de los sesenta (60) días calendario de la colocación del niño con Usted para su adopción. La cobertura del niño será efectiva en la fecha de adopción, colocación para adopción o según lo determine de otra manera [Covered California](#), de contrato con las leyes [y regulaciones](#) estatales y federales aplicables.

**Interrupción de los servicios cubiertos para dependientes:** Los Servicios cubiertos para Su Dependiente serán interrumpidos:

- Al final del año en que el niño dependiente cumpla los 26 años, a menos que el niño tenga una discapacidad y cumpla con los criterios especificados. Consulte la sección titulada “límite de edad para niños con discapacidades”. Un niño Dependiente inscrito que alcance los 26 años de edad durante un año de beneficios puede permanecer inscrito como dependiente hasta el final de ese año de beneficios. La cobertura de dependencia terminará el último día del año de beneficios durante el cual el niño Dependiente se vuelva no elegible”.
- La fecha en que el Cónyuge Dependiente presenta una sentencia de divorcio definitiva, anulación o disolución del matrimonio del suscriptor.

**Elegibilidad continua:** Un miembro ya no será elegible para este producto en los siguientes casos:

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

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

## TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO

Usted obtiene una tarjeta de identificación de miembro (tarjeta de identificación) de Molina Healthcare. Emitiremos una tarjeta de identificación dentro de diez (10) días hábiles después de que haga su primer pago. Lleve su tarjeta de identificación consigo en todo momento. Debe mostrar su tarjeta de identificación cada vez que reciba atención médica.

Si pierde su tarjeta de identificación, puede obtener una tarjeta de identificación temporal en **MyMolina.com**, y puede solicitar una nueva tarjeta de identificación en **MyMolina.com** o llamando a Molina al número gratuito 1 (888) 858-2150. Estaremos encantados de enviarle una nueva tarjeta. Llámenos si tiene preguntas sobre cómo usar sus beneficios de atención médica.

### **¿Qué hago primero?**

Mire Su tarjeta de identificación. Compruebe que su nombre y fecha de nacimiento sean correctos. Su tarjeta de identificación contiene información básica De Costo compartido, sin incluir información Deducible, para su uso por parte de los proveedores. Su tarjeta de identificación contiene la siguiente información:

- Su nombre (miembro)
- Su número de identificación de miembro (número de identificación)
- Su fecha de nacimiento (date of birth, DOB)
- El número gratuito de la línea de consejos a la enfermera de 24 horas de Molina
- El número gratuito de la línea de consejos de enfermeras para los miembros de habla española
- Número gratuito para preguntas relacionadas con la receta
- El identificador para el beneficio de medicamentos con receta de Molina
- El número gratuito de hospitales para notificar a Molina las admisiones de nuestros Miembros
- El número gratuito de salas de emergencias para notificar a Molina sobre las visitas a la sala de nuestros Miembros

Su tarjeta de identificación es utilizada por proveedores de atención médica como su PCP, farmacéutico, hospital y otros proveedores de atención médica para determinar su elegibilidad para servicios a través de Molina Healthcare. Al acceder a la atención, es posible que se le pida que presente su tarjeta de identificación antes de que se proporcionen los servicios.

## **ACCESO A LA ATENCIÓN**

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

(Elección de médicos y proveedores; Instalaciones)

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA QUE SEPA DE QUIÉN O QUÉ GRUPO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE LOS PROVEEDORES PUEDEN SER OBTENIDOS.**

Su Directorio de proveedores incluye una lista de los proveedores y hospitales Participantes que están disponibles para Usted como miembro de Molina Healthcare. Puede visitar el sitio web de Molina en [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com) para ver nuestra lista en línea de los proveedores Participantes. Puede llamar a nuestro Centro de atención al cliente para solicitar una copia en papel.

Excepto en una emergencia, la primera persona que usted debe llamar para cualquier atención médica es Su PCP.

Si necesita servicios de hospital o similares, debe ir a un centro de atención médica que sea un proveedor Participante. Para más información sobre qué centros están con Molina o dónde están ubicados, llame a Molina al número gratuito 1 (888) 858-2150. Usted puede recibir Servicios de emergencia o Servicios de atención Urgente fuera de la zona en cualquier sala de emergencias, donde quiera que se encuentre.

En general, usted debe recibir los Servicios Cubiertos de los Proveedores participantes; de lo contrario, los servicios no están cubiertos, usted será 100% responsable del pago al Proveedor no participante, y los pagos no se aplicarán a su máximo anual de gastos de bolsillo. Sin embargo, puede recibir servicios de un Proveedor No Participante:

1. 1. Para los Servicios de emergencia de contrato con la sección del Contrato titulada “Servicios de emergencia y Servicios de atención Urgente”.
2. Para los Servicios de atención De Urgencia fuera de la zona, de conformidad con la sección del Contrato titulada “Servicios de emergencia y Servicios De atención De Urgencia”.
3. Para las excepciones descritas en la sección de este contrato titulada “¿Qué pasa si no hay un Proveedor Participante para proporcionar un Servicio Cubierto?”
4. 4. Para las excepciones descritas en la sección de este Contrato titulada “Proveedor No Participante en una instalación de proveedores Participantes”.

## Servicios de Telesalud y Telemedicina

Usted puede obtener ciertos servicios cubiertos que se proporcionan a través de la telesalud. El contacto en persona entre usted y el médico no es requerido para estos servicios, y el tipo de establecimiento donde estos servicios son proporcionados no es limitado. 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 Telesalud y Telemedicina:

- Los servicios deben obtenerse de un Proveedor Participante.
- Los servicios están destinados a ser utilizados cuando se necesita atención ahora para asuntos médicos que no sean de emergencia.
- Los servicios son un método de acceso a los Servicios Cubiertos, y no un beneficio separado.
- Los servicios no están permitidos cuando el Miembro y el Proveedor Participante están en la misma ubicación física.
- Los servicios no incluyen solo mensajes de texto, fax o correo electrónico.
- El costo compartido de los miembros se muestra en su Programa de beneficios.
- Los Servicios cubiertos proporcionados a través de la tecnología Almacenamiento y reenvío deben incluir una visita en persona a la oficina para determinar el diagnóstico o el tratamiento. Consulte la sección “Definición” para obtener una explicación.

Aquí hay una tabla para ayudarlo a aprender a dónde ir para los servicios médicos. Los servicios que puede necesitar aparecen en los casilleros de la izquierda. Para encontrar el servicio que necesita, mire justo a la derecha del casillero y encontrará a dónde ir.

<b>TIPO DE AYUDA QUE NECESITA:</b>	<b>A DÓNDE IR. A QUIÉN LLAMAR.</b>
<b>Servicios de emergencia</b>	Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias.  Incluso si se encuentra fuera de la red o del área de servicio de Molina Healthcare, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana para recibir atención de emergencia.
<b>Servicios de atención médica urgente</b>	Llame a Su PCP o a la línea de consejos de enfermeras las 24 horas de Molina Healthcare al número gratuito 1 (888) 275-8750 o, para español, al 1 (866) 648-3537 para obtener instrucciones. Para los Servicios de atención Urgente fuera de la zona, también puede ir a la sala de emergencias más cercana.
<b>Un examen físico, una visita de bienestar o inmunizaciones</b>	Vaya a su PCP
<b>Tratamiento para una enfermedad o lesión que no sea una emergencia</b>	Vaya a su PCP
<b>Servicios de planificación familiar, como:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pruebas de embarazo</li> <li>• anticonceptivos</li> </ul>	Vaya a cualquier Proveedor Participante de su elección. No necesita una autorización previa para obtener estos servicios.

TIPO DE AYUDA QUE NECESITA:	A DÓNDE IR. A QUIÉN LLAMAR.
• esterilización	
<b>Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS)</b>	Vaya a cualquier Proveedor Participante de su elección. No necesita una autorización previa para obtener estos servicios.
<b>Para ver a un obstetra/ginecólogo</b> (médico de la mujer)	Las mujeres pueden acudir a cualquier proveedor Participante de obstetricia/ginecología sin una remisión o autorización Previa. Consulte a su médico o llame al Centro de atención al cliente de Molina Healthcare si no conoce a un ginecólogo/obstetra.
<b>Para la evaluación de la salud mental o el trastorno por consumo de sustancias</b>	Vaya a un proveedor Participante de salud mental. Usted no necesita un referido o autorización Previa para obtener una evaluación de la salud mental o del trastorno de uso de sustancias.
<b>Para la terapia de salud mental o de trastorno por uso de sustancias</b>	Vaya a un proveedor Participante de la salud mental/conductual o trastorno por consumo de sustancias. No necesita una remisión. No necesita una autorización previa para obtener estos servicios.
<b>Para consultar a un médico especialista</b> (por ejemplo, un médico especialista en cáncer o un médico del corazón)	Vaya primero a su PCP. Su médico le dará un referido si es necesario. Si necesita Servicios de emergencia o Servicios De atención Urgente, obtenga ayuda como se indica en atención de emergencia o Servicios De atención Urgente arriba.
<b>Para someterse a cirugía</b>	Vaya primero a su PCP. Su médico le dará un referido si es necesario. Si necesita Servicios de emergencia y Servicios De atención Urgente, obtenga ayuda como se indica en atención de emergencia o Servicios De atención Urgente arriba.
<b>Para obtener una segunda opinión</b>	Se requiere autorización previa. Consulte la sección de este Contrato titulada, “Segundas Opiniones”.
<b>Para ir al Hospital</b>	Vaya primero a su PCP. Su médico le dará un referido si es necesario. Si necesita Servicios de emergencia o Servicios De atención Urgente, obtenga ayuda como se indica en atención de emergencia o Servicios De atención Urgente arriba.
<b>Atención después del horario de atención</b>	Llame A Su PCP para obtener un referido a una clínica fuera del horario de atención u otro centro de atención apropiado. También puede llamar gratis a la línea de Consejos de Enfermeras de Molina Healthcare al 1 (888) 275-8750 o, para español, al 1 (866) 648-3537. Usted también tiene el derecho a servicios de intérprete sin costo alguno para ayudarlo a recibir atención después del horario de atención. Llame gratis al 1 (888) 858-2150.

### ¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un **proveedor de atención primaria** (o **PCP**) 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 tiene que ir a la sala de emergencias a menos que crea que tiene una condición de emergencia.

Usted puede pensar que no debe ver a su PCP hasta que esté enfermo. Eso no es cierto.

Conozca a su PCP incluso cuando esté bien. Vaya para los chequeos anuales para permanecer sano. Vaya a su PCP para ver los chequeos, las pruebas y los resultados de pruebas, las vacunas y cuándo está enfermo. Acudir a su PCP para realizarse chequeos permite que los problemas se encuentren temprano. Si necesita atención especial, su PCP lo ayudará a obtenerla. Su PCP y usted trabajan juntos para que se mantenga saludable.

Si desea saber más sobre su PCP u otros médicos de Molina Healthcare, llámenos. El número gratuito del Centro de Atención al Cliente de Molina es 1 (888) 858-2150. Podemos darle información sobre las



calificaciones de su médico, como:

- Escuela de medicina a la que asistió
- Residencia completada
- Estado de certificación de la junta
- Idiomas que su médico habla

### **Elección de su médico (elección del médico y los proveedores)**

Para que Su atención médica esté cubierta bajo este producto, Sus servicios de atención médica deben ser proporcionados por los proveedores Participantes de Molina Healthcare (médicos, hospitales, médicos especialistas o clínicas médicas), excepto en el caso de los Servicios de emergencia o los Servicios de atención Urgente fuera de área. Consulte “Servicios de emergencia y Servicios de atención Urgente” para obtener más información.

Nuestro Directorio de proveedores lo ayudará a comenzar a tomar decisiones sobre su atención médica. Usted encontrará una lista de médicos y hospitales que están disponibles bajo el plan de salud de Molina. También aprenderá algunos consejos útiles sobre cómo utilizar los servicios y beneficios de Molina. Visite el sitio web de Molina en [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com) y haga clic en Find a Doctor or Pharmacy (Encontrar un médico o una farmacia) para obtener más información o puede llamar a Molina Healthcare al número gratuito 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.
- Calificaciones profesionales (por ejemplo, certificación de la junta)
- También puede averiguar si un proveedor Participante está tomando nuevos pacientes. Esto incluye médicos, Especialistas médicos, hospitales o clínicas médicas.

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

Es fácil elegir un PCP. Simplemente use nuestro Directorio de proveedores para seleccionar de una lista de médicos. Posiblemente desee elegir un médico que vea a toda su familia. Alternativamente, puede elegir un médico para Usted y otro para los miembros de su familia.

Su PCP lo conoce bien y se ocupa de todas sus necesidades médicas. Elija un PCP tan pronto como pueda. Es importante que se sienta cómodo con el PCP que elija.

Llame y programe su primera visita para conocer a su PCP. Si necesita ayuda para hacer una cita, llame gratis a Molina Healthcare al 1 (888) 858-2150. Molina Healthcare también puede ayudarlo a encontrar un PCP. Díganos qué es importante para usted en la elección de un PCP. Nos complacerá ayudarlo. Llame al Centro de atención al Cliente si desea más información sobre su médico.

### **¿Qué pasa si no elijo un proveedor de atención primaria?**

Molina le pide que seleccione un PCP dentro de los treinta (30) días siguientes a su ingreso a Molina. Sin embargo, si no elige un PCP, nosotros elegimos uno para usted.

### **Cambiar de médico**

*¿Qué pasa si deseo cambiar a mi proveedor de atención primaria?*

Usted puede cambiar a su proveedor de atención primaria (PCP) en cualquier momento. Todos los cambios realizados para el día 20 del mes entrarán en vigor el primer día del siguiente mes calendario. Todos los cambios realizados el día 26 o después de dicho día entrarán en vigencia el primer día del mes calendario subsiguiente. Primero, visite a su médico. Conozca a su PCP antes de cambiar. Una buena relación con su PCP es importante para su atención médica. Llame al Centro de atención al cliente si desea más información sobre su médico de Molina.

*¿Puede mi proveedor de atención primaria solicitar que cambie a otro proveedor de atención primaria?*  
Su PCP puede solicitar que se le cambie a un PCP diferente por cualquiera de las siguientes razones:

- No está siguiendo instrucciones médicas (comportamiento no conforme).
- Se comporta de forma ofensiva, amenazante o violenta.
- Se quebró la relación médico-paciente.

*¿Cómo cambio mi proveedor de atención primaria?*

Llame gratis a Molina Healthcare al 1 (888) 858-2150, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. También puede visitar el sitio web de Molina en [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com) para ver nuestra lista de médicos en línea. Déjenos ayudarlo a hacer el cambio.

A veces, es posible que no pueda obtener el PCP que desea. Esto puede suceder por los siguientes motivos:

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

### **¿Qué pasa si mi médico u hospital ya no está con Molina?**

Si ya es miembro y si Su médico (PCP o médico especialista) o un hospital ya no está con Molina, le enviaremos una carta para informarle. La carta le dirá cómo le afecta el cambio. Si su PCP ya no está con Molina Healthcare, puede elegir otro médico. Si quiere un médico diferente, puede elegir uno. Nuestro personal del Centro de atención al Cliente de Molina puede ayudarlo a elegir.

Si usted es asignado a un PCP u hospital que está terminando un contrato con Molina, entonces Molina le proporcionará un aviso por escrito con sesenta (60) días calendario de anticipación informándole de la terminación del contrato entre Molina y el PCP o el hospital de atención aguda. Si usted ha estado recibiendo atención de un médico u hospital que está terminando un contrato con Molina Healthcare, usted puede tener el derecho de mantener el mismo médico o recibir atención en el mismo hospital por un periodo de tiempo determinado. Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Molina Healthcare. Si tiene más preguntas, se le recomienda que se ponga en contacto con el Departamento de Atención Administrada de la Salud, que protege a los consumidores de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), al número gratuito, 1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o al número TDD para personas sordas o con problemas de audición, sin costo, al 1 (877) 688-9891, o en línea en [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov).

### **Continuidad de la atención**

Si usted está recibiendo tratamiento por una de las afecciones enumeradas a continuación y Su médico o el hospital del que estaba recibiendo tratamiento ya no es un Proveedor Participante con Molina Healthcare, puede pedir permiso de Molina Healthcare para permanecer con el médico o el hospital que está viendo ahora para la continuidad de la atención.

Las siguientes condiciones pueden ser elegibles para la continuidad del cuidado:

- Tiene una afección crónica grave. “**Enfermedad crónica grave**” se refiere a una condición médica debida a una enfermedad, afección u otro problema o trastorno médico de naturaleza grave, y que presenta cualquiera de las siguientes características:
  - Persiste sin cura completa o empeora durante un período prolongado.
  - Requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir que empeore.
 Si usted tiene Una Enfermedad crónica Grave, puede permanecer con el médico o el hospital hasta por 12 meses.
- Si está embarazada. Usted puede permanecer con el médico o el hospital durante el embarazo. La duración de su embarazo incluye los tres trimestres del embarazo y el período inmediatamente posparto.
- Tiene una afección aguda. “**Afección aguda**” significa una condición médica que involucra un inicio repentino de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica rápida y que tiene una duración limitada. Usted puede permanecer con el médico u hospital durante la duración de la afección aguda.
- Su hijo es un recién nacido o un niño de hasta 36 meses de edad. Su hijo puede permanecer con el médico o el hospital hasta por 12 meses.
- Tiene una enfermedad terminal. Usted puede permanecer con el médico o el hospital por la duración de la enfermedad.
- Usted ha recibido autorización Previa para una cirugía u otro procedimiento a realizarse dentro de los ciento ochenta (180) días naturales de la fecha en que su médico u hospital ya no estará con Molina Healthcare.

La elegibilidad para la continuidad de la atención no se basa estrictamente en el nombre de Su afección.

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

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

Si usted es un Miembro recién inscrito y Su cobertura previa fue terminada porque Su plan previo retiró ese producto de cualquier porción del mercado o el plan dejó de vender productos en cualquier porción del mercado, se aplica el derecho a la continuidad temporal de la atención, como se describió anteriormente.

### **Transición de la atención**

Molina proporciona los servicios cubiertos Medicamente Necesarios en su fecha de entrada en vigencia o después de dicha fecha de cobertura con Molina, no antes. Una aseguradora previa (si no hubo interrupción en la cobertura antes de inscribirse en Molina), puede ser responsable de la cobertura hasta que su cobertura sea efectiva con Molina.

Después De Su fecha de entrada en vigencia con Molina, a su petición, podemos permitirle seguir recibiendo servicios cubiertos Medicamente Necesarios para un curso continuo de tratamiento hasta su finalización con un Proveedor No Participante. Podemos coordinar la prestación de servicios cubiertos con cualquier Proveedor No Participante (médico u hospital) en su nombre para la transición de registros médicos, gestión de casos y coordinación de transferencia a un Proveedor Participante de Molina.

#### *Para servicios hospitalarios para pacientes internados:*

Con su ayuda, Molina puede llegar a cualquier asegurador previo (si es aplicable) para determinar la responsabilidad de Su asegurador previo por el pago de los servicios de hospital para pacientes hospitalizados a través del alta de cualquier ingreso para pacientes hospitalizados. Si no hay una transición de la provisión de cuidado a través de su Aseguradora anterior o no tenía cobertura a través de

una Aseguradora en el momento de la admisión, Molina asumiría la responsabilidad de los Servicios Cubiertos en la fecha efectiva de su cobertura con Molina, no antes.

### **¿Qué pasa si no hay un proveedor participante que proporcione un servicio cubierto?**

Si no hay un Proveedor Participante que pueda proporcionar un Servicio Cubierto que no sea de emergencia, puede solicitar autorización Previa para obtener el Servicio Cubierto a través de un Proveedor No Participante de la misma manera y sin un costo mayor que los mismos servicios cubiertos cuando los proveedores Participantes lo presten. Además, en caso de que Molina se vuelva insolvente o descontinúe las operaciones, los proveedores Participantes seguirán prestando servicios cubiertos en determinadas circunstancias.

### **Proveedor No Participante en una instalación De Proveedor Participante**

Usted puede recibir servicios cubiertos de una instalación De Proveedor Participante en la cual, o como resultado de ello, usted recibe servicios proporcionados por un Proveedor no Participante. De ser así, usted no pagará más del mismo Costo compartido que usted pagaría por los mismos Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor Participante.

### **Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas**

**Si usted tiene preguntas o preocupaciones acerca de la salud De Usted o De Su familia, llame A Nuestra línea De Consejos de Enfermeras las 24 horas al 1 (888) 275-8750 o, para español , al 1 (866) 648-3537. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711. Personal de Enfermeras registrado la línea De Asesoría de Enfermeras. Los miembros pueden llamar las 24 horas del día, los 365 días del año.**

### **Acceso Oportuno A La Atención**

El consultorio de su médico debe darle una cita en los marcos de tiempo que se indican a continuación. Se pueden aplicar excepciones a estas normas de acceso oportuno si el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) ha encontrado que las excepciones son permisibles.

<b>Tipo De Cita</b>	<b>Acceso estándar</b>
Citas de atención urgente que no requieren autorización Previa (Incluye atención primaria o médico especialista)	Dentro de 48 horas
Citas de atención urgente que requieren autorización Previa (Incluye atención primaria o médico especialista)	Dentro de 96 horas
Citas no urgentes para atención primaria	Dentro de los 10 días hábiles
Citas no urgentes con un médico especialista	Dentro de los 15 días hábiles
Citas no urgentes con proveedores de atención de salud mental no médicos	Dentro de los 10 días hábiles
Citas no urgentes para servicios auxiliares para el diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otras condiciones de salud	Dentro de los 15 días hábiles
Tiempo de espera de triaje telefónico	No debe exceder los 30 minutos

Molina puede ayudarle a hacer una cita y le ofrecemos servicios de intérprete sin costo alguno, las 24 horas del día. Llame al número gratuito 1 (888) 858-2150.

## **AUTORIZACIÓN PREVIA**

### **¿Qué es una Autorización Previa?**

Una **autorización Previa** es una aprobación de Molina para un servicio de atención médica solicitado, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico duradero. Una 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 juntos para determinar la necesidad médica de los Servicios Cubiertos antes de otorgarle la atención o el servicio. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).

**No necesita una autorización previa para obtener los siguientes servicios:**

- Diálisis (sólo notificación; no se requiere autorización Previa; por favor notifique a Molina antes de que se presten los servicios)
- Servicios de atención de emergencia o urgente
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de recuperación de las habilidades
- Los siguientes servicios de rehabilitación:
  - Terapia cardíaca
  - Terapia pulmonar
- Atención hospitalaria (sólo notificación)
- Pruebas y asesoramiento sobre el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Servicios para enfermedades de transmisión sexual
- Servicios De Visita De La Oficina De Salud Mental Para Pacientes Ambulatorios:
  - Evaluación y tratamiento de salud mental individual y en grupo
  - Evaluación de diagnóstico psiquiátrico
  - Servicios ambulatorios para fines de la terapia con medicamentos
  - Programas Ambulatorios Intensivos (Intensive Outpatient Programs , IOP)
- Tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias:
  - Asesoramiento individual y grupal sobre el trastorno por consumo de sustancias
  - Evaluación y tratamiento individual del trastorno por consumo de sustancias
  - Tratamiento grupal para el trastorno de abuso de sustancias
  - Servicios ambulatorios para fines de la terapia con medicamentos
  - Programas Ambulatorios Intensivos (Intensive Outpatient Programs , IOP)
- Procedimientos basados en el consultorio
- Embarazo y parto (solo notificación; no se requiere autorización Previa; notifique a Molina antes de que se presten los servicios)

**Debe obtener autorización Previa para los siguientes servicios, excepto los Servicios de emergencia o los Servicios De atención Urgente:**

- Ingreso en un hospital o centro de atención ambulatoria para atención dental
- Todos los ingresos de pacientes hospitalizados
- Ensayos clínicos aprobados
- Referido para Cirugía bariátrica y cirugía
- Ciertos Servicios del Centro de Cirugía Ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)\*
- Equipo médico duradero
- Terapia genética (la mayoría de la terapia genética no está cubierta. Molina cubre servicios limitados de terapia genética de contrato con nuestras políticas médicas, sujetos a autorización previa.)
- Asesoramiento y pruebas genéticas
- Medicamentos inyectables y medicamentos no incluidos en el Formulario de medicamentos de Molina
- Servicios hospitalarios ambulatorios
- Servicios de salud mental:
  - Servicios de salud mental y del comportamiento para pacientes hospitalizados

- Hospitalización parcial
- Tratamiento durante el día
- Terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT)
- Pruebas neuropsicológicas y psicológicas
- Tratamiento de salud conductual para el trastorno del espectro autista (Autism Spectrum Disorder, ASD)
- Tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias:
  - Servicios para pacientes hospitalizados
  - Hospitalización parcial
  - Tratamiento durante el día
  - Servicios de desintoxicación
- Servicios hospitalarios ambulatorios
- Procedimientos cosméticos, plásticos y reconstructivos (en cualquier entorno)
- Dispositivos ortóticos y protésicos personalizadas y férulas. Algunos ejemplos son:
  - Cualquier tipo de silla de ruedas
  - Dispositivo auditivo implantado
  - Vehículos para personas con movilidad reducida
  - Zapatos o soportes de zapatos
  - Férulas especiales
- Cantidades de medicamentos que superan el límite de suministro diario
- Procedimientos experimentales o de investigación
- Atención de salud en el hogar y terapia de infusión en el hogar - Después de siete (7) visitas para pacientes ambulatorios y en el hogar
- Terapia hiperbárica
- Imágenes y pruebas especiales. Algunos ejemplos son:
  - TC (tomografía computarizada)
  - IRM (Imágenes por Resonancia Magnética)
  - MRA (Angiografía por Resonancia Magnética)
  - Exploración por TEP (tomografía por emisión de positrones)
- Pruebas genéticas médicamente Necesarias
- Cuidados y procedimientos para el manejo del dolor, excepto inyecciones de punto reflexógenos
- Radioterapia y cirugía de radio
- Los siguientes Servicios de Rehabilitación para entornos de consulta y ambulatorios:
  - Terapia Física (después de la evaluación inicial más doce [12] visitas)
  - Terapia ocupacional (después de la evaluación inicial más doce [12] visitas)
  - Terapia del habla (después de la evaluación inicial más seis [6] visitas)
- Segunda opinión de proveedores no Participantes (Consulte la sección de este Contrato titulada, “Segundas Opiniones”)
- Servicios prestados por un Proveedor No Participante
- Estudios de sueño (excepto estudios de sueño a domicilio)
- Medicamentos farmacéuticos especiales (orales e inyectables)
- Evaluación de trasplantes y servicios relacionados, incluidos órganos sólidos y médula ósea (el trasplante de córnea no requiere autorización previa)
- Mantenedores de espacio bajo beneficio del Servicio Preventivo Dental Pediátrico\*
- Aparatos dentales pediátricos cuando Sean Médicamente Necesarios\*
- Retenedores dentales pediátricos\*
- Ambulancia Aérea que no es de Emergencia
- Cualquier otro servicio listado como que requiere autorización previa en este Contrato.

\* Consulte el Apéndice Dental Pediátrico para obtener una gama completa de Servicios dentales pediátricos.

La lista anterior de servicios que requieren autorización Previa está sujeta a cambios. Usted debe

confirmar los requisitos de autorización Previa antes de recibir servicios llamando al 1 (888) 858-2150.

Molina Healthcare podría denegar una solicitud de autorización Previa. Usted puede apelar esa decisión como se describe a continuación. Si Usted y Su proveedor deciden proceder con el servicio que se le ha negado, usted puede tener que pagar el costo de esos servicios.

Las decisiones de autorización previa y las notificaciones de medicamentos que no figuran en el Formulario de medicamentos de Molina se proporcionarán tal como se describe en la sección de este Contrato titulada “acceso a medicamentos Que No Están En El Formulario”.

Las aprobaciones se dan según la necesidad médica. Estamos aquí para ayudarlo, si tiene preguntas sobre cómo se aprueba un determinado servicio, llámenos. Podemos explicarle cómo se toma ese tipo de decisión. El número de teléfono es 1(888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

Las solicitudes de autorización Previa de rutina se procesarán dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina Healthcare para realizar la determinación, y no más de catorce (14) días calendario a partir de la recepción de la solicitud. Las condiciones médicas que pueden causar una amenaza seria a Su salud se procesan dentro de setenta y dos (72) horas a partir de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina Healthcare para hacer la determinación o, si es más corto, el periodo de tiempo requerido bajo la Sección 2719 de la Ley Federal de Servicios de Salud Pública y las reglas y regulaciones subsecuentes emitidas bajo ella.

Negaremos una autorización previa si no recibimos la información que pedimos. Si una solicitud de servicio no es Medicamento Necesaria, puede ser negada. Si no es un Servicio Cubierto, puede ser negado. Usted recibirá una carta informándole por qué fue negada. Usted o su médico pueden apelar la decisión. La carta le indicará cómo hacerlo. Estas instrucciones se encuentran en la sección de este Contrato titulada “Quejas y apelaciones”.

### **Aprobaciones Permanentes**

Usted puede tener una condición o enfermedad que requiera atención médica especial durante un largo periodo de tiempo. Es posible que necesite una aprobación permanente. Su condición o enfermedad puede ser potencialmente mortal. Puede empeorar. Podría causar discapacidad. Si esto es verdad, usted puede necesitar una aprobación permanente a un médico especialista. Usted puede necesitar uno para un centro de atención especial. Tienen la experiencia para tratar Su condición.

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

Si cree que No se han satisfecho sus necesidades, consulte el proceso de quejas de Molina. Estas instrucciones se encuentran en la sección “Quejas y apelaciones”.

### **Segundas Opiniones**

Usted o Su PCP tal vez quieran que un segundo médico revise su condición. Esto puede ser un PCP o un médico especialista. Este médico examina su historial médico. El médico puede verlo en su consulta. Este nuevo médico puede sugerir un plan de atención. Esto se llama una segunda opinión.

Para obtener una aprobación permanente, llame a su PCP. Su PCP puede derivarlo a un Proveedor Participante para obtener una segunda opinión. No necesita permiso de Molina Healthcare para obtener una segunda opinión de un proveedor Participante. Si no hay ningún proveedor en la red que le dé una segunda opinión, puede obtener una segunda opinión de un Proveedor No Participante. Si solicita una segunda opinión de un Proveedor No Participante, Molina Healthcare lo revisará y le informará si se

aprobó la segunda opinión.

He aquí algunas razones por las que puede obtener una segunda opinión:

- Sus síntomas son complejos o confusos.
- Su médico no está seguro de que el diagnóstico sea correcto.
- Ha seguido el plan de atención del médico y su salud no ha mejorado.
- Usted no está seguro si necesita cirugía o cree que necesita cirugía.
- Usted no está de acuerdo con lo que su médico piensa que es su problema.
- No está de acuerdo con el plan de atención de su médico.
- Su médico no ha respondido a sus preocupaciones sobre su diagnóstico o plan de atención.
- Puede haber otras razones.

El segundo médico escribirá un informe de lo que encuentra. Usted y Su médico recibirán un informe escrito de la segunda opinión.

Llame a Molina si tiene preguntas.

## **SERVICIOS DE EMERGENCIA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE**

### **¿Qué es una emergencia?**

Los Servicios de emergencia son servicios necesarios para evaluar, estabilizar o tratar Una Condición médica de emergencia. Una Condición De Emergencia incluye:

- Una afección médica con síntomas agudos y severos. Esto incluye dolor severo.
- Una condición psiquiátrica con síntomas agudos y severos
- Trabajo de parto activo
- Si no se recibe atención médica de inmediato, una emergencia podría resultar en:
  - Poner la salud del paciente en grave peligro.
  - Grave daño en las funciones corporales.
  - Una falla grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
  - Desfiguración para la persona.

La atención de emergencia también incluye la terapia 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 puedo recibir atención de emergencia?**

La atención de emergencia está disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana para los miembros de Molina.

Si cree que tiene una emergencia:

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

Cuando vaya a los servicios de atención médica de emergencia, traiga su tarjeta de identificación de miembro de Molina.

Si no está seguro de si necesita atención de emergencia pero necesita ayuda médica, llame a Su PCP. Como alternativa, llame a nuestra línea De Consejos de enfermería las 24 horas al número gratuito:



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

La línea de consejos de enfermeras está compuesta por enfermeras registradas (registered nurses, RN). 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 del hospital son solo para emergencias reales. Estos no son buenos lugares para obtener servicios que no son de emergencia. A menudo están muy ocupados y deben cuidar en primer lugar de aquellos cuyas vidas están en peligro. No vaya a una sala de emergencias del hospital si su condición no es una emergencia.

### **¿Qué pasa si estoy lejos del área de servicio de Molina y necesito servicios de emergencia?**

Vaya a la sala de emergencias más cercana para recibir atención. Pida al personal de la sala de emergencias que se ponga en contacto con Molina y nos notifique que está en la sala de emergencias. Llame al número de teléfono gratuito **1 (844) 966-5462**. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

- Díganos si llamó al 911 o
- Infórmenos si ha accedido a la atención médica de emergencia.

Usted puede pedir al personal del hospital o de la sala de emergencias que llame a Molina Healthcare por Usted al 1 (888) 858-2150. Cuando se encuentra lejos del área de servicio de Molina, solo están cubiertos los Servicios De atención Urgente o los Servicios de emergencia.

### **¿Qué pasa si necesito atención después del horario de atención o servicios de atención urgente?**

Los Servicios de atención urgente están disponibles cuando Usted está dentro o fuera del Área de Servicio de Molina. Los Servicios de atención urgente son los servicios necesarios para prevenir el grave deterioro de la salud de uno de una enfermedad o lesión médica imprevista

Si usted se enferma después de horas o necesita Servicios De atención Urgente llame a Su PCP o a la línea De Consejos de Enfermeras de 24 horas de Molina. El número es gratuito:

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

Nuestras enfermeras pueden ayudarlo en cualquier momento del día o de la noche. Lo ayudarán a decidir qué hacer. Pueden ayudarlo a decidir a dónde ir a ser visto.

Si usted está dentro del área de servicio de Molina, puede preguntar a su PCP qué centro de atención médica urgente debe usar. Es mejor averiguar el nombre del centro de atención urgente con anticipación. Pida a su médico el nombre del centro de atención urgente y el nombre del hospital que usted debe usar.

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

Los Servicios de atención urgente están sujetos al Costo compartido en el Programa de beneficios.

Tenga en cuenta que usted es financieramente responsable por el costo de los servicios no cubiertos y no autorizados recibidos de un Proveedor No Participante después de la estabilización de una Condición médica de emergencia.

Usted tiene derecho a servicios de intérprete sin costo alguno. Para ayudar a obtener atención después del horario de atención, llame gratis al 1 (888) 858-2150.

## **Servicios de emergencia prestados por un Proveedor No Participante**

Los Servicios de emergencia para el tratamiento de un problema médico de emergencia están sujetos a compartir costos. Esto es cierto ya sea de proveedores Participantes o proveedores no Participantes. Consulte distribución de Costos para servicios de emergencia en el Programa de beneficios. Usted es financieramente responsable por el costo de los servicios no cubiertos y no autorizados recibidos de un proveedor no participante después de la estabilización de una condición médica de emergencia.

**Importante:** En caso de que se reciban servicios de emergencia de proveedores No Participantes para el tratamiento de una Condición médica de emergencia, Molina calculará la Cantidad permitida como la mayor de las siguientes:

- 1) la tarifa habitual y habitual de Molina para tales servicios,
- 2) la tarifa contratada promedio de Molina para tales servicios, o
- 3) el 100% de la tasa de Medicare para tales servicios.

## **ADMINISTRACIÓN DE CASOS COMPLEJOS**

### **¿Qué pasa si tengo un problema de salud difícil?**

Vivir con problemas de salud puede ser difícil. Molina tiene un programa que puede ayudar. El programa de gestión de Casos complejos es para los Miembros con problemas de salud difíciles. Es para aquellos que necesitan 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 Gestor De Casos puede ayudarlo a conocer esas necesidades. La enfermera puede enseñarle cómo manejarlos. El Gerente De Caso también puede trabajar con su familia o proveedor de cuidado para asegurarse de obtener el cuidado que necesita. El Gerente De Caso también trabaja con Su médico para ayudar a coordinar su atención. Hay varias maneras de ser referido para este programa. Hay ciertos requisitos que debe cumplir. Este programa es voluntario. Puede optar por retirarse de un programa en cualquier momento.

Si desea obtener información sobre este programa, llame al Centro de atención al cliente al número gratuito 1 (888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

## **EMBARAZO**

### **¿Qué pasa si estoy embarazada?**

Si usted está embarazada, o piensa que está embarazada, o tan pronto como sepa que está embarazada, llame para una cita para comenzar Su atención prenatal. La atención prenatal temprana es muy importante para la salud y el bienestar de Usted y Su bebé.

Usted puede elegir cualquiera de las siguientes opciones para su atención prenatal:

- Obstetras-ginecólogos licenciados (OB/GYN)
- Enfermera profesional certificada (entrenada en salud de la mujer)
- Enfermera Comadrona Certificada

Usted puede hacer una cita de atención prenatal sin antes ver a su PCP. Para recibir beneficios, usted debe elegir un obstetra/ginecólogo o profesional de enfermería certificado que sea un proveedor Participante.

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

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

## **OBJECIONES MORALES**

**Algunos hospitales y proveedores pueden no proporcionar algunos de los servicios que pueden estar cubiertos bajo este Contrato que Usted o su miembro de la familia pueden necesitar: Planificación familiar, control de la natalidad, lo que incluye anticoncepción de emergencia, esterilización, (lo que incluye ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y el parto), o aborto. Debe obtener más información antes de inscribirse. Llame A su médico, grupo médico o clínica, o llame al Centro de atención al Cliente al número gratuito 1 (888) 858-2150 para asegurarse de que puede obtener los servicios de atención médica que necesita.**

## **DIRECTIVAS ANTICIPADAS**

Una Directiva Anticipada es un formulario que le dice a los proveedores médicos qué tipo de atención desea si no puede hablar por usted mismo. Se escribe una Directiva Anticipada antes de que usted tenga una emergencia. Esta es una manera de evitar que otras personas tomen decisiones de salud importantes por usted si usted no está lo suficientemente bien como para decidir. Una “Ley de poder Duradero para la atención de la salud” o “Declaración de la Ley de muerte Natural” son tipos de directivas Anticipadas. Usted tiene derecho a completar 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 instrucciones anticipadas a más tardar noventa (90) días calendario después de recibir un aviso sobre cambios en las leyes estatales.

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

## **ACCESO A ATENCIÓN PARA MIEMBROS CON DISCAPACIDADES**

### **Ley de estadounidenses con discapacidades**

La Ley de estadounidenses con discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) prohíbe la discriminación por discapacidad. La ADA requiere que Molina y sus contratistas hagan ajustes razonables para los pacientes con discapacidades.

### **Acceso físico**

Molina ha hecho todo lo posible para asegurar que nuestras oficinas y las oficinas de los médicos de Molina sean accesibles a las personas con discapacidad. Si usted no puede localizar a un médico que satisfaga sus necesidades, llámenos al 1 (888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711. Lo ayudaremos a encontrar otro médico.

### **Acceso para sordos o personas con problemas de audición**

Infórmenos si necesita un intérprete de lenguaje de signos en el momento de hacer su cita. Molina Healthcare solicita por lo menos setenta y dos (72) horas de anticipación para coordinar los servicios con un intérprete calificado. Llame al Centro de atención al Cliente de Molina Healthcare a través de TTY marcando 711.

### **Acceso para personas con baja visión o que son ciegas**

Puede solicitar este Contrato y otros materiales importantes del plan en formatos accesibles. Estos son para personas con baja visión o que son ciegas. Hay disponibles formatos de disco de ordenador grandes y de impresión ampliada. Este Contrato también está disponible en formato de audio. Para formatos accesibles, o para ayuda directa en la lectura del Contrato y otros materiales, llámenos a los Miembros que necesitan información en letra grande, audio y Braille pueden solicitarlo Llame al Centro de Atención al Cliente Llame al número de teléfono gratuito al 1 (888) 858-2150.

### **Quejas de acceso a discapacidad**

Si usted cree que Molina o sus médicos no han respondido a sus necesidades de acceso a la discapacidad, puede presentar una queja.

## **SERVICIOS CUBIERTOS**

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

- Usted es miembro en la fecha en que recibe los servicios cubiertos.
- A excepción de la atención y los servicios preventivos, los servicios cubiertos son Medicamento Necesarios.
- Los servicios se enumeran como servicios cubiertos en este Contrato.
- Usted recibe los servicios cubiertos de los proveedores Participantes dentro de Nuestra Área de Servicio para este producto ofrecido a través de Covered California, excepto donde específicamente se indique lo contrario en este Contrato. Por ejemplo, en el caso de una emergencia o necesidad de servicios de atención de Urgencia fuera de área, usted puede recibir servicios Cubiertos de proveedores externos.

Los únicos servicios que Molina Healthcare cubre en virtud de este Contrato son los descritos en el presente, sujetos a cualquier exclusión, limitación y reducción descrita en este Contrato. Si usted cree que el servicio de atención médica ha sido negado, modificado o retrasado de manera inapropiada, usted puede apelar la decisión incluyendo y hasta solicitar una revisión médica independiente por parte del Departamento de Atención Administrada de la Salud, como se describe en la sección de este Contrato titulada “Quejas y apelaciones”.

### **Costo compartido (dinero que tendrá que pagar para obtener servicios cubiertos)**

Los Costos Compartidos son el Deducible, Copago o Coseguro que debe pagar por los servicios cubiertos bajo este Contrato. El monto de Costos Compartidos que se le pedirá que pague por cada tipo de Servicio Cubierto se indica en el Programa de beneficios al principio de este contrato.

Usted debe pagar el costo compartido por los Servicios Cubiertos, excepto por los servicios preventivos incluidos en los beneficios Esenciales de Salud (según lo requerido por la Ley de Atención Médica Asequible) que son proporcionados por los Proveedores Participantes. Los Costos Compartidos para los Servicios Cubiertos se enumeran en la Lista de beneficios al principio de este contrato.

**USTED DEBE REVISAR CUIDADOSAMENTE EL PROGRAMA DE BENEFICIOS. USTED NECESITA ENTENDER CUÁL SERÁ SU COSTO COMPARTIDO.**

### **Máximo anual de gastos de su bolsillo**

También conocido como “**OOPM**”, es la cantidad máxima de Costos Compartidos que tendrá que pagar por los servicios cubiertos en un año calendario. La cantidad de OOPM se especificará en su Programa de beneficios. Los costos compartidos incluyen los pagos que realiza para cualquier deducible, copago o coseguro.

Los montos que paga por servicios que no son Servicios Cubiertos bajo este contrato no contarán para el OOPM.

El Programa de beneficios puede incluir un monto OOPM por cada individuo inscrito bajo este contrato y un monto OOPM por separado para toda la familia cuando hay dos o más Miembros inscritos. Cuando dos o más Miembros están inscritos en virtud de este Contrato:

- 1) Se alcanzará el OOPM individual, con respecto al suscriptor o a un dependiente en particular, cuando esa persona alcanza el monto de OOPM individual; o
- 2) el OOPM familiar se alcanzará cuando los Costos compartidos de su familia se sumen hasta el monto OOPM familiar.

Una vez que el Costo total compartido para el suscriptor o un Dependiente en particular se suma hasta llegar al monto OOPM individual, pagaremos el 100% de los cargos por los Servicios Cubiertos para ese individuo por el resto del año calendario. Una vez que el Costo compartido para dos o más miembros de su familia se sumen hasta llegar al monto OOPM familiar, pagaremos el 100% de los cargos por Servicios Cubiertos por el resto del año calendario para usted y cada miembro de su familia.

### **Coseguro**

El coseguro es un porcentaje de los cargos por servicios cubiertos que usted debe pagar cuando recibe servicios cubiertos. El monto del coseguro se calcula como un porcentaje de las tarifas que Molina ha negociado con el Proveedor Participante. Los coseguros se enumeran en el Programa de beneficios. Algunos servicios cubiertos no tienen coseguro. Pueden aplicar un deducible o copago.

### **Copago**

Un copago es un monto específico en dólares que usted debe pagar cuando recibe los Servicios Cubiertos. Los copagos se enumeran en el Programa de beneficios. Algunos servicios cubiertos no tienen copago. Pueden aplicar un deducible o un coseguro.

### **Deducible**

“**Deducible**” es el monto que debe pagar en un año calendario por los Servicios Cubiertos que recibe antes de que Molina Healthcare cubra esos servicios al Copago o Coseguro aplicable. El monto que usted paga de su Deducible se basa en las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el Proveedor Participante. Los deducibles se enumeran en el Programa de beneficios.

Por favor, consulte el Programa de beneficios para ver qué Servicios Cubiertos están sujetos al Deducible y el monto Deducible. Su producto puede tener montos Deducibles por separado para los Servicios Cubiertos especificados. En este caso, los montos pagados para un tipo de Deducible no pueden utilizarse para satisfacer un tipo diferente de Deducible.

Cuando Molina Healthcare cubre los servicios “sin cargo” sujetos al Deducible y usted no ha alcanzado su monto Deducible, debe pagar los cargos por los servicios. Cuando los servicios preventivos cubiertos por este Contrato están incluidos en los Beneficios de salud esenciales, usted no pagará ningún deducible u otro costo compartido por tales servicios preventivos.

Puede haber un deducible para un miembro individual y un deducible para toda una familia. Si usted es miembro de una familia de dos o más miembros, alcanzará el Deducible de la siguiente manera:

- Cuando alcance el Deducible para el Miembro individual; o
- Cuando su familia alcance el Deducible para la familia.

Por ejemplo, si usted alcanza el Deducible para el Miembro individual, pagará el Copago o Coseguro aplicable para los Servicios Cubiertos por el resto del año calendario, pero cada uno de los demás Miembros de su familia debe continuar pagando el Deducible hasta que su familia alcance el Deducible para la familia.

### **Reglas generales aplicables a los costos compartidos**

Todos los servicios cubiertos tienen un Costo compartido, a menos que se indique específicamente, o usted cumple con el máximo anual de gastos de su bolsillo. Consulte el Programa de beneficios al principio de este Contrato. Usted podrá determinar la cantidad de costo compartido que usted tendrá que pagar por cada tipo de servicio cubierto que se enumera.

Usted es responsable del Costo Compartido vigente en la fecha en que reciba los Servicios Cubiertos, excepto en los siguientes casos:

Si usted está recibiendo servicios cubiertos de hospital o centro de enfermería especializada en la fecha efectiva de este Contrato, usted paga el costo compartido vigente en su fecha de admisión. Usted pagará este costo compartido hasta que usted sea dado de alta. Los servicios deben estar cubiertos bajo su evidencia de cobertura previa del plan de salud. Usted también debe de no haber tenido ninguna interrupción en la cobertura. Sin embargo, si los servicios no están cubiertos bajo la evidencia de cobertura de su plan de salud anterior, usted paga el costo compartido en efecto en la fecha en que usted recibe los servicios cubiertos. Además, si ha habido una interrupción en la cobertura, usted paga el costo compartido vigente en la fecha en que recibe los servicios cubiertos.

Para los artículos pedidos por adelantado, usted paga el Costo compartido vigente en la fecha del pedido. Molina no cubrirá el artículo a menos que todavía tenga cobertura para él en la fecha en que lo reciba. Es posible que se le exija pagar el costo compartido cuando se ordene el artículo. En el caso de los 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 necesitan para llenar la receta.

### **Recepción de una factura**

En la mayoría de los casos, los proveedores Participantes le pedirán que haga un pago hacia Su costo compartido en el momento de registrarse. Este pago solo puede cubrir porciones del Costo total compartido para los servicios cubiertos que usted recibe. El Proveedor Participante le facturará por cualquier costo adicional que se deba compartir. El Proveedor Participante no está autorizado a facturarle por los Servicios Cubiertos que reciba, excepto por los montos Costos Compartidos adeudados en virtud de este contrato. Sin embargo, usted es responsable de pagar cargos por cualquier servicio o tratamiento de atención médica, que no estén cubiertos por este Contrato.

### **Cómo satisface su cobertura la Ley de atención médica asequible**

Sus servicios cubiertos incluyen beneficios esenciales de salud tal como lo determina la Ley de Atención Médica Asequible. Si su producto incluye una cobertura que no es de EHB, esos servicios cubiertos también se establecerán en este Contrato.

La Ley de atención Médica Asequible establece ciertas reglas para los beneficios esenciales de salud. Estas reglas le dicen a Molina cómo administrar ciertos beneficios y costos compartidos bajo este Contrato. Por ejemplo, en virtud de la Ley de atención Médica Asequible, a Molina no se le permite fijar límites de por vida o límites anuales al valor en dólares de los beneficios de salud Esenciales previstos en este Contrato. Cuando los servicios preventivos de EHB son proporcionados por un Proveedor Participante, usted no tendrá que pagar ningún monto de Costo compartido. Además, Molina debe asegurarse de que el costo compartido, que usted paga por todos los Beneficios de salud esenciales, no exceda un límite anual que se determina bajo la Ley de atención Médica Asequible. A los efectos de este límite anual de EHB, la distribución de Costos se refiere a cualquier costo, que un Miembro debe pagar por recibir beneficios esenciales de salud. Dichos costos compartidos incluyen Deducibles, coseguros, copagos o cargos similares, pero excluyen las primas, y su gasto para servicios no cubiertos.

### **Hacer que su cobertura sea más asequible**

Los Suscriptores que califiquen pueden recibir ayuda para hacer que el producto que están comprando bajo este contrato sea más asequible. Si usted no lo ha hecho ya, por favor comuníquese con Covered California para determinar si usted es elegible para créditos de impuestos. Los créditos de impuestos pueden reducir Sus Primas y/o Su Responsabilidad de costos compartidos: hacia los beneficios esenciales de salud. Covered California también tendrá información acerca de cualquier límite anual sobre el costo compartido hacia sus beneficios esenciales de salud. Covered California puede ayudarle a determinar si usted es un indio que califica que tiene responsabilidades limitadas o sin Costo compartido para Beneficios esenciales de salud. Molina trabajará con Covered California para ayudarlo.

Molina no determina ni proporciona créditos fiscales de la Ley de Atención Médica Asequible.

### **¿Qué cubre mi plan?**

Esta sección le informa qué servicios médicos cubre Molina. Estos se llaman sus servicios cubiertos.

A excepción de la atención y los servicios preventivos, para que un servicio esté cubierto **debe ser Medicamento necesario**

Usted tiene el derecho de apelar si un servicio es negado. Estas instrucciones se encuentran en la sección de este Contrato titulada “Quejas y apelaciones”.

Su atención no debe ser experimental o de investigación. Sin embargo, usted puede pedir ser parte de la atención experimental o de investigación. Consulte la sección “servicios experimentales o de investigación” para obtener información. Molina también puede cubrir los costos médicos de rutina para los Miembros en ensayos clínicos aprobados. Consulte la sección “ensayos clínicos aprobados” para obtener más información.

Ciertos servicios médicos descritos en esta sección estarán cubiertos por Molina solo si usted obtiene autorización previa antes de buscar tratamiento para tales servicios. Para obtener una explicación más detallada de la autorización previa y una lista completa de los servicios cubiertos, que requieren autorización previa, vaya a la sección “autorización Previa”. Sin embargo, la autorización previa nunca se aplicará al tratamiento de las Condiciones de emergencia o a los Servicios de atención Urgente.

## **SERVICIOS PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS**

### **Atención y servicios preventivos**

#### **Servicios preventivos y la Ley de Atención Médica Asequible**

En virtud de la Ley de Atención Médica Asequible y como parte de sus Beneficios de Salud Esenciales, Molina cubrirá los siguientes servicios preventivos recomendados por el gobierno. Consulte con su PCP para determinar si un servicio específico es preventivo o de diagnóstico. Usted no paga ningún costo compartido por:

- Los artículos o servicios basados en evidencias que tienen, vigente, una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de tareas de Servicios preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF) con respecto a la persona interesada;
- Las inmunizaciones para uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tienen en efecto una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) con respecto a la persona interesada;
- Con respecto a los lactantes, los niños y los adolescentes, esa atención preventiva informada de la evidencia y los exámenes de detección previstos en las directrices integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA); y

- Con respecto a las mujeres, esos cuidados preventivos y exámenes de detección informados de la evidencia previstos en directrices integrales apoyadas por la HRSA, en la medida en que no estén ya incluidos en ciertas recomendaciones del USPSTF.
- Todos los servicios de atención preventiva deben ser proporcionados por un Proveedor Participante para ser cubiertos bajo este contrato. Los miembros son responsables del 100% de los cargos por servicios preventivos no autorizados proporcionados por un Proveedor No Participante.

A medida que las nuevas recomendaciones y directrices para la atención preventiva sean publicadas por las fuentes del gobierno identificadas anteriormente, serán cubiertas por este Contrato. La cobertura comenzará durante los años del producto, que comienza un año después de la fecha en que se emita la recomendación o directriz o en la fecha que requiera la Ley de Atención Médica Asequible. El año del producto, también conocido como año de la póliza a los efectos de esta disposición, se basa en el año calendario.

Si una recomendación o directriz gubernamental existente o nueva no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el establecimiento para la prestación de un servicio preventivo, entonces Molina puede imponer límites razonables de cobertura a dicha atención preventiva. Los límites de cobertura serán consistentes con la Ley de Cuidado Asequible y la ley aplicable de California. Estas limitaciones de cobertura también son aplicables a los beneficios de atención preventiva que se enumeran a continuación.

Para ayudarlo a entender y acceder a sus beneficios, los servicios preventivos para adultos y niños cubiertos por este Contrato se enumeran a continuación.

### **Servicios preventivos para niños y adolescentes**

Los siguientes servicios de atención preventiva están cubiertos y recomendados para todos los niños y adolescentes (hasta los 18 años). Usted no pagará el costo compartido si los servicios son proporcionados por un Proveedor Participante. Los miembros son responsables del 100% de los cargos por servicios preventivos no autorizados proporcionados por un Proveedor No Participante.

- Evaluación del consumo de alcohol y drogas para adolescentes
- Todos los servicios perinatales integrales están cubiertos. Esto incluye la atención perinatal y posparto, el manejo de la salud, la evaluación de la nutrición y los servicios psicológicos.
- Exámenes de detección del autismo para niños de 18 y 24 meses
- Detección básica de la visión (no refractiva)
- Evaluación de la salud conductual para todos los adolescentes sexualmente activos que están en mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual
- Evaluación de la salud conductual para los niños (tenga en cuenta que los costos compartidos y los requisitos adicionales se aplican a los beneficios de la salud mental más allá de una evaluación de la salud conductual)
- Detección de displasia cervical: mujeres sexualmente activas
- Completar la historia de salud
- Detección de depresión: adolescentes
- Detección de dislipidemia en niños con alto riesgo de trastorno lipídico detección
- Los servicios de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT), incluidos los previstos en las directrices integrales apoyadas por la Administración Federal de Recursos y Servicios de Salud, están cubiertos para los Miembros menores de 21 años, incluidos aquellos con necesidades especiales de atención médica.
- Aplicación de fluoruro por un PCP
- Medicación profiláctica para gonorrea: recién nacidos
- Manejo de la salud
- Exámenes preventivos de audición
- Análisis de hematocrito o hemoglobina
- Detección de hemoglobinopatías: recién nacidos



- Detección del VIH: adolescentes con mayor riesgo
- Detección de hipotiroidismo: recién nacidos
- Inmunizaciones\*
- Suplementos de hierro en niños cuando lo prescriba un Proveedor Participante.
- Pruebas de nivel de plomo en la sangre (los padres o tutores legales de los Miembros de seis meses a 72 meses tienen derecho a recibir orientación preventiva oral o escrita sobre la exposición al plomo de su PCP. Esto incluye cómo los niños pueden ser dañados por la exposición al plomo, especialmente la pintura a base de plomo. Cuando su PCP hace una prueba de detección de plomo en sangre, es muy importante hacer un seguimiento y obtener los resultados del análisis de sangre. Para más información póngase en contacto con su PCP.
- Reunirse con el padre, tutor o menor emancipado para hablar del significado de un examen
- Evaluación de la salud nutricional
- Detección de la obesidad y asesoramiento: niños
- Evaluación de riesgos de salud oral de niños pequeños (de 0 a 10 años) (límite de 1 visita por período de 6 meses)
- Detección de la fenilketonuria (Phenylketonuria, PKU): recién nacidos
- Examen físico que incluye la evaluación del crecimiento
- Detección de la infección por el virus de la hepatitis B en personas con alto riesgo de infección
- Detección de las condiciones de salud mental materna
- Detección del rasgo de células falciformes, cuando sea apropiado
- Asesoramiento conductual de cáncer de piel (de 10 a 24 años)
- Asesoramiento sobre el consumo de tabaco: niños y adolescentes en edad escolar
- Detección de tuberculosis (TB)
- Cuidado del bebé/niño

\* Si usted lleva a su hijo a su departamento de salud local o la escuela le ha dado a su hijo “vacunas” (inmunizaciones), asegúrese de dar una copia del registro actualizado de vacunas (tarjeta de vacunación) al PCP de su hijo.

### **Servicios preventivos para adultos y ancianos**

Los siguientes servicios de atención preventiva para pacientes ambulatorios están cubiertos y recomendados para todos los adultos, incluidos los ancianos. Usted no pagará ningún costo compartido si recibe servicios de un Proveedor Participante. Los miembros son responsables del 100% de los cargos por servicios proporcionados por un Proveedor No Participante.

- Detección de aneurismas aórticos abdominales: para ex fumadores varones de 65 a 75 años
- Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento
- Detección de anemia: mujeres
- Aspirina para la prevención de la preeclampsia
- Aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares (cuando lo prescriba un Proveedor Participante)
- Detección de bacteriuria: mujeres embarazadas
- Evaluación de la salud conductual para todos los adultos sexualmente activos que están en mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual
- Detección de la tensión arterial
- Asesoramiento de BRCA sobre medicamentos preventivos para el cáncer de mamas
- Asesoramiento sobre el cáncer de mamas e quimioprevención para mujeres con mayor riesgo
- Examen de mamas para mujeres (según su edad)
- Apoyo a la lactancia materna, suministros, asesoramiento
- Detección del cáncer
- Control del colesterol
- Detección de infección por clamidia: mujeres

- Detección de cáncer colorrectal (según su edad o mayor riesgo médico. Algunos ejemplos de este examen de detección son la colonoscopia y los exámenes periódicos de heces médicamente necesarios).
- Detección citológica (frotis de papanicolaou) para mujeres cada 3 años solo con citología cervical en mujeres de 21 a 29 años. Para las mujeres de 30 a 65 años, cada 3 años con citología cervical sola, cada 5 años con la prueba del virus del papiloma humano (high-risk human papillomavirus, hrHPV) de alto riesgo solamente, o cada 5 años con la prueba del hrHPV en combinación con la citología.
- Detección citológica en un hospital o laboratorio certificado por la presencia de cáncer cervical
- Detección de depresión: adultos
- Examen de detección de depresión: Depresión posparto en mujeres
- Educación sobre la diabetes y capacitación en autogestión proporcionada por un profesional de la salud certificado, registrado o autorizado (esto se limita a: Visitas médicamente Necesarias al diagnóstico de la diabetes; visitas después del diagnóstico de un médico que representan un cambio significativo en los síntomas o condición del Miembro que garantiza cambios en el autocontrol del Miembro; visitas cuando la capacitación de reeducación o actualización es prescrita por un médico con autoridad de prescripción; y terapia médica de nutrición relacionada con el manejo de la diabetes).
- Detección de diabetes (tipo 2) para adultos con presión arterial alta
- Asesoramiento dietético: adultos con mayor riesgo de enfermedad crónica
- Evaluación dietética y asesoramiento nutricional
- Ejercicio para prevenir caídas en adultos de 65 años o más que viven en la comunidad y que están en mayor riesgo de caídas
- Servicios de planificación familiar (incluidos los medicamentos y dispositivos anticonceptivos con receta aprobados por la FDA)
- Suplementos de ácido fólico
- Detección y asesoramiento sobre gonorrea (todas las mujeres en alto riesgo)
- Manejo de la salud y manejo de enfermedades crónicas
- Asesoramiento sobre dieta saludable
- Exámenes preventivos de audición
- Detección de hepatitis B: mujeres embarazadas
- Detección del virus del papiloma humano (VPH) (como mínimo una vez cada tres años para mujeres de 30 años o más).
- Inmunizaciones
- Antecedentes médicos y examen físico
- Detección y asesoramiento de la obesidad: adultos
- Ofrecer o referir a adultos que tienen sobrepeso u obesidad y tienen factores de riesgo adicionales de enfermedades cardiovasculares (ECV) a intervenciones intensivas de asesoramiento conductual para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de ECV.
- Detección de osteoporosis para mujeres (según su edad)
- Examen de antígeno prostático específico
- Detección de incompatibilidad de Rh: primera visita de embarazo
- Detección de incompatibilidad de Rh: de 24 a 28 semanas de gestación
- Exámenes de atención prenatal programados y primera consulta y examen de seguimiento posparto
- Detección y asesoramiento para la violencia interpersonal y doméstica: mujeres
- Detección de diabetes gestacional
- Detección de la infección por el virus de la hepatitis B en personas con alto riesgo de infección y mujeres embarazadas
- Detección de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en personas con alto riesgo de infección
- Mamograma de detección para mujeres (las pruebas de mamografía de dosis baja se deben realizar

en las instalaciones de imágenes aprobadas según su edad. Como mínimo, la cobertura incluirá una mamografía de referencia para personas de entre 35 y 39 años; una mamografía cada dos años para personas de entre 40 y 49 años; y una mamografía anual para personas de 50 años o más).

- Detección de las condiciones de salud mental materna
- Pruebas de detección de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas menores de 65 años que tienen un mayor riesgo de osteoporosis, según lo determinado por una herramienta formal de evaluación de riesgos clínicos.
- Detección de preeclampsia en mujeres embarazadas con mediciones de presión arterial durante el embarazo
- Asesoramiento conductual de cáncer de piel (de 6 meses a 24 años de edad)
- Medicación preventiva para estatinas: adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de ECV, 1 o más factores de riesgo de ECV y un riesgo calculado de eventos de ECV de 10 años de 10% o más
- Detección y asesoramiento sobre ETS y VIH
- Detección y asesoramiento de sífilis (todos los adultos en alto riesgo)
- Asesoramiento e intervenciones sobre el consumo de tabaco: personas adultas no embarazadas
- Detección de tuberculosis (TB)
- Visitas de las mujeres sanas (al menos una visita de rutina anual y visitas de seguimiento si se diagnostica una afección).

### **Servicios de médicos y otros profesionales**

Cubrimos los siguientes servicios ambulatorios cuando los proporciona un médico proveedor Participante u otro profesional (dentro del alcance de su licencia):

- Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones
- Visitas al consultorio (incluidas las visitas prenatales y postnatales)
- Exámenes de salud pediátricos y adultos de rutina
- Consultas con especialistas cuando su PCP lo remita (por ejemplo, un médico de corazón o un médico de cáncer)
- Inyecciones, pruebas de alergia y tratamientos cuando su PCP lo proporciona o lo refiere
- Audiología y pruebas de audición
- Atención médica y de otro profesional dentro o fuera del hospital
- Consultas de control y cuidado de niños
- Atención de maternidad ambulatoria (incluidas complicaciones del embarazo y medicamento necesarios en el hogar)
- Atención ambulatoria a recién nacidos como se describe en “cobertura de recién nacidos y niños adoptados” bajo “¿Qué cubre mi plan?”
- Exámenes de rutina y atención prenatal proporcionados por un ginecólogo/obstetra a las mujeres Miembros. Usted puede seleccionar un ginecólogo/obstetra como su PCP. Las Mujeres Dependientes de 13 años o más tienen acceso directo a la atención obstétrica y ginecológica.

### **Servicios de acupuntura**

Cubrimos los servicios de acupuntura que normalmente se proporcionan sólo para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral de manejo del dolor para el tratamiento del dolor crónico. Para Pacientes Ambulatorios, se aplicará otro costo compartido del Cuidado Médico de otro profesional.

### **Servicios de rehabilitación**

Los servicios y dispositivos de recuperación de las habilidades Medicamente Necesarios son servicios y dispositivos de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida diaria. Ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina o habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos de pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.

## Servicios de rehabilitación

Cubrimos los servicios de rehabilitación Médicamente Necesarios que ayudan a los miembros lesionados o discapacitados a reanudar las actividades de la vida diaria. El objetivo de estos servicios es que el Miembro reanude las actividades rutinarias de la vida diaria que normalmente requieren terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional en un ambiente apropiado para el nivel de discapacidad o lesión, e incluya rehabilitación cardíaca y pulmonar.

## Servicios ambulatorios de salud mental

Cubrimos la siguiente atención ambulatoria cuando la proporcionan los médicos proveedores Participantes u otros proveedores Participantes que son profesionales de atención médica licenciados que actúan dentro del alcance de su licencia:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y en grupo
- Evaluación de diagnóstico psiquiátrico
- Servicios ambulatorios con el propósito de supervisar la terapia con medicamentos

Cubrimos los servicios de salud mental ambulatoria, lo que incluye los servicios para el tratamiento de la disforia de género, solo cuando los servicios son para el diagnóstico o tratamiento de los trastornos mentales. Un “trastorno mental” se identifica en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Revisión de texto (DSM) que da como resultado un sufrimiento o deterioro clínicamente significativo del funcionamiento mental, emocional o conductual.

“**Trastornos mentales**” incluyen las siguientes condiciones y aquellas definidas en el DSM que resultan en dificultades o deterioro clínicamente significativo del funcionamiento mental, emocional o conductual.

- Enfermedad mental grave de una persona de cualquier edad. “**Enfermedad mental grave**” significa los siguientes trastornos mentales: Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno del espectro autista (ASD), anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.
- Un Trastorno Emocional Grave de un niño menor de 18 años. Un “**Trastorno emocional grave**” de un niño menor de 18 años de edad significa una condición identificada como un “trastorno mental” en el DSM, aparte de un trastorno del uso de sustancias primarias o trastorno del desarrollo, que resulta en un comportamiento inapropiado para la edad del niño de contrato con las normas de desarrollo esperadas, si el niño también cumple al menos uno de los tres criterios siguientes:
  - como resultado del trastorno mental, (1) el niño tiene un impedimento sustancial en al menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, funcionamiento escolar, relaciones familiares o capacidad para funcionar en la comunidad; y (2) o (a) el niño está en riesgo de ser removido del hogar o ya ha sido removido del hogar, o (b) el trastorno mental y las discapacidades han estado presentes durante más de seis meses o más de un año sin tratamiento
  - el niño muestra características psicóticas, o riesgo de suicidio o violencia debido a un trastorno mental
  - el niño cumple con los requisitos de elegibilidad de educación especial bajo el Capítulo 26.5 (comenzando con la Sección 7570) de la División 7 del Título 1 del Código del Gobierno de California
- Tratamiento de salud conductual para el trastorno del espectro autista (ASD), siempre que el tratamiento se desarrolle o restablezca en la máxima medida posible, el funcionamiento de una persona con ASD y que cumpla todos los siguientes criterios:
  - El tratamiento es prescrito por un médico o psicólogo
  - El tratamiento es proporcionado bajo un plan de tratamiento por un Proveedor Participante que es un Proveedor De Servicio De Autismo Calificado (vea la definición más abajo)
  - El tratamiento lo administra un proveedor Participante que es uno de los siguientes:
    - Un Proveedor de Servicios De Autismo Calificado
    - Un profesional de servicios Calificado (consulte la definición que aparece a continuación) supervisado por el proveedor de servicios de autismo Calificado
    - Un Paraprofesional Calificado del Servicio de Autismo (ver definición abajo) supervisado por

- un Proveedor Calificado del Servicio de Autismo o un profesional Calificado del Servicio de Autismo
- El plan de tratamiento tiene metas medibles en un cronograma específico que es desarrollado y aprobado por el Proveedor de Servicios de Autismo Calificado para el Miembro que está siendo tratado
- El plan de tratamiento es revisado no menos que cada seis meses por el Proveedor de Servicio de Autismo Calificado y modificado cuando sea apropiado
- El plan de tratamiento requiere que el proveedor de servicios de Autismo Calificado haga lo siguiente:
  - Delinear tanto la frecuencia como los comportamientos de referencia y el tratamiento planificado para abordar estos comportamientos
  - Diseñar un plan de intervención que incluya el tipo de servicio, el número de horas y la participación de los padres necesarios para alcanzar las metas y objetivos del plan, y la frecuencia con la que se evalúa e informa el progreso del Miembro
  - Proporcionar planes de intervención que utilicen prácticas basadas en evidencia, con eficacia clínica demostrada en el tratamiento de ASD
  - Interrumpir los servicios intensivos de intervención conductual cuando se logren las metas y objetivos del tratamiento o ya no sean apropiados
- Un **“Proveedor calificado de servicios de autismo”** se refiere a un proveedor que tiene la experiencia y la competencia para diseñar, supervisar, proporcionar y administrar el tratamiento para ASD y es cualquiera de los siguientes:
  - Persona certificada por una entidad nacional (como la Junta de Certificación de Analistas de Comportamiento) con una certificación acreditada por la Comisión Nacional de Organismos de Certificación
  - Una persona licenciada en California como médico y cirujano, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, terapeuta del matrimonio y de la familia, psicólogo educativo, trabajador social clínico, consejero clínico profesional, patólogo del habla-lenguaje o audiólogo
- Un **“Profesional calificado de servicios de autismo”** se refiere a una persona que cumple todos los siguientes criterios:
  - Proporciona tratamiento de salud conductual, que puede incluir la administración de casos clínicos y la supervisión de casos bajo la dirección y supervisión de un Proveedor calificado de servicios de autismo.
  - Es supervisado por un Proveedor calificado de servicios de autismo.
  - Proporciona tratamiento conforme a un plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el Proveedor calificado de servicios de autismo.
  - Es un proveedor de servicios de comportamiento que cumple con las calificaciones de educación y experiencia descritas en la Sección 54342 del Título 17 del Código de Regulaciones de California para un Analista de comportamiento asociado, Analista de comportamiento, Asistente de administración de comportamiento, Consultor de administración de comportamiento o Programa de administración de comportamiento
  - Tiene capacitación y experiencia en la prestación de servicios para ASD de conformidad con la División 4.5 (comenzando con la Sección 4500) del Código de Bienestar e Instituciones o el Título 14 (comenzando con la Sección 95000) del Código de Gobierno.
  - Es empleado por el Proveedor calificado de servicios de autismo o una entidad o grupo que emplea proveedores calificados de servicios de autismo responsables del plan de tratamiento.
- Un **“Paraprofesional calificado de servicios de autismo”** significa una persona no autorizada y no certificada que cumpla todos los siguientes criterios:
  - Es supervisado por un Proveedor calificado de servicio de autismo o Profesional calificado de servicios de autismo a un nivel de supervisión clínica que cumple con estándares de práctica reconocidos profesionalmente.
  - Proporciona tratamiento e implementa servicios de contrato con un plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el Proveedor calificado de servicio de autismo.
  - Cumple con las calificaciones de educación y capacitación descritas en la Sección 54342 del Título 17 del Código de Regulaciones de California.

- Tiene una educación, capacitación y experiencia adecuadas, según la certificación de un Proveedor calificado de servicio de autismo o de una entidad o grupo que emplea a proveedores calificados de servicios de autismo.
- Es empleado por el Proveedor calificado de servicio de autismo o una entidad o grupo que emplea proveedores calificados de servicio de autismo responsables del plan de tratamiento.

Todos los servicios Médicamente necesarios para tratar enfermedades mentales graves o trastornos emocionales graves de un niño (SMI o SED) están cubiertos y no están excluidos de la cobertura, a pesar de cualquier exclusión o limitación aplicable.

### **Servicios de trastorno de abuso de sustancias (SUD) para pacientes ambulatorios**

Molina Healthcare cubre los siguientes cuidados ambulatorios para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias:

- Tratamiento diario/programas parciales
- Programas ambulatorios intensivos
- Asesoramiento individual y grupal sobre el trastorno por consumo de sustancias
- Evaluación y tratamiento individual del trastorno por consumo 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. Cubrimos algunos servicios dentales y de ortodoncia para miembros según se describe en esta sección de “Servicios dentales y de ortodoncia”.

### **Servicios dentales para radioterapia**

Cubrimos la evaluación dental, los rayos X, el tratamiento con flúor y las extracciones necesarias para preparar la mandíbula para la radioterapia de cáncer y otras enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello. Usted debe recibir servicios de un médico proveedor Participante.

### **Anestesia dental**

Para los procedimientos dentales, cubrimos la anestesia general y los servicios del centro del Proveedor Participante asociados con la anestesia si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- El Miembro tiene condiciones físicas, intelectuales o médicamente comprometidas para las cuales no se puede esperar que el tratamiento bajo anestesia local ofrezca un resultado exitoso. Además, se puede esperar que el tratamiento dental bajo anestesia general produzca resultados superiores.
- Miembros para quienes la anestesia local es ineficaz debido a una infección aguda, variación anatómica o alergia.
- Los niños o adolescentes dependientes cubiertos que son pocos cooperadores, extremadamente temerosos, ansiosos o no comunicativos con necesidades dentales de tal magnitud que el tratamiento no se puede posponer o aplazar. Además, se puede esperar que la falta de tratamiento para estos niños o adolescentes resulte en dolor dental u oral o infección, pérdida de dientes u otra mayor morbilidad oral o dental. (Los niños menores de 7 años no están obligados a cumplir con ninguna de estas condiciones).
- Miembros con un trauma oral-facial o dental extenso para el cual el tratamiento bajo anestesia local sería ineficaz o comprometido.
- Otros procedimientos para los cuales la hospitalización o anestesia general en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio es Médicamente Necesaria.

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

### **Servicios dentales y de ortodoncia para el paladar hendido**

Cubrimos algunas extracciones dentales, procedimientos dentales necesarios para preparar la boca para una extracción y servicios ortodónticos. Deben cumplir todos los requisitos siguientes:

- Los servicios son parte básica integral de una cirugía reconstructiva para el paladar hendido.
- Un Proveedor Participante proporciona los servicios; o
- Molina autoriza a un Proveedor No Participante que es un dentista u ortodoncista para proveer los servicios.

### **Servicios para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (“ATM”)**

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

- Tratamiento médico no quirúrgico necesario de la ATM (por ejemplo, férula y terapia física).
- El tratamiento quirúrgico y artroscópico de la ATM si la historia previa demuestra que el tratamiento médico conservador ha fracasado.

Para los Servicios Cubiertos relacionados con el cuidado dental o de ortodoncia en las secciones anteriores, usted pagará el Costo Compartido que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con el cuidado dental o de ortodoncia. Por ejemplo, en el caso de los servicios hospitalarios de pacientes internados, usted pagaría el costo compartido que figura en la sección de “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en el Programa de beneficios.

### **Servicios pediátricos de visión**

Molina Healthcare se ha asociado con California Dental Network, Inc. para administrar beneficios dentales pediátricos sólo para miembros de hasta 19 años. Molina cubre los Servicios preventivos/de diagnóstico, Rutinarios, Mayores y de ortodoncia, tal como se describe en el apéndice de Servicios dentales pediátricos.

## **SERVICIOS PARA LA VISTA**

Cubrimos los siguientes servicios de visión para todos los Miembros:

- Exámenes del ojo diabético (exámenes retinianos dilatados)
- Servicios para el tratamiento médico y quirúrgico de lesiones o enfermedades que afectan el ojo

Los beneficios no están disponibles por cargos relacionados con exámenes de visión refractiva rutinarios o con la compra o ajuste de anteojos o lentes de contacto, excepto como se describe en la sección titulada “Servicios pediátricos de visión”.

### **Servicios pediátricos de visión**

Molina Healthcare cubre los siguientes servicios de visión para miembros de hasta 19 años:

#### *Exámenes:*

- Exámenes rutinarios de visión y exámenes de los ojos cada año calendario.
- Dilatación dentro del examen de los ojos cuando se indica profesionalmente.

#### *Anteojos con receta*

- Anteojos con receta: marcos y lentes, limitados a un (1) par de anteojos con receta por año calendario. Las lentes de anteojos están disponibles en vidrio, plástico o policarbonato. Se ofrecen lentes unidireccionales, bifocales convencionales, trifocales convencionales y lenticulares en todas las potencias de la lente.

#### *Examen de lentes de contacto (Adaptación y Evaluación):*

- Los ajustes estándar y Premium están cubiertos en su totalidad

### *Materiales:*

- Lentes de contacto con receta cubiertas con un suministro mínimo de tres (3) meses para cualquiera de las siguientes modalidades:
  - Estándar (un [1] par anual)
  - Suministro mensual (seis [6] meses)
  - Suministro quincenal (tres [3] meses)
  - Diario (suministro de tres [3] meses)
- Las lentes de contacto son en lugar de marco y lentes
- Los miembros pueden elegir entre cualquier material de lente de contacto con receta disponible

### *Lentes de contacto necesarios*

- Cubierto en su totalidad para los miembros que tienen condiciones específicas para las cuales las lentes de contacto proporcionan una mejor corrección visual, en lugar de lentes y marcos de prescripción, para el tratamiento de:
  - Aniridia
  - Aniseiconía
  - Anisometropía
  - Afaquia
  - Trastornos corneales
  - Astigmatismo irregular
  - Queratocono
  - Miopía patológica
  - Trastornos postraumáticos

Consulte la sección llamada “Servicios de visión especializada” para obtener cobertura de lentes de contacto especiales para Aniridia y Afaquia.

- Dispositivos ópticos de baja visión, lo que incluye servicios de baja visión, entrenamiento e instrucción para maximizar la visión utilizable restante con atención de seguimiento, cuando los servicios son Medicamente Necesarios y se obtiene autorización Previa. Con Autorización Previa, la cobertura incluye:
  - una (1) evaluación integral de visión deficiente cada cinco (5) años;
  - gafas, lupas y telescopios de alta potencia Medicamente Necesarios; y
  - atención de seguimiento: cuatro (4) visitas en cualquier período de cinco (5) años.

La cirugía correctora láser no está cubierta.

## **PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Cubrimos los servicios de planificación familiar para ayudar a determinar el número y el espaciamiento de los niños. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA. Como miembro, usted elige a un médico que se encuentra cerca suyo para recibir los servicios que usted necesita. Nuestros PCP, incluidos médicos especialistas en obstetricia/ginecología, están disponibles para servicios de planificación familiar. Usted puede hacer esto sin tener que obtener Autorización Previa de Molina. (Molina paga al médico o a la clínica por los servicios de planificación familiar que usted recibe). Los servicios de planificación familiar incluyen los siguientes;

- Manejo de la salud y asesoramiento para ayudarlo a tomar decisiones informadas
- Manejo de la salud y asesoramiento para ayudarlo a entender los métodos de control de la natalidad.
- Antecedentes limitados y examen físico.
- Pruebas de laboratorio si se indican médicamente como parte de decidir qué métodos



anticonceptivos puede ser que desee utilizar.

- Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), incluidos medicamentos, dispositivos y otros productos para mujeres, incluidos todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA, según lo prescrito por el Proveedor del Miembro, procedimientos de esterilización voluntaria, y educación y asesoramiento al paciente sobre la anticoncepción y los servicios de seguimiento relacionados con los medicamentos, dispositivos, productos y procedimientos, incluidos, pero no limitados a, el manejo de los efectos secundarios, y el cumplimiento continuo de los dispositivos de inserción. Cuando la FDA haya aprobado uno o más equivalentes terapéuticos de un medicamento, dispositivo o producto anticonceptivo, el Plan sólo se requiere para cubrir al menos un (1) equivalente terapéutico sin compartir costos. (\*Los medicamentos recetados no disponibles en el formulario están disponibles a través de un proceso de revisión de excepciones)
- Administración, inserción y extracción de dispositivos anticonceptivos, como dispositivos intrauterinos (DIU).
- Atención de seguimiento por cualquier problema que tenga al usar métodos anticonceptivos provistos por los proveedores de planificación familiar.
- Suministros anticonceptivos de emergencia provistos por un farmacéutico asociado o por un proveedor no asociado, en el caso de una emergencia.
- Servicios de esterilización voluntaria, incluidas ligaduras de trompas (para mujeres) y vasectomías (para hombres).
- Pruebas de embarazo y asesoramiento.
- Diagnóstico y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (ETS) si se indican médicamente.
- Exámenes de detección, pruebas y asesoramiento de personas en riesgo para el VIH, y referencias para el tratamiento.

**Los servicios de planificación familiar no incluyen:**

- Condones para uso masculino, según se excluye en la Ley de Atención Médica Asequible.

**Interrupción del embarazo**

- Molina Healthcare cubre los servicios de interrupción de embarazo sujetos a ciertas restricciones de cobertura requeridas por la Ley De Cuidado Asequible y por cualquier ley aplicable de California.

Los servicios de interrupción del embarazo están cubiertos. Estos servicios son procedimientos basados en el consultorio y no requieren autorización Previa.

Si los servicios de interrupción del embarazo se proveen en un entorno de pacientes hospitalizados o ambulatorios, se requiere Autorización Previa.

Se aplicarán Costos Compartidos para la visita al consultorio y la cirugía ambulatoria.

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

## **FENILCETONURIA (PKU) Y OTROS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO**

Cubrimos las pruebas y el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU). También cubrimos otros errores innatos del metabolismo que involucran aminoácidos. Esto incluye fórmulas y productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta prescrita por un Proveedor Participante y administrada por un profesional de la salud con licencia. El profesional de la salud consultará con un médico especializado en el tratamiento de la enfermedad metabólica. La dieta debe ser considerada Medicamento Necesaria para prevenir el desarrollo de discapacidades físicas o mentales serias o para promover el desarrollo o función normal.

A efectos de esta sección, se aplican las siguientes definiciones:

La **“Fórmula”** es un producto entérico para su uso en el hogar que es prescrito por un proveedor Participante.

**“Producto alimentario especial”** es un producto alimenticio que es prescrito por un Proveedor Participante para el tratamiento de la PKU. También se puede prescribir para otros errores innatos del metabolismo. Se utiliza en lugar de productos alimenticios normales, como los alimentos de la tienda de comestibles. No incluye un alimento que sea naturalmente bajo en proteína.

Otras fórmulas especializadas y suplementos nutricionales no están cubiertos.

(Se aplicará el costo compartido de medicamentos con receta)

## **SERVICIOS DE DIABETES**

Cubrimos la atención Médica Necesaria para los miembros con diabetes que usa insulina, con diabetes que no usa insulina y con niveles elevados de glucosa en la sangre inducidos por el embarazo. Esta cobertura incluye el estándar de atención médica para la diabetes y los beneficios para el tratamiento de la diabetes. La cobertura también incluye equipos, suministros y agentes orales prescriptivos Medicamento Necesarios (es decir, medicamentos que usted toma por vía oral) para controlar los niveles de azúcar en la sangre. Esta cobertura no se reducirá ni eliminará.

Cubrimos los siguientes servicios relacionados con la diabetes:

- educación sobre el tratamiento de la diabetes.
- exámenes del ojo diabético (exámenes retinianos dilatados)
- cuidado rutinario de los pies para los miembros con diabetes

Todos los tratamientos, equipos y suministros para el cuidado de la diabetes y la educación y el manejo de la diabetes están sujetos a los costos compartidos aplicables.

Cuando el equipo nuevo o mejorado, los aparatos, los medicamentos recetados, la insulina o los suministros para el tratamiento de la diabetes sean aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, Molina evaluará si son necesarios cambios o adiciones al formulario/cobertura bajo este contrato. Comuníquese con nosotros al 1 (888) 858-2150 para recibir información actualizada.

# SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA EN HOSPITAL/CENTRO

## **Cirugía ambulatoria**

Cubrimos los servicios de cirugía ambulatoria proporcionados por los proveedores Participantes. Los servicios se deben prestar en un centro de cirugía ambulatoria o ambulatoria o en un quirófano de hospital. Se pueden aplicar costos compartidos por separado para servicios profesionales y servicios en centros.

## **Procedimientos ambulatorios (excepto cirugía)**

Cubrimos procedimientos ambulatorios aparte de la cirugía proporcionada por los Proveedores Participantes. Cubrimos estos procedimientos si un miembro del personal autorizado monitorea sus signos vitales mientras recupera la sensación después de recibir medicamentos para reducir la sensación o minimizar el malestar. Estos procedimientos incluyen procedimientos endoscópicos Medicamente Necesarios. También incluyen la administración de inyecciones y terapia de infusión. Los costos compartidos: por separado pueden aplicarse a los servicios profesionales y servicios del centro de atención médica para todos los procedimientos ambulatorios.

## **Servicios especializados de imágenes y escaneo**

Cubrimos los servicios de exploración especializados Medicamente Necesarios. Entre ellos se incluyen la exploración por TC, la exploración por TEP, la obtención de imágenes cardíacas y la resonancia magnética por parte de los proveedores Participantes. Se pueden aplicar costos compartidos por separado para servicios profesionales y servicios en centros de atención médica.

## **Servicios de radiología (radiografías)**

Cubrimos los servicios de rayos X y radiológicos Medicamente Necesarios, además de los servicios de exploración especializados, cuando los proveedores Participantes los suministran. Se pueden aplicar costos compartidos por separado para servicios profesionales y servicios en centros de atención médica. Usted debe recibir estos servicios de los Proveedores Participantes. Si de lo contrario, los servicios no están cubiertos, usted será el 100% responsable del pago a Proveedores no Participantes, y los pagos no se aplicarán a su deducible o al Máximo anual de gastos de bolsillo.

## **Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor**

Cubrimos la quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor cuando los proveen los proveedores Participantes y son Medicamente Necesarios. La quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor ya sean administrados en el consultorio de un médico, en un entorno ambulatorio o en un entorno de hospitalización, están sujetos a los costos compartidos de las instalaciones para pacientes ambulatorios o para pacientes hospitalizados.

## **Pruebas de laboratorio**

Cubrimos los siguientes servicios cuando los proveen los proveedores Participantes y son Medicamente Necesarios; estos servicios están sujetos a los costos compartidos: Usted debe recibir estos servicios de los Proveedores Participantes. Si de lo contrario, los servicios no están cubiertos, usted será el 100% responsable del pago a Proveedores no Participantes, y los pagos no se aplicarán a su deducible o al Máximo anual de gastos de bolsillo.

- Pruebas de laboratorio
- Otras pruebas Medicamente Necesarias, como los electrocardiogramas (EKG) y los electroencefalogramas (EEG)
- Sangre y plasma
- Diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto mediante procedimientos diagnósticos en casos de embarazo de alto riesgo
- Detección de alfa-fetoproteína (AFP)

## **Salud mental/conductual: Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios**

Cubrimos los siguientes programas de tratamiento psiquiátrico intensivo ambulatorio en un centro de Proveedores Participantes:

- Tratamiento ambulatorio intensivo basado en el hospital; programa ambulatorio intensivo; hospitalización parcial
- Tratamiento multidisciplinario de corto plazo en un programa intensivo de tratamiento psiquiátrico ambulatorio
- El tratamiento en un programa residencial en crisis en un centro de tratamiento psiquiátrico autorizado con vigilancia las veinticuatro (24) horas del día por parte debe ser brindado por el personal clínico para estabilizar una crisis psiquiátrica aguda
- Observación psiquiátrica de una crisis psiquiátrica aguda

## **SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS**

Usted debe tener una Autorización Previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de un Servicio de Emergencia o de atención médica urgente. Sin embargo, si usted recibe servicios en un hospital o es ingresado en el hospital para Servicios de emergencia o de atención médica urgente fuera del área, su estadía en el hospital estará cubierta hasta que se haya estabilizado lo suficiente como para transferirse a un centro de proveedores Participantes y siempre que su cobertura con nosotros no haya terminado. Molina trabajará con Usted y su médico para proporcionar transporte a una instalación de Proveedores Participantes. Si su cobertura con nosotros termina durante una estadía en el hospital, los servicios que usted recibe después de su fecha de terminación no son Servicios Cubiertos.

Después de la estabilización y después de la provisión de transporte a una instalación de Proveedor Participante, los servicios proporcionados en una instalación de Proveedor fuera de área o No Participante no son Servicios Cubiertos, así que usted será 100% responsable de los pagos a proveedores no Participantes, y los pagos no se aplicarán a su deducible o al Máximo anual de gastos de su bolsillo.

### **Servicios médicos/quirúrgicos**

Cubrimos los siguientes servicios para pacientes hospitalizados en un hospital Proveedor Participante. Estos servicios son generalmente y habitualmente proporcionados por hospitales generales de cuidados intensivos dentro de nuestra Área de Servicio:

- Habitación y pensión, incluida una habitación privada si es Medicamento Necesario
- Unidades especializadas de atención y cuidados críticos
- Atención general y especial de enfermería
- Quirófano y habitación de recuperación
- Servicios de médicos Proveedores Participantes; incluye consultas y tratamiento por médicos especialistas
- Anestesia
- Medicamentos recetados de contrato con nuestras directrices para el Formulario de medicamentos (para medicamentos recetados cuando usted es liberado del hospital, por favor consulte “medicamentos recetados y Medicamentos” en esta sección “¿Qué cubre mi plan?”)
- Productos biológicos, líquidos y quimioterapia
- Materiales radiactivos utilizados con fines terapéuticos
- Equipo médico duradero y suministros médicos
- Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales, incluida MRI, TC y PET
- Mastectomías (extirpación de la mama) y disecciones de los ganglios linfáticos (no menos de 48 horas de atención hospitalaria después de una mastectomía y 24 horas de atención hospitalaria después de una disección de los ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de mama)

- Servicios relacionados con la mastectomía, lo que incluye los servicios cubiertos bajo la sección “Cirugía Reconstructiva” y bajo la sección “Dispositivos protésicos y ortopédicos”
- Sangre, productos sanguíneos y su administración
- Fisioterapia, ocupacional y del habla (incluido el tratamiento en un programa de rehabilitación organizado y multidisciplinario)
- Terapia respiratoria
- Servicios sociales médicos y planificación del alta

### **Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor**

Cubrimos la quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor cuando los proveen los proveedores Participantes y son Medicamento Necesarios. La quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor ya sean administrados en el consultorio de un médico, en un entorno ambulatorio o en un entorno de hospitalización, están sujetos a los costos compartidos de las instalaciones para pacientes ambulatorios o para pacientes hospitalizados.

### **Cuidado de maternidad**

Molina cubre la atención médica, quirúrgica y hospitalaria durante el período de embarazo, junto con la detección de las condiciones de salud mental maternas. Esto incluye la atención prenatal, intraparto y perinatal, después del parto para el parto normal, el aborto espontáneo y las complicaciones del embarazo.

Cubrimos los siguientes servicios de maternidad y atención al recién nacido relacionados con el trabajo de parto y el parto:

- Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados y cuidado del centro de parto, incluyendo el cuidado de una comadrona certificada, durante 48 horas después de un parto vaginal normal. También incluye atención durante 96 horas después de un parto por cesárea (sección C). Las hospitalizaciones más largas requieren que usted o su proveedor notifique a Molina. Consulte “Atención de Maternidad” en la sección “Servicios hospitalarios para pacientes internados” del Programa de beneficios para los Costos Compartidos que se aplicarán a estos servicios.
- Si Su médico, después de hablar con usted, decide darle de alta a usted y A su recién nacido antes del período de 48 o 96 horas, Molina cubrirá los servicios posteriores al alta y los servicios de laboratorio. (Los Costos Compartidos de la atención preventiva o de la atención primaria se aplicarán a los servicios posteriores al alta, según corresponda) (las pruebas de laboratorio se aplicarán a los servicios de laboratorio).

### **Salud mental y conductual: Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados**

Cubrimos la hospitalización psiquiátrica en un hospital del Proveedor Participante. La cobertura incluye habitación y tablero, medicamentos y servicios de médicos de proveedores Participantes y otros proveedores Participantes que son profesionales de atención médica licenciados que actúan dentro del alcance de su licencia.

Cubrimos los servicios de salud mental para pacientes internados, incluidos los servicios para el tratamiento de la disforia de género, sólo cuando los servicios son para el diagnóstico o tratamiento de los trastornos mentales. Esto incluye el tratamiento en un programa residencial en crisis en un centro de tratamiento psiquiátrico autorizado con vigilancia las 24 horas del día por parte del personal clínico para estabilizar una crisis psiquiátrica aguda. Un “trastorno mental” se identifica en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Revisión de texto (DSM) que da como resultado dificultades o deterioro clínicamente significativo del funcionamiento mental, emocional o conductual.

“**Trastornos mentales**” incluyen las siguientes condiciones y aquellas definidas en el DSM que resultan en dificultades o deterioro clínicamente significativo del funcionamiento mental, emocional o conductual.

- Enfermedad mental grave de una persona de cualquier edad. “**Enfermedad mental grave**” significa los siguientes trastornos mentales: Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno

bipolar, trastornos depresivos mayores, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno del espectro autista (ASD), anorexia nerviosa o bulimia nerviosa

- Un Trastorno Emocional Grave de un niño menor de dieciocho años (18). Un “**Trastorno emocional grave**” de un niño menor de dieciocho (18) años de edad significa una condición identificada como un “trastorno mental” en el DSM, que no sea un trastorno del uso de sustancias primarias o un trastorno del desarrollo, que resulta en un comportamiento inapropiado para la edad del niño de contrato con las normas de desarrollo esperadas, si el niño también cumple al menos uno de los tres criterios siguientes:
  - como resultado del trastorno mental, (1) el niño tiene un impedimento sustancial en al menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, funcionamiento escolar, relaciones familiares o capacidad para funcionar en la comunidad; y (2) o (a) el niño está en riesgo de ser removido del hogar o ya ha sido removido del hogar, o (b) el trastorno mental y las discapacidades han estado presentes durante más de seis meses o más de un año sin tratamiento
  - el niño muestra características psicóticas, o riesgo de suicidio o violencia debido a un trastorno mental
  - el niño cumple con los requisitos de elegibilidad de educación especial bajo el Capítulo 26.5 (comenzando con la Sección 7570) de la División 7 del Título 1 del Código del Gobierno de California
- Trastorno del espectro autista (ASD) siempre que el tratamiento se desarrolle o restablezca en la máxima medida posible el funcionamiento de una persona con ASD.

Todos los servicios Médicamente Necesarios para tratar enfermedades mentales graves o trastornos emocionales graves de un niño (SMI o SED) están cubiertos y no están excluidos de la cobertura, a pesar de cualquier exclusión o limitación aplicable.

### **Tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias (SUD)**

#### ***Desintoxicación para pacientes internados***

Molina Healthcare cubre la hospitalización en un hospital Proveedor Participante solo para la desintoxicación y la gestión médica y el tratamiento de los síntomas de abstinencia, lo que incluye la sala y la junta, los servicios Médicos proveedores Participantes, los medicamentos, los servicios de recuperación de dependencia en un centro de salud médica o conductual, la educación y el asesoramiento.

#### ***Servicios de tratamiento en el hogar***

Molina Healthcare cubre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias en un entorno de tratamiento residencial no médico aprobado por escrito por Molina Healthcare. Estos centros proporcionan servicios de asesoramiento y apoyo en un entorno estructurado.

### **Centro de enfermería especializada**

La atención en un centro de enfermería especializada (SNF) está cubierta cuando es Médicamente Necesaria y es remitida por su PCP. Entre los servicios de SNF cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Habitación y pensión
- Servicios médicos y de enfermería
- Medicamentos prescritos por un médico Participante como parte del plan de atención en el centro de enfermería especializada participante de contrato con las directrices del formulario de medicamentos de Molina si son administrados en el centro de enfermería especializada por personal médico;
- Equipo médico duradero que está cubierto por Molina si los centros de enfermería especializada normalmente suministran el equipo;
- Servicios de imagen y laboratorio que normalmente proporcionan los centros de enfermería especializada;

- Servicios sociales médicos
- Sangre, productos sanguíneos y su administración
- Suministros médicos
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Terapia respiratoria

Debe tener Autorización Previa para estos servicios antes de que comience el servicio. Usted seguirá recibiendo atención médica sin interrupción. El beneficio de SNF se limita a cien (100) días por año calendario. Los servicios de hospitalización calificados deben estar generalmente por encima del nivel de atención de custodia o intermedia. Un período de beneficios comienza en la fecha en que usted es ingresado en un hospital o SNF en un nivel de atención calificado y termina en la fecha en que usted no ha sido hospitalizado en un hospital o SNF, recibiendo un nivel de atención calificado, por sesenta (60) días consecutivos. Un nuevo período de beneficios sólo puede comenzar después de que termine cualquier período de beneficios existente. No se requiere una estancia de tres (3) días antes en un hospital de cuidados intensivos para comenzar un período de beneficios.

### **Cuidado paliativo**

Si usted está enfermo terminal, cubrimos estos servicios de atención médica para pacientes terminales:

- Servicios de cuidados paliativos
- Una sala semiprivada en un centro de atención médica para pacientes terminales
- Los servicios de un dietista
- Cuidados de enfermería
- Servicios sociales médicos
- Asistencia de salud en el hogar y servicios de ama de casa para la atención ambulatoria
- Servicios del médico
- Medicamentos
- Suministros y aparatos médicos
- Cuidados paliativos por hasta siete (7) días por ocurrencia. Los cuidados paliativos son la atención de corto plazo para pacientes hospitalizados que se proporcionan para dar alivio a la persona que lo cuida
- Servicios de asesoramiento para usted y su familia
- Desarrollo de un plan de cuidado para usted
- Atención de corto plazo para pacientes internados
- Control del dolor
- Manejo de síntomas
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla-lenguaje cuando se provee con el propósito de control de síntomas, o para permitir que el paciente mantenga actividades de vida diaria y habilidades funcionales básicas.

El beneficio de cuidado paliativo es para las personas a las que se les diagnostica una enfermedad terminal. Enfermedad terminal significa una esperanza de vida de doce (12) meses o menos. Usted puede elegir el cuidado del centro de atención médica para pacientes terminales en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por el plan. Póngase en contacto con Molina para más información. No requiere autorización previa.

### **Ensayos clínicos aprobados**

Cubrimos los costos rutinarios de atención al paciente para los miembros que califican. Los miembros que califican son aquellos que participan en ensayos clínicos aprobados para el cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal. Usted nunca será inscrito en un ensayo clínico sin su consentimiento. Para calificar para tal cobertura usted debe:

- Estar inscrito en este producto

- Ser diagnosticado con cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal.
- Ser aceptado en un ensayo clínico aprobado (como se define a continuación).
- Ser referido por un médico de Molina que es un Proveedor Participante.
- Haber recibido Autorización Previa o aprobación de Molina.

Para un estudio clínico sobre el cáncer, no es necesario que le diagnostiquen cáncer. Usted puede participar si el ensayo clínico aprobado se lleva a cabo para los propósitos de la prevención o la detección temprana del cáncer.

Un ensayo clínico aprobado se refiere a un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV. Estos ensayos se llevan a cabo en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer. También se pueden llevar a cabo para otras enfermedades o condiciones potencialmente mortales. Además:

- El estudio está aprobado o financiado por uno o más de los siguientes: El estudio está aprobado o financiado por uno o más de los siguientes: Los Institutos nacionales de Salud (National Institutes of Health), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y la calidad de la atención médica (Agency for Health Care Research and Quality), los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services), el Departamento de Defensa de los Estados Unidos (U.S. Department of Defense), el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (U.S. Department of Veterans Affairs), o el Departamento de Energía de los Estados Unidos (U.S. Department of Energy); o
- el estudio o la investigación se lleva a cabo bajo una nueva aplicación de medicamentos en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos; o
- el estudio o investigación es un ensayo de medicamentos que está exento de tener tal aplicación de nuevos medicamentos en investigación.

Todas las aprobaciones y requisitos de autorización que se aplican a la atención de rutina para los Miembros que no están en un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención de rutina para los Miembros en ensayos clínicos aprobados. Póngase en contacto con Molina o su PCP para obtener más información.

Si usted califica, Molina no puede negar su participación en un ensayo clínico aprobado. Molina no puede negar, limitar o poner condiciones en su cobertura de los costos rutinarios del paciente. Estos costos están asociados con su participación en un ensayo clínico aprobado para el cual usted califica. No se le negará ni excluirá de ningún Servicio Cubierto bajo este contrato por su condición de salud o participación en un ensayo clínico. Se cubrirá el costo de los medicamentos utilizados en el manejo clínico directo del Miembro. No se cubrirán si el ensayo clínico aprobado es para la investigación de ese medicamento. Tampoco estarán cubiertos por medicamentos que normalmente se suministran de forma gratuita a los Miembros en el ensayo clínico.

En el caso de los Servicios Cubiertos relacionados con un ensayo clínico aprobado, el Costo Compartido se aplicará igual que si el servicio no estuviera específicamente relacionado con un ensayo clínico aprobado. En otras palabras, usted pagará el Costo Compartido que usted pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con un ensayo clínico. Por ejemplo, en el caso de la atención hospitalaria, usted pagaría el costo compartido que figura en el apartado “Servicios hospitalarios para pacientes internados” del Programa de beneficios.

Molina no tiene la obligación de cubrir ciertos artículos y servicios que no son costos rutinarios para el paciente, según lo determina la Ley de Atención Médica Asequible, incluso cuando usted incurre en estos costos mientras está en un ensayo clínico aprobado. Los costos excluidos de la cobertura de su producto incluyen:

- El artículo, dispositivo o servicio de investigación clínica en sí;
- artículos y servicios exclusivamente para fines de recopilación y análisis de datos y no para el



- manejo clínico directo del paciente, y
- cualquier servicio que no se ajuste al estándar de atención establecido para el diagnóstico del paciente.

### **Cirugía bariátrica**

Cubrimos la atención hospitalaria relacionada con los procedimientos quirúrgicos bariátricos. Esto incluye sala y tabla, imágenes, laboratorio, procedimientos especiales y servicios médicos de Proveedores Participantes. Los servicios incluidos son los que se realizan para tratar la obesidad mórbida. El tratamiento significa cambiar el tracto gastrointestinal para reducir la ingesta y absorción de nutrientes. Se deben cumplir todos los siguientes requisitos para recibir estos servicios:

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

Para los Servicios Cubiertos relacionados con la cirugía reconstructiva, usted pagará el costo compartido que usted pagaría si los Servicios Cubiertos no estuvieran relacionados con la cirugía reconstructiva. Por ejemplo, en el caso de la atención hospitalaria, usted pagaría el costo compartido que figura en el apartado “Servicios hospitalarios para pacientes internados” del Programa de beneficios.

### **Cirugía reconstructiva**

Cubrimos los siguientes servicios de cirugía reconstructiva:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo. Estas estructuras anormales pueden ser causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedad para mejorar la función o crear una apariencia normal, en la medida de lo posible, los servicios serán cubiertos.
- Después de la extracción Médicamente Necesaria de la totalidad o parte de una mama, Molina cubre la reconstrucción de la mama. Molina también cubrirá la cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica. Molina cubre el tratamiento de complicaciones físicas, lo que incluye linfedemas.

Para los Servicios Cubiertos relacionados con la cirugía reconstructiva, usted pagará el costo compartido que usted pagaría si los Servicios Cubiertos no estuvieran relacionados con la cirugía reconstructiva. Por ejemplo, en el caso de la atención hospitalaria, usted pagaría el costo compartido que figura en el apartado “Servicios hospitalarios para pacientes internados” del Programa de beneficios.

### **Exclusiones de cirugía reconstructiva**

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

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

### **Servicios de trasplantes**

Cubrimos trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea en las instalaciones participantes. Molina debe autorizar los servicios para el cuidado de una instalación de trasplante, como se describe en la sección “Acceso a atención médica”, en “¿Qué es una autorización Previa?”

Después de la Autorización Previa para los servicios de una instalación de trasplante, se aplica lo siguiente.

- Si el médico o el centro de atención médica autorizado determina que usted no cumple con los respectivos criterios para un trasplante, Molina solo cubrirá los servicios que usted reciba antes de que se haga esa determinación.
- Molina no es responsable de encontrar, suministrar o asegurar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea.
- De acuerdo con nuestras directrices para servicios para donantes de trasplante vivos, Molina proporciona ciertos servicios relacionados con donaciones para un donante. Molina proporcionará servicios relacionados con donaciones a un donante o a un individuo identificado como donante potencial, independientemente de si el donante es o no miembro. Estos servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto para usted. Esto puede incluir servicios para la recolección del órgano, tejido o médula ósea y para el tratamiento de complicaciones. Nuestras directrices para los servicios de donantes están disponibles llamando a Nuestro Centro de atención al Cliente al número gratuito 1 (888) 858-2150.
- Los servicios están directamente relacionados con un servicio de trasplante cubierto para usted o son necesarios para evaluar donantes potenciales, cosechar el órgano, la médula ósea o las células madre, o tratar las complicaciones resultantes de la evaluación o donación, pero no incluyendo transfusiones de sangre o productos sanguíneos.
- El donante recibe los servicios cubiertos a más tardar noventa (90) días después de la recolección o el servicio de evaluación;
- El donante recibe servicios dentro de los Estados Unidos, con la excepción de que las limitaciones geográficas no se aplican al tratamiento de la recolección de células madre;
- El donante recibe autorización previa por escrito para servicios de evaluación y recolección;
- Para los servicios que tratan las complicaciones, el donante recibe servicios que no son de emergencia después de una autorización Previa por escrito, o recibe servicios de emergencia que Molina habría cubierto si los hubiera recibido; y
- En el caso de que su cobertura bajo este plan termine después de la donación o cosecha, pero antes de la expiración del límite de tiempo de noventa (90) días para los servicios para tratar las complicaciones, Molina seguirá pagando los servicios Médicamente Necesarios para el donante por noventa (90) días después de la recolección o el servicio de evaluación.

Para los servicios de trasplante cubiertos, incluidos los servicios relacionados con donaciones, usted pagará el costo compartido que usted pagaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con los servicios de trasplante. Por ejemplo, en el caso de la atención hospitalaria, usted pagaría el costo compartido que figura en el apartado “Servicios hospitalarios para pacientes internados” del Programa de beneficios. Los servicios de viaje limitados relacionados con el trasplante estarán cubiertos bajo autorización Previa. Las directrices para los servicios de viaje relacionados con el trasplante están disponibles llamando a nuestro Centro de atención al Cliente al número gratuito 1 (888) 858-2150.

Molina proporciona o paga por servicios relacionados con donaciones para donantes reales o potenciales (sean o no miembros) de acuerdo con nuestras directrices para servicios de donantes sin costo alguno.

## **COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS**

Cubrimos los medicamentos y fármacos con receta en una farmacia minorista contratada por el plan a menos que un medicamento con receta esté sujeto a una distribución restringida por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos o requiera un manejo especial, coordinación de proveedores o educación para el paciente que no puede ser proporcionada por una farmacia minorista. Los medicamentos y medicamentos recetados están sujetos a los costos compartidos aplicables en las siguientes condiciones:

- Los ordena un proveedor Participante que lo trata y el medicamento aparece en el Formulario de medicamentos de Molina Healthcare. También están cubiertos los medicamentos aprobados por el Departamento de Farmacia de Molina.

- Son ordenados o suministrados mientras usted está en una sala de emergencias o en un hospital.
- Son suministrados mientras usted está en una instalación de enfermería especializada. Deben ser ordenados por un Proveedor Participante en relación con un Servicio Cubierto. Los medicamentos con receta deben ser adquiridos en 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.

También, sujeto a los costos compartidos aplicables, y según lo prescrito por un Proveedor Participante:

Cubrimos los medicamentos anticancerosos administrados por vía oral que se usan para matar o frenar el crecimiento de células cancerosas en la misma base que los medicamentos para el cáncer inyectados o por vía intravenosa. La cuota de Costo compartido para un medicamento administrado oralmente contra el cáncer es de \$250 por un suministro de hasta treinta (30) días y no está sujeto a un deducible.

Cubrimos la vacuna contra el virus del papiloma humano para las mujeres Miembros que tienen entre nueve (9) y catorce (14) años de edad.

Cubrimos los medicamentos de nivel 1, nivel 2, nivel 3 y nivel 4. Estos medicamentos con receta deben obtenerse a través de las farmacias contratadas de Molina Healthcare dentro de California.

Los medicamentos con receta están cubiertos fuera del estado de California (fuera del área) sólo para Servicios de emergencia o Servicios De atención Urgente.

Tenga en cuenta que el Costo compartido para cualquier medicamento de marca con receta con un equivalente genérico obtenido por usted a través del uso de una tarjeta de descuento o un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos con receta, o cualquier otra forma de asistencia de terceros de Costos compartidos, no se aplicará a cualquier Deducible, o al Máximo anual de gastos de bolsillo bajo Su Plan.

Cualquier medicamento con receta de nivel 4 que esté sujeto a una distribución restringida por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos o que requiera un manejo especial, coordinación de proveedores o educación para el paciente que no puede ser proporcionada por una farmacia minorista se identifica en el formulario.

Usted puede ver una lista de farmacias y el rango estimado de costo de los medicamentos del formulario en el sitio web de Molina Healthcare, [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com).

Si usted o su abogado tiene problemas para presentar una receta en la farmacia, llame al Centro de atención al cliente de Molina al número gratuito 1 (888) 858-2150 para obtener ayuda. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

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

### **Formulario de medicamentos de Molina Healthcare (lista de medicamentos)**

Molina Healthcare tiene una lista de medicamentos que cubrirá. La lista se conoce como Formulario de medicamentos. Los medicamentos de la lista son elegidos por un grupo de médicos y farmacéuticos de Molina Healthcare y de la comunidad médica. El grupo se reúne cada 3 meses para hablar sobre los medicamentos que están en el Formulario de medicamentos. Revisan los nuevos medicamentos y los cambios en la atención de salud. Tratan de encontrar los medicamentos más eficaces para diferentes condiciones. Los medicamentos se añaden o eliminan del formulario de medicamentos por diferentes razones. Estas podrían ser:

- Cambios en la práctica médica

- Tecnología médica
- Cuando nuevos medicamentos aprobados por la FDA entran en el mercado
- Cuando los medicamentos son removidos del mercado por la FDA
- Cuando se identifica un medicamento con un nuevo problema de seguridad

Algunas de las razones por las que su medicamento puede no ser aprobado son:

- Se propusieron medicamentos menos eficaces identificados por el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de Medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation , DESI)
- Medicamentos sin receta que no están en el formulario
- Medicamentos no aprobados por la FDA o autorizados para su uso en Estados Unidos

Puede consultar nuestro Formulario de medicamentos en nuestro sitio web de Molina Healthcare en [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com). La dirección es [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com). Usted puede llamar a Molina Healthcare y preguntar sobre un medicamento, incluido si se puede obtener una receta en una farmacia minorista. Llame gratis al 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 pedirnos que le enviemos una copia del Formulario de medicamentos. Un medicamento incluido en el Formulario de medicamentos no garantiza que su médico lo recete para usted.

### **Acceso a medicamentos que no están en el Formulario**

Molina tiene un proceso que le permite solicitar medicamentos clínicamente apropiados que no están en el formulario bajo su producto. Su médico puede ordenar un medicamento que no está en el Formulario de medicamentos que él o ella cree que es el mejor para usted. Su médico puede ponerse en contacto con el Departamento de Farmacia de Molina para solicitar que Molina cubra el medicamento para Usted. Si se aprueba la solicitud, Molina se pondrá en contacto Con su médico. Si se deniega la solicitud, Molina Healthcare le enviará una carta a Usted y A Su médico. La carta explicará por qué se negó el medicamento.

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

Usted puede estar tomando un medicamento que ya no está en nuestro Formulario de medicamentos. Su médico puede solicitarnos que lo sigamos cubriendo al enviarnos una solicitud de autorización Previa para el medicamento. El medicamento debe ser seguro y efectivo para su condición médica. Su médico debe escribir su receta para la cantidad usual de medicamento para usted. Molina puede cubrir medicamentos específicos sin fórmula farmacéutica en las siguientes condiciones:

- Documento en su expediente médico;
- Certifique que las alternativas del Formulario de medicamentos no han sido efectivas en su tratamiento; o
- Las alternativas del Formulario de medicamentos causan o son razonablemente esperadas por el prescriptor para causar una reacción dañina o adversa en el Miembro.

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

- Solicitud de excepción para circunstancias urgentes que puedan poner en serio peligro la vida, la salud o la capacidad para recuperar la función máxima, o para someterse a tratamiento actual utilizando medicamentos que no están en el formulario no farmacológicos.

- Solicitud de Excepción Estándar.

Usted o su Proveedor Participante recibirán una notificación de nuestra decisión a más tardar:

- Veinticuatro (24) horas después de recibir la Solicitud de Excepción Acelerada
- Setenta y dos (72) horas después de recibir la Solicitud de Excepción Estándar

Si se deniega la solicitud inicial para un medicamento que no está en el Formulario” y/o excepción de terapia por pasos, puede presentar una queja solicitando una revisión de excepción externa. Consulte la sección titulada “Quejas y apelaciones” para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Además, Usted y/o Su Proveedor Participante pueden solicitar una revisión de la Organización de Revisión Independiente (IRO). Usted y/o Su Proveedor Participante recibirán una notificación de la decisión de la Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) a más tardar:

- Veinticuatro (24) horas después de recibir la Solicitud de Excepción Acelerada
- Setenta y dos (72) horas después de recibir la Solicitud de Excepción Estándar

Si no está de acuerdo con la denegación de un “medicamento que no está en el Formulario” y/o solicitud de excepción de terapia por pasos, Usted, Su representante o Su proveedor pueden presentar una queja solicitando una revisión de excepción externa. La información sobre cómo solicitar una revisión también se incluirá en el aviso de denegación del afiliado. Consulte la sección titulada “Quejas y apelaciones” para obtener información sobre cómo presentar una queja. El proceso de revisión de excepciones externas se suma al derecho del miembro a presentar una queja o solicitar una revisión médica independiente. Molina responderá a la solicitud de revisión externa dentro de:

- Veinticuatro (24) horas después de la recepción de la solicitud de Exigencia
- Setenta y dos (72) horas después de recibir la solicitud de no urgencia

### **Terapia escalonada:**

En algunos casos, Molina requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, Molina puede no cubrir el medicamento B a menos que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, Molina entonces cubrirá el medicamento B. Cualquier solicitud de excepción para la terapia escalonada puede hacerse al mismo tiempo con una solicitud de autorización previa para un medicamento con receta, y será revisada dentro de los mismos plazos que una solicitud de autorización previa, consulte la sección titulada “Autorización previa:” para obtener más información sobre autorización Previa.

### **Costo compartido para medicamentos y fármacos recetados**

El costo compartido para medicamentos y fármacos recetados se encuentra en el Programa de beneficios. El Costo Compartido se aplica a todos los medicamentos y fármacos recetados por un Proveedor Participante en forma ambulatoria, a menos que dicha terapia con medicamentos sea un elemento de la atención preventiva de EHB administrada o prescrita por un Proveedor Participante. Esto no estaría sujeto a los costos compartidos.

Usted no está obligado a pagar más que el precio de venta por un medicamento con receta cubierto. Si el precio de venta al público de una farmacia es menor que el monto de copago o coseguro aplicable que se indica en la Lista de beneficios, el precio de venta al por menor que usted paga por un medicamento cubierto constituirá el Costo compartido aplicable. El pago del precio de venta al público se aplicará tanto al Deducible, si lo hay, como al Máximo anual de Gastos de su bolsillo.

**Los niveles de medicamentos se definen de la siguiente manera:**

<b>Nivel:</b>	<b>Definiciones</b>
1	1) La mayoría de los medicamentos genéricos y marcas preferidas de bajo costo
2	1) medicamentos genéricos no preferidos o;
	2) medicamentos de Marca preferidos o;
	3) Recomendado por el Comité farmacéutico y terapéutico (P&T) del plan basado en la seguridad, eficacia y costo de los medicamentos.
3	1) medicamentos de Marca no preferidos o;
	2) Recomendado por el Comité de P&T basado en la seguridad, eficacia y costo de los medicamentos o;
	Generalmente, hay alternativas terapéuticas preferidas y a menudo menos costosas en un nivel más bajo.
4	1) la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o el fabricante de medicamentos limita la distribución a farmacias especializadas o;
	2) la autoadministración requiere entrenamiento, monitoreo clínico o;
	3) el medicamento se fabricó utilizando biotecnología o;
	4) el costo del plan (neto de rebajas) es > \$600.

*Nivel 1*

El costo compartido de los medicamentos de nivel 1 del formulario se encuentra en el Programa de beneficios.

Si Su médico ordena un medicamento de nivel 2 que no está en el formulario y hay un equivalente de nivel 1 disponible, el plan cubrirá el equivalente de nivel 1 y el miembro puede obtener el equivalente de nivel 1 pagando la cuota de costo de nivel 1.

Si usted lo solicita, o Su médico dice que debe tener, el medicamento de nivel 2 en lugar del equivalente de nivel 1, Su médico y/o usted puede presentar una solicitud de autorización Previa al Departamento de Farmacia de Molina Healthcare.

Si Molina no autoriza previamente el medicamento de nivel 2 en lugar del equivalente de nivel 1, usted puede obtener el medicamento de nivel 2, pero debe pagar el costo compartido del medicamento de nivel 2 más la diferencia en el costo entre el medicamento de nivel 2 y el equivalente de nivel 1. Si Molina proporciona autorización previa para el medicamento de nivel 2 en lugar del equivalente de nivel 1, usted puede obtener el medicamento de nivel 2 pero debe pagar el costo compartido de nivel 2.

*Nivel 2*

El costo compartido de los medicamentos de nivel 2 del formulario se encuentra en el Programa de beneficios.

*Nivel 3*

El costo compartido de los medicamentos de nivel 3 del formulario se encuentra en el Programa de beneficios.

*Nivel 4*

Molina Healthcare puede requerir que los medicamentos especiales se obtengan de una farmacia o centro especializado del Proveedor Participante para su cobertura. La farmacia especializada de Molina Healthcare coordinará con Usted o Su médico para proporcionar entrega a su domicilio o al consultorio de su proveedor.

### **Analgésicos opioides recetados para el dolor crónico**

Si se le recetan analgésicos opioides para el dolor crónico, debe obtener una Autorización Previa antes de recibir analgésicos opioides para el dolor crónico, excepto en las siguientes circunstancias:

- Analgésicos opioides recetados a un miembro que sea un paciente de hospicio en un programa de cuidados paliativos;
- Analgésicos opioides recetados a un miembro al que se le ha diagnosticado una afección terminal, pero no es un paciente de hospicio en un programa de cuidados paliativos; o
- Analgésicos opioides recetados a un miembro que tiene cáncer u otra afección

### **Medicamentos para dejar de fumar**

Los medicamentos para dejar de fumar son medicamentos recetados dentro del Formulario de medicamentos de Molina Healthcare que cubrimos para ayudarlo a dejar de fumar. Usted puede conocer más sobre sus opciones llamando al Departamento de Educación para la Salud de Molina Healthcare al número gratuito 1 (866) 472-9483, 6:00 a.m. a 6:00 p.m., de lunes a viernes. Su PCP lo ayuda a decidir qué medicamento para dejar de fumar es el mejor para usted. Usted puede conseguir hasta un suministro de 3 meses de medicamentos para dejar de fumar. También se le dará un número de teléfono al que puede llamar en cualquier momento que necesite ayuda.

### **Disponibilidad de pedidos por correo de medicamentos con receta del formulario de medicamentos**

Molina le ofrece una opción de prescripción de medicamentos con receta para el formulario de pedido por correo. No es necesario que utilice los servicios de pedidos por correo. Estos medicamentos con receta pueden ser enviados por correo dentro de los diez (10) días siguientes a la solicitud de pedido y aprobación. El costo compartido para un suministro de hasta noventa (90) días es en dos veces Sus costos compartidos de copago o coseguro basados en su nivel de medicamento por un (1) mes. La asistencia con receta en persona siempre está disponible sin Cargo en una farmacia participante.

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

- Puede realizar su pedido en línea. Visite [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com) y seleccione la opción de pedido por correo. A continuación, siga las indicaciones.
- Puede llamar al número gratuito de FastStart® al 1 (-800) -875-0867. Proporcione su número de miembro de Molina (que se encuentra en su tarjeta de identificación), su(s) nombre(s) de receta, el nombre y número de teléfono de su médico y su dirección de correo.
- Puede enviar por correo un formulario de solicitud de pedido por correo. Visite [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com) y seleccione la opción de formulario de pedido por correo. Complete y envíe el formulario por correo a la dirección del formulario junto con su pago. Usted puede darle al consultorio de su médico el número gratuito de FastStart® 1 (-800) -378-5697, y pedirle a su médico que llame, envíe un fax o prescriba su receta electrónicamente. Para acelerar el proceso, su médico necesitará su número de miembro de Molina (que se encuentra en su tarjeta de identificación), su fecha de nacimiento y su dirección de correo.

Usted puede optar por no recibir su pedido por correo en cualquier momento. Usted o su abogado puede llamar al Centro de atención al Cliente de Molina al número gratuito 1 (888) 858-2150 para asistencia. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

### **Suministros para diabéticos**

Se cubren los suministros de diabetes, como jeringas de insulina, lancetas y dispositivos de punción de lancetas, monitores de glucosa en sangre, kits de emergencia de glucagón, tiras de análisis de glucosa en sangre y tiras de análisis de orina. También están cubiertos los sistemas de administración de insulina mediante lapiceros.

### **Límite de suministro diario**

El Proveedor Participante que realiza la receta determina la cantidad de medicamento, suministro o suplemento que se va a recetar. A los efectos de los límites de cobertura de suministro diario, el Proveedor Participante determina la cantidad de un artículo que constituye un suministro de treinta (30) días Medicamento Necesario para usted. Tras el pago del Costo Compartido especificado en esta sección de “Cobertura de medicamentos recetados”, usted recibirá el suministro recetado hasta un suministro de treinta (30) días en un período de treinta (30) días. El límite de suministro de días para las reposiciones de prescripción de pedidos por correo es de noventa (90) días, como se describe anteriormente en la sección titulada “disponibilidad de pedidos por correo de medicamentos con receta del formulario”.

Se permite un suministro de hasta doce (12) meses para un anticonceptivo hormonal autoadministrado y aprobado por la FDA cuando se dispensa o suministra a la vez para un inscrito por un proveedor, farmacéutico o en un lugar autorizado o autorizado para dispensar medicamentos o suministros. El límite de suministro de treinta (30) días y el límite de suministro de noventa (90) días por correo no necesariamente se aplican al suministro de hasta doce (12) meses para los anticonceptivos hormonales autoadministrados aprobados por la FDA. De lo contrario, las cantidades que superen el límite de suministro del día no estarán cubiertas a menos Que Se Autorice Previamente.

Cubrimos las reposiciones parciales por menos del suministro estándar de treinta (30) días para las formas de dosificación oral y sólida de los medicamentos de la Lista II en el Formulario de medicamentos. Cubrimos las reposiciones parciales hasta que la receta se haya dispensado completamente. Se prorrateará la participación en los gastos de las reposiciones parciales.

### **Medicamentos y suplementos preventivos de venta libre**

Los medicamentos y suplementos de venta libre que son requeridos por las leyes estatales y federales para ser cubiertos para la atención preventiva están disponibles sin cargo cuando son prescritos por un Proveedor Participante.

- Ácido fólico para mujeres que planifican o pueden quedar embarazadas
- Vitamina D para adultos que viven en la comunidad de 65 años o más para promover la fuerza ósea
- Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses de edad con mayor riesgo de anemia por deficiencia de hierro
- Aspirina para adultos para la prevención de enfermedades cardiovasculares

### **Uso de medicamentos sin etiqueta**

Molina Healthcare cubre los medicamentos con receta y los medicamentos recetados para un uso que no se indica en las indicaciones y la información de uso publicada por el fabricante sólo si el medicamento cumple con todos los siguientes criterios de cobertura:

- El medicamento es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- El medicamento cumple una de las siguientes condiciones:
  - El medicamento es prescrito por un profesional de la salud autorizado participante para el tratamiento de una condición que amenaza la vida; o
  - El medicamento es prescrito por un profesional de la salud autorizado participante para el tratamiento de una condición crónica y seriamente debilitante el medicamento es Medicamento Necesario para tratar tal condición y el medicamento está en la Lista De medicamentos Recomendados o se ha obtenido autorización Previa para dicho medicamento.
- El medicamento es reconocido para el tratamiento de la enfermedad que amenaza la vida o es crónica y seriamente debilitante por uno de los siguientes:
  - La Información De Medicamentos Del Servicio De Fórmulas Del Hospital Americano (American Hospital Formulary Service); o
  - Uno de los siguientes compendios, si es reconocido por los Centros federales para Servicios de Medicare y Medicaid como parte de un régimen terapéutico contra el cáncer:



- La Farmacología Clínica del Elsevier Gold Standard.
- El Compendio Nacional de la Red Integral contra el Cáncer de Drogas y Biológicos.
- El Thomson Micromedex DrugDex; o
- Dos (2) artículos de importantes revistas médicas revisadas por pares que presentan datos que apoyan el uso o los usos propuestos fuera de la etiqueta como generalmente seguros y efectivos a menos que haya evidencia contradictoria clara y convincente presentada en una importante revista médica revisada por pares.
- De lo contrario, el medicamento es Medicamento Necesario.

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

"Potencialmente mortal" significa uno o ambos de los siguientes:

- Enfermedades o condiciones con una alta probabilidad de muerte a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o condición;
- Enfermedades o afecciones con resultados potencialmente mortales, donde el fin de la intervención clínica es la supervivencia.

"Crónico y seriamente debilitante" se refiere a enfermedades o condiciones que requieren tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro y causar una morbilidad significativa a largo plazo. Se aplicarán las reglas de costos compartidos: medicamentos especializados y autorización Previa.

### **Vacuna contra el SIDA**

Molina Healthcare cubre la vacuna contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) si cumple ambos de los siguientes criterios:

- 1) está aprobado para su comercialización por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal; y
- 2) es recomendada por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

## **SERVICIOS AUXILIARES**

### **Equipo médico duradero**

Si necesita un equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), Molina alquilará o comprará el equipo para usted. Se requiere autorización previa de Molina para el DME. El DME debe ser proporcionado a través de un proveedor contratado con Molina. Cubrimos reparaciones razonables, mantenimiento, entrega y suministros relacionados para el DME. Usted puede ser responsable de las reparaciones a DME si se deben a un mal uso o a una pérdida.

El DME cubierto incluye:

- Bombas de infusión y suministros para operar la bomba (pero no lo que incluye ningún medicamento)
- Mango curvo estándar o bastón cuádruple y suministros de repuesto
- Muletas estándar o antebrazo y suministros de repuesto
- Almohadilla de presión seca para un colchón
- Polo IV
- Tubo de traqueotomía y suministros
- Bomba y suministros enterales
- Estimulador óseo
- Tracción cervical (por encima de la puerta)
- Mantas de fototerapia para el tratamiento de la ictericia en recién nacidos
- Equipo de oxígeno y oxígeno
- Monitores de apnea
- Nebulizadores, máscaras faciales, tubos, medidores de flujo máximo y suministros relacionados

- Dispositivos separadores para inhaladores de dosis medidas
- Ostomía y suministros urológicos

Cubrimos los siguientes DME y suministros para el tratamiento de la diabetes, cuando sea Medicamento Necesario:

- Monitores de glucosa en sangre diseñados para ayudar a los miembros con visión deficiente o ciegos
- Bombas de insulina y todos los suministros necesarios relacionados
- Dispositivos podológicos para prevenir o tratar problemas de pie relacionados con la diabetes
- Ayudas visuales, excluidos los lentes, para ayudar a quienes tienen una visión deficiente con la dosificación apropiada de insulina.

### **Dispositivos protésicos y ortopédicos**

No cubrimos la mayoría de los dispositivos protésicos y ortopédicos, pero sí cubrimos los dispositivos implantados internamente y los dispositivos externos como se describe en esta sección de “Dispositivos protésicos y ortopédicos”, si se cumplen todos los requisitos.

- El dispositivo está en uso general, diseñado para uso repetido y utilizado principalmente y habitualmente con fines médicos
- El dispositivo es el dispositivo estándar que satisface adecuadamente sus necesidades médicas
- Recibe el dispositivo del proveedor que Molina Healthcare seleccione

Cuando cubrimos un dispositivo protésico y ortopédico, la cobertura incluye el ajuste y ajuste del dispositivo, la reparación o sustitución del dispositivo (a menos que se deba a una pérdida o mal uso), y servicios para determinar si necesita un dispositivo protésico o ortopédico. Si cubrimos un dispositivo de repuesto, usted paga el Costo compartido que correspondería por la obtención de ese dispositivo como se especifica a continuación.

### **Dispositivos implantados internamente**

Cubrimos dispositivos protésicos y ortopédicos, como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos osteointegrados, y articulaciones de la cadera, si estos dispositivos se implantan durante una cirugía que de otra manera está cubierta por nosotros.

Para dispositivos implantados internamente, consulte las secciones “Servicios hospitalarios para pacientes internamente” o “Servicios hospitalarios/instalaciones ambulatorias” (según corresponda) del Programa de beneficios para ver el Costo compartido aplicable a estos dispositivos.

### **Dispositivos externos**

Cubrimos los siguientes dispositivos protésicos y ortopédicos externos:

- Dispositivos protésicos y accesorios de instalación para restaurar un método de expresión después de la extracción de la totalidad o parte de la laringe (esta cobertura no incluye máquinas productoras de voz electrónica que no son dispositivos protésicos).
- Prótesis necesarias después de una mastectomía Medicamento Necesaria, incluidas prótesis hechas a medida cuando Son Medicamento Necesarias y hasta tres sostenes cada doce (12) meses cuando se requiere llevar una prótesis.
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando se prescriben por un Proveedor Participante que es un podólogo
- Las prendas de vestir y las envolturas y prendas de vestir de las quemaduras por compresión y linfedema
- Fórmula enteral para los miembros que requieren alimentación por sonda de acuerdo con las

directrices de Medicare

- Prótesis para reemplazar toda o parte de una parte del órgano facial externo que ha sido removido o afectado como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito

Para dispositivos externos, se aplicará el costo compartido De equipos médicos Duraderos.

### **Servicios auditivos**

No cubrimos audífonos (que no sean dispositivos implantados internamente, como se describe en la sección “Dispositivos protésicos y ortopédicos”). Sin embargo, Molina Healthcare sí cubre exámenes de audición de rutina que son Servicios de atención preventiva sin Cargo.

### **Atención médica en el hogar**

Estos servicios de atención médica en el hogar están cubiertos cuando Son Medicamente Necesarios y referidos por su PCP, y aprobados por Molina Healthcare:

- Servicios de enfermería especializada a tiempo parcial
- Visitas de enfermeras
- Servicios de atención médica domiciliaria
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Servicios sociales médicos
- Servicios de asistencia médica domiciliaria
- Suministros médicos
- Aparatos médicos Medicamente Necesarios

Los siguientes servicios de atención médica en el hogar están cubiertos por su producto:

- Hasta dos (2) horas por visita para visitas de una enfermera, trabajador social médico, fisioterapeuta ocupacional o terapeuta del habla y hasta cuatro horas por visita de un asistente de salud en el hogar
- Hasta cien (100) visitas por año calendario (contando todas las visitas de salud en el hogar)

Usted debe tener autorización Previa para todos los servicios de salud en el hogar antes de obtener servicios.

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

## **SERVICIOS DE TRANSPORTE**

### **Transporte médico de emergencia**

Cubrimos el transporte médico de emergencia (ambulancia terrestre o aérea), o los servicios de transporte de ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia “911” cuando sea Medicamente Necesario, o cuando un afiliado razonablemente cree que hay una emergencia. Los servicios de transporte médico de emergencia cubiertos se proveerán al costo compartido identificado dentro del Programa de beneficios.

### **Transporte médico que no sea de emergencia (ambulancia)**

Los servicios de ambulancia y furgoneta de transporte psiquiátrico que no sean de emergencia están cubiertos si un Proveedor Participante determina que Su condición requiere el uso de servicios que sólo una ambulancia autorizada o una furgoneta de transporte psiquiátrico puede proporcionar y que el uso de otros medios de transporte pondría en peligro Su salud. Estos servicios sólo están cubiertos cuando el vehículo le transporta a o desde Servicios Cubiertos. Usted debe tener autorización Previa de Molina Healthcare para estos servicios antes de que los servicios sean dados.

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

## OTROS SERVICIOS

### Servicios de diálisis

Cubrimos los servicios de diálisis aguda y crónica si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los servicios se proporcionan dentro de nuestra Área de Servicio
- Usted cumple con todos los criterios médicos desarrollados por Molina Healthcare
- Un médico del Proveedor Participante proporciona un referido escrito para el cuidado en el centro

Después de recibir el entrenamiento apropiado en un centro de diálisis aprobado y designado por Molina, Molina Healthcare también cubre el equipo y los suministros médicos necesarios para la hemodiálisis en casa y la diálisis peritoneal en casa dentro De Nuestra área de servicio. La cobertura se limita al elemento estándar de equipo o suministros que se adapte adecuadamente a sus necesidades médicas. Decidimos si alquilar o comprar el equipo y los suministros, y Seleccionamos al proveedor. Usted debe devolver el equipo y cualquier suministro no utilizado a nosotros o pagarnos el precio justo de mercado del equipo y cualquier suministro no utilizado cuando ya no los Cubrimos.

### Servicios especializados de visión

Cubrimos los siguientes lentes de contacto especiales cuando los prescribió un proveedor Participante:

- Hasta dos lentes De contacto Medicamente Necesarios por ojo (incluido el ajuste y la administración) en cualquier período de doce (12) meses para tratar la aniridia (falta de iris), ya sea proporcionada por el plan durante el período de contrato actual o de doce (12) meses anteriores.
- Hasta seis (6) lentes de contacto afáquicos Medicamente Necesarios por ojo (incluyendo ajuste y distribución) por año calendario para tratar la afaquia (ausencia de la lente cristalina del ojo), ya sea proporcionada por el plan bajo el contrato actual o anterior en el mismo año calendario.

Se aplicará el costo compartido de atención especializada ambulatoria.

## EXCLUSIONES

### ¿Qué se excluye de la cobertura bajo mi plan?

Esta sección de “exclusiones” enumera los artículos y servicios específicos excluidos de la cobertura bajo este Contrato. Estas exclusiones se aplican a todos los servicios que, de otro modo, estarían cubiertos por este Contrato, independientemente de si los servicios están dentro del alcance de la licencia o el certificado de un proveedor. Las exclusiones adicionales que se aplican solo a un beneficio en particular se enumeran en la descripción de ese beneficio en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

Estas exclusiones o limitaciones no se aplican a los servicios Medicamente Necesarios para tratar enfermedades mentales graves o trastornos emocionales graves de un niño (SMI o SED).

### Terapia acuática

No cubrimos la terapia acuática y otras terapias de agua, excepto que esta exclusión por la terapia acuática Medicamente Necesaria y otros servicios de terapia de agua no se aplica a los servicios de terapia que forman parte de un plan de tratamiento de terapia física y que están cubiertos por “Cuidado de pacientes ambulatorios”, “Atención médica en el hogar”, “Servicios de Hospicio” o “Cuidado De instalaciones 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, tales como: trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos (gamete intrafallopian transfer, GIFT), semen y óvulos (y servicios relacionados con su adquisición y almacenamiento), fertilización in

vitro (FIV) y transferencia intratubárica de cigotos (zygote intrafallopian transfer, ZIFT).

### **Ciertos exámenes y servicios**

Exámenes físicos y otros servicios 1) requeridos para obtener o mantener empleo o participación en programas de empleados, 2) requeridos para seguro o licencia, o 3) en orden judicial o requeridos para libertad condicional o libertad condicional. Esta exclusión no se aplica si un médico del Proveedor Participante determina que los servicios son Medicamente Necesarios.

### **Servicios quiroprácticos**

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

### **Servicios cosméticos**

Cirugía que se realiza para alterar o reformar las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia. Excepto que esta exclusión no se aplica a ningún servicio cubierto bajo “Cirugía Reconstructiva” en la sección “¿Qué cubre mi plan?” y dispositivos cubiertos bajo “Dispositivos protésicos y ortopédicos” en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

### **Cuidado de custodia**

Asistencia con actividades de la vida diaria (Por ejemplo: caminar, entrar y salir de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, aseo personal y tomar medicamentos).

Esta exclusión no se aplica a la asistencia en actividades de la vida diaria que se proporciona como parte de hospicio cubierto, centro de enfermería especializada o atención hospitalaria para pacientes internados.

### **Servicios dentales y de ortodoncia**

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

- Radiografías
- Aparatos
- Implantes
- Servicios prestados por dentistas u ortodoncistas
- Servicios dentales después de una lesión accidental en los dientes
- Servicios dentales resultantes de tratamientos médicos como la cirugía en el hueso de la mandíbula y el tratamiento con radiación

Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos bajo “Servicios dentales y de ortodoncia” en la sección “¿Qué cubre mi plan?”. Esta exclusión no se aplica a los Servicios dentales pediátricos que se enumeran como servicios cubiertos en el Anexo de Servicios dentales pediátricos.

### **Dietista**

El servicio de un dietista no es un beneficio cubierto. Esta exclusión no se aplica a los servicios bajo cuidados paliativos ni a los Servicios Cubiertos descritos en la sección titulada “Fenilcetonuria (PKU) y otros errores innatos Del Metabolismo”.

### **Suministros desechables**

Suministros desechables para el uso en el hogar, como vendas, gasa, cinta, antisépticos, vendajes, vendas as y pañales, protectores absorbentes y otros suministros para la incontinencia.

Esta exclusión no se aplica a los suministros desechables que se enumeran en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

### **Medicamentos para la disfunción eréctil**

Cobertura de los medicamentos para la disfunción eréctil a menos que así lo exija la ley estatal.

### **Servicios experimentales o de investigación**

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

Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes:

Servicios cubiertos bajo “Ensayos clínicos aprobados” en la sección “¿Qué cubre mi plan?”

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

### **Terapia genética**

La mayoría de las terapias genéticas no está cubierta. Molina cubre servicios limitados de terapia genética de acuerdo con nuestras políticas médicas, sujetos a Autorización Previa.

### **Tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello**

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

### **Servicios de infertilidad**

Servicios relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad, además de los servicios de preservación de la fertilidad iatrogénica Medicamente Necesarios.

### **Cuidados intermedios**

La atención en un centro de cuidados intermedios con licencia no está cubierta. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos bajo “Equipo médico Duradero”, “Cuidado de la salud en el hogar” y “Cuidado de Hospicio” en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

### **Artículos y servicios que no son artículos y servicios de atención médica**

Molina no cubre servicios que no son servicios de atención médica. Ejemplos de estos tipos de servicios son:

- Enseñanza de modales y cordura
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación como la planificación de actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas
- Artículos y servicios que aumentan el conocimiento o las habilidades académicas
- Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia
- Entrenamiento académico o tutoría para habilidades como gramática, matemáticas y manejo del tiempo
- Enseñar a leer, si usted tiene o no dislexia
- Pruebas educativas
- Enseñar arte, danza, montar a caballo, música, tocar instrumentos o nadar
- Habilidades de enseñanza para empleo o propósitos vocacionales
- Formación profesional o enseñanza de habilidades profesionales
- Cursos de formación profesional
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral

Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos para el tratamiento del trastorno del espectro autista (ASD) y definidos y cubiertos de acuerdo con la sección de “Servicios de Salud Mental” en la sección “¿Qué cubre Mi Plan?”

### **Artículos y servicios para corregir defectos refractivos del ojo**

Artículos y servicios (como cirugía de los ojos o lentes de contacto para remodelar el ojo) para corregir defectos refractivos del ojo como miopía, hiperopía o astigmatismo, excepto aquellos Servicios Cubiertos enumerados en “Servicios de visión pediátrica” en la sección “¿Qué cubre Mi plan?”.

### **Anticonceptivos masculinos**

Los condones para uso masculino no están cubiertos, tal como se excluye en la Ley de Atención Médica Asequible.

### **Terapia de masaje y Tratamientos alternativos**

No cubrimos la terapia de masaje, excepto que esta exclusión no se aplica a los servicios De terapia de masaje Medicamente Necesarios que forman parte de un plan de tratamiento de terapia física y que figuran como Servicios Cubiertos en la sección “¿Qué cubre Mi producto?”.

### **Nutrición oral**

Nutrición oral ambulatoria, como suplementos dietéticos o nutricionales, fórmulas especializadas, suplementos, suplementos herbarios, ayudas para la pérdida de peso, fórmulas y alimentos.

Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes:

- Fórmulas y productos alimenticios especiales cuando se prescriben para el tratamiento de la fenilcetonuria u otros errores innatos del metabolismo que involucran aminoácidos, de conformidad con la sección “Fenilcetonuria (PKU)” del presente Contrato.

### **Servicios de enfermería privada**

No cubrimos los servicios privados de enfermería.

### **Artículos y servicios de cuidado rutinario de los pies**

Los artículos y servicios de cuidado rutinario de los que no Son Medicamente Necesarios, excepto para las personas diagnosticadas con diabetes.

### **Servicios no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) Federal**

Los medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y cualquier otro servicio que por ley requiera la aprobación federal de la FDA para ser vendido en los EE. UU. pero no están aprobados por la FDA. Esta exclusión se aplica a los servicios prestados en cualquier lugar, incluso fuera de los EE. UU.

Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos bajo “Ensayos clínicos aprobados” en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

Consulte la sección “Revisión médica independiente para la negación de Terapias Experimentales/de Investigación” para obtener información sobre la revisión médica independiente relacionada con solicitudes denegadas de servicios experimentales o de investigación.

### **Servicios prestados por personas sin licencia**

Los Servicios cubiertos no incluyen los servicios realizados por personas que no están obligadas por el estado a tener licencias o certificados para proporcionar esos servicios de atención médica.

### **Servicios relacionados con un servicio no cubierto**

Cuando no se cubre un Servicio, se excluyen todos los servicios relacionados con el Servicio no Cubierto; excepto los servicios, Molina Healthcare cubriría de otra manera el tratamiento de las complicaciones del Servicio no Cubierto. Molina cubre todos los servicios médicos básicos necesarios para las complicaciones de un servicio no cubierto. Por ejemplo, si usted tiene una cirugía bariátrica no cubierta o una cirugía cosmética, Molina Healthcare no cubriría los servicios que usted recibe en preparación para la

cirugía o para la atención de seguimiento. Si más tarde sufre una complicación como una infección grave, esta exclusión no se aplicaría y Molina Healthcare cubriría cualquier servicio que de otra manera cubriría como Medicamento Necesario para tratar esa complicación.

### **Sustitución**

Los servicios para cualquier persona en relación con un contrato de sustitución, excepto los Servicios Cubiertos de otra manera proporcionados a un Miembro que es un sustituto. Un acuerdo de sustitución es uno en el que una mujer (el sustituto) se compromete a quedar embarazada y a entregar al bebé a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño. Consulte “Subrogación de un Contrato de subrogación” en la sección de “Disposiciones diversas” de este Acuerdo para obtener información sobre Sus obligaciones con nosotros en relación con un Contrato de Subrogación, incluyendo sus obligaciones de reembolsarnos por cualquier Servicios Cubiertos que Cubramos y su obligación de proveernos información sobre cualquiera que sea financieramente responsable de los Servicios Cubiertos que el bebé (o bebés) reciba.

### **Disfunción sexual**

El tratamiento de la disfunción sexual, independientemente de la causa, incluidos, entre otros, los dispositivos, implantes, procedimientos quirúrgicos y medicamentos no están cubiertos a menos 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 preautoriza de acuerdo con las directrices de viaje y alojamiento de Molina. Las directrices de viaje y alojamiento de Molina Healthcare están disponibles en Nuestro Centro de atención al Cliente llamando al número gratuito 1 (888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

## **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

Esta disposición de Coordinación de beneficios (“**COB**”) se aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un Plan. Todos los beneficios proporcionados en virtud de Este Contrato del Plan están sujetos a esta disposición. A los efectos de esta disposición del COB, el Plan se define a continuación.

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

### **Beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica**

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

### **Definiciones (aplicable a esta disposición del COB)**

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

1. El plan incluye:
  - Cobertura de seguro de grupo, manta o franquicia.



- Contratos del plan de servicio, práctica de grupo, práctica individual y otra cobertura de pago anticipado:
- Cualquier cobertura bajo los planes de administración de mano de obra, los planes de bienestar de los sindicatos, los planes de organización de empleadores o los planes de organización de beneficios de los empleados, y
- Cualquier cobertura bajo programas gubernamentales y cualquier cobertura requerida o provista por cualquier estatuto.

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

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

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

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

**“Gastos permitidos”** es un gasto en atención médica, que incluye deducibles, coseguros y copagos, que está cubierto al menos en parte por cualquier Plan que cubra al miembro. Cuando un Plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un Gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan que cubra al miembro no es un Gasto permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor por ley o de conformidad con un acuerdo contractual esté prohibido de cobrar a un Miembro no es un Gasto permitido.

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

1. La diferencia entre el costo de una sala de hospital semiprivado y una sala de hospital privado no es un Gasto permitido, a menos que uno de los Planes proporcione cobertura para los gastos de habitación de hospital privado.
2. Si un miembro está cubierto por 2 o más Planes que computan sus pagos de beneficios sobre la base de tasas habituales y razonables o una metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier monto que supere el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un Gasto permitido.
3. Si un miembro está cubierto por 2 o más Planes que ofrecen beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, un monto que exceda el más alto de las tasas negociadas no es un Gasto permitido.

4. Si un miembro está cubierto por un Plan que calcula sus beneficios o servicios sobre la base de las tasas habituales y razonables o de la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar y otro Plan que proporciona sus beneficios o servicios sobre la base de las tasas negociadas, el acuerdo de pago del Plan primario será el Gasto permitido para todos los Planes.

Sin embargo, si el proveedor ha contratado con el Plan secundario para proporcionar el beneficio o el servicio por una tarifa negociada específica o un monto de pago que sea diferente del acuerdo de pago del Plan primario y si el contrato del proveedor lo permite, la tarifa negociada o el pago serán los Gastos permitidos que el Plan secundario utilice para determinar sus beneficios.

5. El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del Plan primario porque un Miembro no ha cumplido con las disposiciones del Plan no es un Gasto permitido. Ejemplos de este tipo de disposiciones del plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, precertificaciones de admisiones y contratos de proveedores preferidos.

**“Período de determinación de la reclamación”** significa un año civil.

#### **Reglas de determinación de orden de beneficios**

(A) Cuando un Miembro está cubierto por dos o más Planes, estas reglas de determinación de Orden de Beneficio se aplican para determinar los beneficios que se otorgan a un Miembro cubierto por Este Plan para cualquier Período De Determinación De Reclamación si, para Los Gastos Permitidos incurridos como tal Miembro durante ese período, la suma de:

- (i) el valor de los beneficios que proporcionaría este Plan en ausencia de esta disposición, y
- (ii) los beneficios que se pagarían en virtud de todos los demás Planes en ausencia de disposiciones de fines similares a esta disposición superarían esos Gastos permitidos.

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

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

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

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

beneficios del Plan que cubren al Miembro como dependiente se determinan antes que los del Plan que cubre a ese Miembro como no dependiente.

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

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

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

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

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

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

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

- En primer lugar, los beneficios de un Plan que cubra al Miembro como empleado, miembro o suscriptor, o como dependiente de ese Miembro;
- En segundo lugar, los beneficios bajo la cobertura de continuación. Si el otro Plan no tiene las reglas descritas anteriormente, y si, como resultado, Los Planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, se ignora la regla de este apartado.

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

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

### **Efecto en los beneficios de este plan**

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

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

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

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

### **Derecho a recibir y divulgar la información necesaria**

Se necesitan ciertos datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica para aplicar estas reglas de COB y determinar los beneficios pagaderos bajo Este Plan y otros Planes. Molina puede obtener los hechos que necesita o darlos a otras organizaciones o personas con el propósito de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos bajo Este Plan y otros Planes que cubren a la persona que reclama beneficios. No necesitamos informar, ni obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclame beneficios bajo Este Plan debe dar a Molina cualquier dato que necesite para aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos. Si usted no nos proporciona la información que

necesitamos para aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos, su reclamación por beneficios será negada.

### **Facilidad de pago**

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

### **Derecho de recuperación**

Si el importe de los pagos realizados por Molina es más de lo que deberíamos haber pagado en virtud de esta disposición de COB, podremos recuperar el exceso de una o más de las personas que pagamos o de las que habíamos pagado, o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados por el Miembro. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

### **Disputas de coordinación**

Si usted cree que no hemos pagado una reclamación correctamente, primero debe intentar resolver el problema poniéndose en contacto con nosotros. Siga los pasos descritos en la sección “Quejas”, a continuación. Si todavía no está satisfecho, puede llamar al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) para obtener instrucciones sobre cómo presentar una queja de consumidor. Llame al 1 (888) 466-2219, o visite el sitio web del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) en [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov).

Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios bajo este Contrato, todos los Miembros legalmente capaces de contratar, y los representantes legales de todos los Miembros incapaces de contratar, están de acuerdo con todas las disposiciones de este Contrato.

### **Responsabilidad de terceros**

Usted acepta que, si se proporcionan Servicios Cubiertos para tratar una lesión o enfermedad causada por el hecho ilícito u omisión de otra persona o tercero, si usted es íntegramente resarcido por todos los demás daños resultantes del hecho ilícito u omisión antes de que Molina Healthcare tenga derecho a reembolso, entonces usted deberá:

- Reembolsar a Molina Healthcare el costo razonable de los servicios pagados por Molina Healthcare en la medida permitida por la sección 3040 del Código Civil de California inmediatamente después de la recolección de daños por él o ella, ya sea por acción o ley, acuerdo o de otra manera; y
- Cooperar plenamente con la efectividad por parte de Molina Healthcare de sus derechos de gravamen por el valor razonable de los servicios prestados por Molina Healthcare en la medida permitida en la sección 3040 del Código Civil de California. El gravamen de Molina Healthcare puede presentarse ante la persona cuyo acto causó las lesiones, su agente o el tribunal.

Molina Healthcare tendrá derecho al pago, reembolso y subrogación (recuperar los beneficios pagados cuando otro seguro proporciona cobertura) en recuperaciones de terceros y usted cooperará para ayudar completa y completamente a proteger los derechos de Molina Healthcare, lo que incluye la notificación rápida de un caso que implique una posible recuperación de un tercero.

## **INDEMNIZACIÓN DE TRABAJADORES**

Molina Healthcare no proporcionará beneficios bajo este Contrato que dupliquen los beneficios a los que usted tiene derecho bajo ninguna ley de indemnización de trabajadores aplicable. Usted es responsable de

realizar cualquier acción necesaria para obtener el pago bajo las leyes de indemnización de trabajadores cuando el pago bajo el sistema de indemnización de trabajadores puede ser razonablemente esperado. La falta de una acción apropiada y oportuna impedirá que Molina Healthcare tenga la responsabilidad de proporcionar beneficios en la medida en que el pago podría haberse esperado razonablemente en virtud de las leyes de indemnización de los trabajadores. Si surge una disputa entre usted y la compañía de indemnización de los trabajadores, en cuanto a su capacidad para cobrar conforme a las leyes de indemnización de los trabajadores, Molina Healthcare proveerá 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 bajo la ley de indemnización de los trabajadores, Molina Healthcare tendrá derecho a reembolso por el costo razonable de tales beneficios.

## **RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN**

### **¿Cómo se renueva mi cobertura de Molina Healthcare?**

La cobertura se renovará el primer día de cada mes tras la recepción por parte de Molina Healthcare de cualquier Prima prepaga adeudada. La renovación está sujeta al derecho de Molina Healthcare a enmendar este Acuerdo. Usted debe seguir los procedimientos requeridos por Covered California para determinar nuevamente su elegibilidad para la inscripción cada año durante el período anual de inscripción abierta de Covered California.

### **Cambios en las primas, deducibles, copagos y servicios cubiertos:**

Cualquier cambio en este Contrato, incluidos, entre otros, cambios en las primas, servicios cubiertos, deducible, copago, coseguro y monto máximo anual de gastos de bolsillo, será efectivo sesenta (60) días después del aviso enviado a la dirección de registro del suscriptor con Molina Healthcare. Molina no cambiará los montos Máximos de Deducible, Copago, Coseguro o Anual de su bolsillo durante el año del plan, excepto cuando así lo requiera la ley estatal o federal.

### **¿Cuándo terminará mi membresía en Molina Healthcare? (Terminación de los servicios cubiertos)**

La fecha de finalización de su cobertura es el primer día en que no está cubierto por Molina Healthcare (por ejemplo, si su fecha de finalización es el 1.º 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 termina por cualquier razón, usted debe pagar todas las cantidades pagaderas y adeudadas en relación con su cobertura con Molina Healthcare, incluidas las Primas, por el período anterior a su fecha de terminación.

Excepto en el caso de fraude o engaño en el uso de servicios o instalaciones, Molina Healthcare le devolverá, dentro de los treinta (30) días calendario, el importe de las primas pagadas a Molina Healthcare, que corresponde a cualquier período no vencido para el cual se hubiera recibido el pago junto con las cantidades adeudadas en reclamaciones, si las hubiera, menos cualquier cantidad adeudada a Molina Healthcare.

Usted puede solicitar una revisión por el director del Departamento de Atención Administrada de la Salud si cree que este Contrato ha sido o será cancelado incorrectamente, rescindido o no renovado. Usted puede comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud al número gratuito, 1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o al número TDD para personas sordas o con problemas de audición, sin costo, al 1 (877) 688-9891, o en línea en [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov).

Su membresía con Molina Healthcare terminará si usted:

**Ya no cumple los requisitos de elegibilidad:** Ya no cumple los requisitos de edad u otros requisitos de elegibilidad para la cobertura bajo este producto, tal como exige 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 de cualquier determinación de elegibilidad. Molina Healthcare le enviará un aviso cuando sepa que ha salido del área de servicio.

- Para la pérdida de elegibilidad no relacionada con la edad, la cobertura terminará a las 11:59 p. m. el último día del mes siguiente al mes en el que se le envíe cualquiera de estos avisos, a menos que usted solicite una fecha efectiva de terminación anterior.
- Para un niño dependiente que alcance la edad límite de veintiséis (26) años, la cobertura bajo este Contrato, para un niño Dependiente, terminará a las 11:59 p. m. del último día del año calendario en el cual el niño dependiente alcance la edad límite de veintiséis (26) años, a menos que el niño esté incapacitado y cumpla con los criterios especificados. Consulte la sección titulada “límite de edad para niños con discapacidades”.

**Solicitar cancelación de la inscripción:** Si usted decide terminar su membresía y desafiliarse de Molina Healthcare debe notificar al Molina Healthcare o a Covered California. Su membresía terminará a las 11:59 p. m. en el día 14 después de la fecha de su solicitud o una fecha posterior si usted lo solicita. Molina Healthcare puede, a su discreción, dar cabida a una solicitud para terminar su membresía en menos de catorce (14) días naturales.

**Tiene cobertura sólo para niños:** La cobertura sólo para niños bajo este Contrato, incluyendo la cobertura de dependientes de miembros de la cobertura Sólo para niños, terminará a las 11:59 p.m. del último día del año calendario en el cual el Miembro no Dependiente alcanza los 21 años de edad. Cuando la cobertura solo para niños bajo este Acuerdo termina porque el Miembro ha alcanzado la edad de 21 años, el Miembro y cualquier otro dependiente puede ser elegible para inscribirse en otros productos ofrecidos por Molina a través de Covered California.

**Cambia el plan de salud de Covered California:** Usted decide cambiar de Molina Healthcare a otro plan de salud ofrecido a través de Covered California, ya sea (i) dentro de los primeros sesenta (60) días calendario a partir de la fecha Efectiva de su cobertura si no está satisfecho con Molina Healthcare, o (ii) durante un periodo anual de inscripción abierta u otro periodo especial de inscripción para el cual se le ha determinado elegible de acuerdo con los procedimientos de inscripción especiales cubiertos de Covered California, o (iii) cuando usted busca inscribir A Un Nuevo Dependiente. Su membresía terminará a las 11:59 p. m. del día anterior a la fecha efectiva de cobertura a través de su nuevo plan de salud.

**Fraude o error de representación:** Usted comete cualquier acto o práctica que constituya fraude, o por cualquier tergiversación intencional de hechos materiales bajo los términos de su cobertura con Molina Healthcare, en cuyo caso una notificación de terminación será enviada y la terminación será efectiva en la fecha en que la notificación de terminación sea enviada por correo. Algunos ejemplos incluyen:

- Falsificar la información de elegibilidad.
- Presentar una receta o una orden del médico inválida.
- Mal uso de una tarjeta de identificación de miembro de Molina Healthcare (o permitir que otra persona la utilice).

Después de sus primeros veinticuatro (24) meses de cobertura, Molina Healthcare no puede terminar Su cobertura debido a cualquier omisión intencional, tergiversación o imprecisiones en su formulario de solicitud.

Si Molina Healthcare termina su membresía por causa, es posible que no se le permita inscribirse con nosotros en el futuro. También podemos denunciar el fraude penal y otros actos ilegales a las autoridades competentes para su enjuiciamiento.

**Interrupción:** Si Molina Healthcare deja de proporcionar u organizar la provisión de beneficios de salud para un servicio de atención médica nuevo o existente en el mercado individual, en cuyo caso Molina Healthcare le proporcionará un aviso por escrito con al menos ciento ochenta (180) días calendario antes de la fecha en que se suspenderá la cobertura.

**Retirada del producto:** Molina Healthcare retira Su producto del mercado, en cuyo caso Molina Healthcare le proporcionará un aviso por escrito al menos noventa (90) días calendario a la fecha en que se suspenderá la cobertura.

**Falta de pago de primas:** Si usted no paga las primas requeridas antes de la fecha de vencimiento, Molina Healthcare puede terminar su cobertura como se describe más adelante.

Su cobertura bajo ciertos Servicios Cubiertos terminará si su elegibilidad para tales beneficios termina. Por ejemplo, un Miembro que cumpla los 19 años ya no será elegible para los Servicios de Visión Pediátrica cubiertos por este Contrato y, como resultado, la cobertura de dicho Miembro bajo esos servicios cubiertos específicos terminará en su 19.º cumpleaños, sin afectar el resto de este Contrato.

## **PAGOS DE PRIMAS Y TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO**

### **Avisos de prima/Terminación por falta de pago de primas**

Sus obligaciones de pago de prima son las siguientes:

- El pago de su prima para el próximo mes de cobertura se debe realizar, a más tardar, en la fecha indicada en su factura de la prima. Esta es la “**Fecha de vencimiento**”. Molina Healthcare le enviará una factura por adelantado de la fecha de vencimiento para el próximo mes de cobertura. Si Covered California o Molina Healthcare no reciben el pago completo de la prima que vencen en o antes de la fecha De Vencimiento, Molina Healthcare enviará un aviso de cancelación por falta de pago de Primas y período de gracia, o, si usted está recibiendo pago anticipado de crédito tributario, un aviso de suspensión de cobertura a la dirección de registro del suscriptor.
- Si usted no recibe el pago anticipado del crédito de impuesto de prima, Molina Healthcare le dará un “período de gracia” de treinta (30) días calendario Antes de cancelar o no renovar su cobertura debido a la falta de pago de su prima. Molina Healthcare seguirá ofreciendo cobertura conforme a los términos de este Contrato, lo que incluye el pago de los servicios cubiertos recibidos durante el periodo de gracia de treinta (30) días calendario. Durante el periodo de gracia, usted puede evitar la cancelación o no renovación pagando la prima que usted debe a Covered California o Molina Healthcare Si usted no paga la prima al final del periodo de gracia, este Contrato será cancelado al final del periodo de gracia Usted será responsable de cualquier Prima no pagada adeudada a Molina Healthcare por el período de gracia.
- Si usted recibe el pago anticipado del crédito fiscal de prima, Molina Healthcare le dará un “período de gracia” de tres (3) meses antes de cancelar o no renovar su cobertura debido a la falta de pago de su prima. Molina Healthcare pagará por los Servicios Cubiertos recibidos durante el primer mes del período de gracia de tres meses. Si usted no paga la prima antes de que termine el primer mes del periodo 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 periodo de gracia hasta que Recibamos Las Primas morosas. Si no se reciben todas Las Primas adeudadas y adeudadas al final del período de gracia de tres meses, este Contrato será cancelado a partir del último día del primer mes del periodo de gracia, usted seguirá siendo responsable de cualquier Prima no pagada que deba a Molina Healthcare por el periodo de gracia.  
La terminación o no renovación de este Acuerdo por falta de pago será efectiva a las **11:59 p. m.:**
  - El último día del periodo de gracia si usted no recibe el pago anticipado del crédito del impuesto de prima; o
  - El último día del primer mes del periodo de gracia si usted recibe el pago anticipado del



crédito del impuesto de prima.

### **Aviso de terminación**

Al finalizar este Contrato, Molina Healthcare enviará por correo un Aviso de terminación a la dirección de registro del suscriptor que especifica la fecha y hora en que finalizó la membresía.

Si usted afirma que hemos terminado el derecho del Miembro a recibir servicios cubiertos debido al estado de salud del Miembro o a los requisitos para los servicios de atención médica, puede solicitar una revisión. Para solicitar una revisión, llame al Departamento de Atención Administrada de la Salud llamando gratis al 1 (888) 466-2219.

### **Restablecimiento después de la terminación**

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

### **Reinscripción después de la terminación por falta de pago**

Si usted es rescindido por falta de pago de prima y desea volver a inscribirse en Molina (durante la inscripción abierta o Un Periodo de inscripción especial) en el siguiente año del plan, podemos requerir que usted pague cualquier pago de prima vencido, más el pago de prima de Su primer mes en su totalidad, antes de que Aceptemos Su inscripción para que sea efectiva con Molina.

## **SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

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

Los siguientes derechos y responsabilidades también se encuentran en el sitio web de Molina Healthcare: [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com).

#### **Sus derechos**

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Será tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad por todos los que trabajan con Molina Healthcare. Obtener información sobre Molina Healthcare, nuestros proveedores, nuestros médicos, nuestros servicios y los derechos y responsabilidades de los Miembros. Elija a su médico "principal" de la lista de proveedores Participantes de Molina Healthcare (Este médico se llama su PCP).
- Estar informado sobre su salud. Si usted tiene una enfermedad, usted tiene el derecho de escuchar sobre todas las opciones de tratamiento sin importar el costo o la cobertura de beneficios. Usted tiene el derecho de que le respondan todas sus preguntas sobre su salud.
- Ayudar a tomar decisiones acerca de su atención médica. Usted tiene el derecho de negarse a recibir tratamientos médicos.
- Tiene derecho a la privacidad. Mantenemos sus registros médicos en confidencialidad.\*
- Consultar su expediente médico. Usted también tiene el derecho de obtener una copia y corregir su expediente médico donde se permita legalmente.\*
- Quejarse de Molina Healthcare o su atención. Puede llamar, enviar un fax, enviar un correo electrónico o escribir al Centro de Atención al Cliente de Molina Healthcare.
- Apelar las decisiones de Molina Healthcare. Usted tiene el derecho de que alguien hable por usted durante su queja.
- Cancelar la inscripción de Molina Healthcare (abandonar el plan de salud de Molina Healthcare).
- Pedir una segunda opinión sobre su condición de salud.
- Pedir a alguien fuera de Molina Healthcare que busque terapias experimentales o de investigación.
- Decidir por adelantado cómo quiere que lo cuiden en caso de que tenga una enfermedad o lesión potencialmente mortal.
- Obtener servicios de intérprete las 24 horas sin costo alguno para ayudarle a hablar con su médico

- o con nosotros si prefiere hablar un idioma que no sea el inglés.
- No se le pedirá que traiga a un menor, amigo o familiar con usted para que actúe como su intérprete.
- Obtener información sobre Molina Healthcare, sus proveedores o su salud en el idioma que prefiera.
- Pedir y conseguir materiales en otros formatos como letra de mayor tamaño, audio y Braille a solicitud y de manera oportuna y apropiada para el formato que se solicita y de acuerdo con las leyes estatales aplicables.
- Obtener una copia de la lista de medicamentos aprobados (Formulario de medicamentos) de Molina Healthcare a solicitud.
- Presentar una queja si no recibe medicamentos Medicamento Necesarios después de una visita de emergencia en uno de los hospitales contratados por Molina Healthcare.
- No ser tratado mal por Molina Healthcare o sus médicos por ejercer cualquiera de estos derechos.
- Hacer recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros de Molina Healthcare
- Estar libre de controles o aislamiento utilizados para presionar, castigar o buscar venganza.
- Presentar una queja o reclamo si cree que sus necesidades lingüísticas no fueron satisfechas por Molina Healthcare.

\*Sujeto a las leyes estatales y federales

### **Sus responsabilidades**

Usted tiene la responsabilidad de:

- Conocer y hacer preguntas sobre sus beneficios de salud. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, llame a Molina al número gratuito 1 (888) 858-2150.
- Darle a su médico, proveedor o a Molina Healthcare la información necesaria para que necesitan para cuidar de usted.
- Ser activo en las decisiones sobre su atención médica.
- Seguir sus planes de cuidado acordados con su(s) médico(s).
- Construir y mantener una fuerte relación paciente-médico. Cooperar con su médico y su personal. Cumplir con las citas y llegar a tiempo. Si va a llegar tarde o no puede llegar a su cita, llame al consultorio de su médico.
- Entregar su tarjeta de identificación de Molina Healthcare cuando reciba atención médica. No entregar su tarjeta de identificación a otros. Informar a Molina Healthcare sobre cualquier fraude o infracción.
- Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas, como usted pueda.

### **Sea activo en su atención médica**

- Planifique por adelantado
- Programe sus citas a una buena adecuada para usted
- Pida su cita en un momento en el que el consultorio esté menos ocupado si le preocupa esperar demasiado tiempo
- Mantenga una lista de preguntas que desee hacer a su médico
- Reponga su receta antes de que se quede sin medicamentos

### **Aproveche al máximo las visitas al médico**

- Haga preguntas a su médico
- Pregunte sobre los posibles efectos secundarios de cualquier medicamento con receta
- Dígale a su médico si usted bebe té o consume hierbas. También, dígale a su médico sobre cualquier vitamina o medicamentos de venta libre que esté tomando

## **Visite a su médico cuando está enfermo**

- Trate de darle a su médico tanta información como pueda.
- ¿Empeora o los síntomas o se mantienen más o menos iguales?
- ¿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 ATENCIÓN MÉDICA DE MOLINA**

### **Molina Healthcare siempre está mejorando los servicios**

Molina Healthcare hace todo lo posible por mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se le ofrecen. El proceso formal de Molina para que esto suceda es el “Proceso de mejora de la calidad”. Molina Healthcare hace muchos estudios a lo largo del año. Si encontramos áreas de mejora, tomamos medidas que resultarán en atención y servicio de mayor calidad.

Si desea saber más sobre lo que estamos haciendo para mejorar, llame gratis a Molina Healthcare al 1 (888) 858-2150 para más información.

### **Comité de participación de los miembros**

Queremos escuchar lo que piensa de Molina Healthcare. Molina Healthcare ha formado el Comité de Participación de los miembros para escuchar sus preocupaciones.

El Comité es un grupo de personas como usted que se reúne una vez cada tres (3) meses y nos dice cómo mejorar. El Comité puede revisar la información del plan de salud y hacer sugerencias a la Junta Directiva de Molina Healthcare. Si desea unirse al Comité de Participación de Miembros, llame a Molina Healthcare al número gratuito 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. ¡Únase Hoy A Nuestro Comité De Participación De Miembros!

### **Privacidad de su atención médica**

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Por favor lea nuestro Aviso sobre las normas de privacidad, al principio de este Acuerdo.

### **Nueva tecnología**

Molina Healthcare siempre está buscando maneras de cuidar mejor a nuestros Miembros. Es por eso que Molina Healthcare tiene un proceso para encontrar nuevas tecnologías médicas, medicamentos y dispositivos para posibles beneficios adicionales.

Nuestros directores médicos encuentran nuevos procedimientos médicos, tratamientos, medicamentos y dispositivos cuando están disponibles. Presentan información de investigación al Comité de Gestión de la Utilización, donde los médicos examinan la tecnología. Luego sugieren si se puede añadir como un nuevo tratamiento para los miembros de Molina Healthcare.

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

### **¿Qué tengo que pagar?**

Consulte el “Programa de beneficios” al principio de este Acuerdo para conocer sus responsabilidades de Costo Compartido para los Servicios Cubiertos.

Tenga en cuenta que usted puede ser responsable de pagar el precio total de los servicios médicos cuando:

- Usted pide y recibe servicios médicos que no están cubiertos, como cirugía cosmética.
- Excepto en el caso de los Servicios de emergencia o los Servicios de atención De Urgencia fuera del área, Usted pide y recibe servicios de atención de salud de un médico u hospital que no sea un Proveedor Participante con Molina Healthcare sin obtener la aprobación de Su PCP o Molina Healthcare.

Si Molina Healthcare no paga a un Proveedor Participante por darle Servicios Cubiertos, usted no es responsable de pagar al proveedor por cualquier cantidad adeudada por Nosotros. Esto no es válido para los proveedores que no están contratados con Molina Healthcare. Para obtener información sobre cómo presentar una queja si usted recibe una factura, vea a continuación.

### **¿Qué pasa si he pagado una factura o receta médica? (Disposiciones de reembolso)**

Con la excepción de cualquier monto de Costo compartido requerido (como un deducible, copago o coseguro), si usted ha pagado por un Servicio Cubierto o un medicamento recetado que fue aprobado o no requiere aprobación, Molina Healthcare le devolverá el dinero. Debe enviarnos su reclamo dentro de los doce (12) meses posteriores a haber recibido el medicamento.

Usted necesitará enviarnos por correo o fax una copia de la factura del médico, hospital o farmacia y una copia de su recibo. También debe incluir el nombre del Miembro para el que está enviando la reclamación y su número de póliza. Si la factura es por un medicamento con receta, usted necesitará incluir una copia de la etiqueta del medicamento con receta. Envíe esta información a la siguiente dirección:

Customer Support Center  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802

Después de recibir su solicitud de reembolso, le responderemos en un plazo de treinta (30) días. Si su reclamación es aceptada, le enviaremos un cheque por correo. Si su reclamación es denegada, le enviaremos una carta que le dirá por qué. Si usted no está de acuerdo con esto, puede apelar llamando a Molina Healthcare al número gratuito 1 (888) 858-2150.

### **¿Cómo paga Molina Healthcare mi atención?**

Molina Healthcare contrata con proveedores de muchas maneras. Algunos proveedores Participantes de Molina Healthcare reciben un monto fijo por cada mes que usted está bajo su cuidado, ya sea que vea al proveedor o no. También hay algunos proveedores a los que se les paga una tarifa por servicio. Esto significa que reciben el pago por cada procedimiento que realizan. Algunos proveedores pueden recibir incentivos para brindar atención preventiva de calidad. Molina Healthcare no ofrece incentivos financieros para las decisiones de gestión de utilización que podrían dar lugar a denegaciones de autorización previa o subutilización. Para más información sobre cómo se pagan los proveedores, por favor llámenos al 1 (888) 858-2150, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. También puede llamar a la oficina De Su proveedor o al grupo médico De Su proveedor para obtener esta información.

### **¿Habla un idioma que no sea el inglés?**

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

Molina Healthcare ofrece servicios telefónicos de intérprete para ayudarlo con:

- Hacer una cita
- Hablar con su médico o enfermera
- Obtener atención médica de emergencia de manera oportuna
- Presentar una queja o reclamo

- Obtener servicios de gestión de la educación sanitaria
- Cómo obtener información del farmacéutico sobre cómo tomar su medicamento (medicamentos)

Si necesita servicios de interpretación, informe a su médico o a cualquier persona que trabaje en su consultorio. También puede solicitar que Molina Healthcare le envíe cualquiera de los documentos en su idioma preferido. Los miembros que necesitan información en un idioma distinto del inglés o en un formato accesible (es decir Braille, letra grande, audio) pueden llamar al Centro de atención al Cliente de Molina Healthcare al 1 (888) 858-2150.

### **Servicios culturales y lingüísticos**

Molina Healthcare puede ayudarlo a hablar con su médico sobre Sus necesidades culturales. Podemos ayudarlo a encontrar médicos que entiendan su trasfondo cultural, servicios de apoyo social y ayuda con las necesidades del idioma. Llame al Centro de Atención al Cliente de Molina Healthcare al 1(888) 858-2150.

## **QUEJAS Y APELACIONES**

### **¿Qué es una queja o reclamo?**

Una queja es un reclamo. Una queja es una queja. Una queja es una expresión oral o escrita de insatisfacción que usted tiene con Molina y/o con cualquier Proveedor Participante, lo que incluye preocupaciones de calidad de atención, e incluirá una queja, disputa, solicitud de consideración o apelación hecha por Usted o Su representante. Por ejemplo, usted puede estar insatisfecho con las horas de disponibilidad de su médico. Las cuestiones relacionadas con la denegación de los servicios de atención médica son Apelaciones, y deben ser presentadas a Molina o al Departamento de Atención Administrada de la Salud del Estado de California de la manera descrita a continuación

### **¿Qué pasa si tengo una queja o reclamo?**

Si tiene algún problema con los servicios de Molina Healthcare, incluidos los Servicios dentales pediátricos, queremos ayudarlo a solucionarlo.

El representante del plan que puede ser contactado acerca de la queja se llama el “Coordinador de Apelaciones y quejas” y puede ser contactado de la siguiente manera:

- Llame gratis a Molina Healthcare al 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.
- Usted también puede enviarnos Su problema o queja por escrito o por correo o presentando su queja en línea en nuestro sitio web. Nuestra dirección es:

Molina Healthcare  
 Appeals and Grievance Coordinator  
 200 Oceangate, Suite 100  
 Long Beach, California 90802  
 MolinaMarketplace.com

- También puede presentar una queja enviando un correo electrónico a: [MHCMemberGandA@molinahealthcare.com](mailto:MHCMemberGandA@molinahealthcare.com) o fax 1 (562) 499-0757.
- Llame gratis al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DHMC) del estado de California al 1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219).

Molina Healthcare reconoce el hecho de que puede no siempre estar satisfecho con la atención y los servicios prestados por nuestros médicos, hospitales y otros proveedores contratados. Queremos saber sobre sus problemas y quejas.

Usted puede presentar una queja (también llamado reclamo) en persona, por escrito o por teléfono como se describe arriba.

Le enviaremos una carta acusándole recibo de su queja dentro de cinco (5) días calendario y luego le dará una respuesta formal dentro de treinta (30) días calendario de la fecha de su contacto inicial con nosotros. Todos los niveles de quejas serán resueltos dentro de treinta (30) días calendario.

Si usted no está satisfecho con Nuestra respuesta a su queja, usted puede presentar una apelación ante Molina Healthcare, si es recibida y puede ser procesada dentro de los treinta (30) días calendario de la recepción inicial de la queja. Le enviaremos una carta en la que acusemos recibo de su apelación dentro de cinco (5) días calendario. Todos los niveles de quejas y procedimientos de apelación de Molina Healthcare se completarán dentro de treinta (30) días calendario.

Usted debe presentar su queja dentro de ciento ochenta (180) días calendario a partir del día en que ocurrió el incidente o la acción que le causó ser infeliz.

Su cobertura permanecerá en efecto hasta que se produzca el resultado de su apelación interna.

### **Revisión acelerada**

Si Su queja implica una amenaza inminente y seria para su salud, Molina Healthcare revisará rápidamente su queja. Ejemplos de amenazas inminentes y serias incluyen, pero no se limitan a, dolor severo, pérdida potencial de vida, miembro o función corporal importante. Se le informará inmediatamente de su derecho a comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud. Molina Healthcare emitirá una respuesta formal a más tardar tres (3) días calendario después de su contacto inicial con nosotros. También puede ponerse en contacto con el Departamento de A Administrada de la Salud de inmediato y no se le exige participar en el proceso de quejas de Molina Healthcare.

### **Revisión de excepciones externas sin formulario**

Si no está de acuerdo con la denegación de un “medicamento que no están en el formulario” o la solicitud de excepción de terapia por pasos Usted, Su representante o Su proveedor pueden presentar una queja solicitando una información externa de revisión de excepciones en cuanto a cómo solicitar una revisión también se incluirá en el aviso de denegación del afiliado. Consulte la sección titulada “Quejas y apelaciones” para obtener información sobre cómo presentar una queja. El proceso de revisión de excepciones externas se suma al derecho del miembro a presentar una queja o solicitar una revisión médica independiente. Molina responderá a la solicitud de revisión externa dentro de:

- Veinticuatro (24) horas después de la recepción de la solicitud de Exigencia
- Setenta y dos (72) horas después de recibir la solicitud de no urgencia

**Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care):** El Departamento de Atención Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) de California es responsable de reglamentar los planes de servicio de salud. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a Molina sin costo al 1(888) 858-2150, y usar el proceso de quejas de Molina antes de comunicarse con este departamento. La utilización de este proceso de reclamos formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda con un reclamo que involucra una emergencia, un reclamo que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o un reclamo que no se ha resuelto durante más de treinta (30) días, puede comunicarse al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas

tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-HMO-2219) y una línea TTD (1-877-688-9891) para las personas con una discapacidad auditiva o del habla. El sitio web en Internet del Departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, contiene los formularios para quejas, solicitud para IMR e instrucciones en línea.

### Revisión médica independiente

Usted puede solicitar una revisión médica independiente (“IMR”) de un Servicio de atención médica En Disputa del Departamento de atención médica administrada (“DMHC”) si usted cree que los servicios de atención médica han sido denegados, modificados o retrasados indebidamente por Molina Healthcare o uno de sus proveedores Participantes. Un “**Servicio de atención médica en disputa**” es cualquier servicio de atención médica elegible para cobertura y pago (también llamado Servicios Cubiertos) que ha sido negado, modificado o retrasado por Molina Healthcare o uno de sus proveedores Participantes, en su totalidad o en parte porque el servicio no es Medicamento Necesario.

El proceso de IMR se suma a cualquier otro procedimiento o remedio que pueda estar disponible Para Usted. Usted no paga ninguna aplicación o tasa de procesamiento de ningún tipo para IMR. Usted tiene derecho a dar información en apoyo de la solicitud de un 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. Una decisión de no participar en el proceso de IMR puede causar que usted pierda cualquier derecho legal a tomar acción legal contra Molina Healthcare en relación con el servicio de atención médica en disputa.

Elegibilidad para IMR: El DMHC revisará su solicitud de un IMR para confirmar que:

1. O bien:
  - A. Su proveedor ha recomendado un servicio de atención médica como Medicamento Necesario, o
  - B. Usted ha recibido servicios de atención Urgente o de emergencia que un proveedor determinó que era Medicamento Necesario, o
  - C. Ha sido visto por un proveedor Participante para el diagnóstico o tratamiento de la condición médica para la cual usted busca revisión médica;
2. El Servicio de Salud en Disputa ha sido negado, modificado o retrasado por Molina Healthcare o uno de sus proveedores Participantes, basado en su totalidad o en parte en una decisión de que el servicio de atención médica no es Medicamento Necesario: y
3. Usted ha presentado una queja ante Molina Healthcare o su Proveedor Participante y la decisión en disputa se mantiene o la queja sigue sin resolverse después de treinta (30) días calendario. No tiene que esperar una respuesta de Molina Healthcare por más de treinta (30) días calendario.

Si Su queja requiere una **Revisión acelerada**, puede traerla inmediatamente a la atención del DMHC. No es necesario esperar a que Molina Healthcare responda durante más de tres (3) días calendario El DMHC puede renunciar al requisito de seguir el proceso de quejas de Molina Healthcare en casos extraordinarios y convincentes.

Si su caso es elegible para la IMR, la disputa será sometida a un médico especialista médico que hará una determinación independiente de si la atención es Medicamento Necesaria o no. Usted recibirá una copia de la evaluación realizada en su caso. Si el IMR determina que el servicio es Medicamento Necesario, Molina Healthcare proporcionará el servicio de atención médica.

Para casos no urgentes, la organización IMR designada por el DMHC debe proporcionar su determinación dentro de los treinta (30) días calendario de la recepción de su solicitud y documentos de apoyo. Para casos urgentes que involucren una amenaza inminente y seria a Su salud, incluido pero no

limitado a, dolor serio, la pérdida potencial de vida, miembro, o función corporal importante, o el deterioro inmediato y serio de su salud, la organización IMR debe proveer su determinación dentro de tres (3) días calendario.

Para más información sobre el proceso de IMR, o para solicitar un formulario de solicitud, llame gratis a Molina Healthcare al 1 (888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

### **Revisión médica independiente para la negación de terapias experimentales/de investigación**

Usted también puede tener derecho a una Revisión Médica Independiente de nuestra decisión de negar la cobertura para el tratamiento que hemos decidido ser experimentales o de investigación.

- El tratamiento debe ser para una condición potencialmente mortal o seriamente debilitante.
- Le notificaremos por escrito la oportunidad de solicitar una Revisión Médica Independiente de una decisión que deniegue una terapia experimental/de investigación dentro de los cinco (5) días hábiles de la decisión de negar la cobertura.
- No se le requiere participar en el proceso de quejas de Molina Healthcare antes de buscar una Revisión Médica Independiente de nuestra decisión de negar la cobertura de una terapia experimental o de investigación.
- La Revisión médica independiente se completará dentro de los treinta (30) días calendario de la recepción de su solicitud y documentación de apoyo por parte del Departamento de Atención Administrada de la Salud. Si Su médico determina que la terapia propuesta sería significativamente menos efectiva si no se inicia de inmediato, la decisión de Revisión médica independiente se emitirá dentro de los siete (7) días calendario de la solicitud completada para una revisión acelerada.

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

### **\*\*\*Información importante sobre sus derechos\*\*\***

Cualquier disputa de cualquier tipo, incluido entre otros, reclamos relacionados con la cobertura y entrega de servicios bajo este producto, que pueden incluir pero no se limitan a reclamos de negligencia (por ejemplo, en caso de cualquier disputa o controversia que surja del diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente por parte del proveedor de atención médica) o demandas de que los servicios médicos prestados bajo el producto eran innecesarios o no estaban autorizados o fueron prestados de manera inapropiada entre los miembros (incluidas sus subsidiarias o afiliadas), y Molina Healthcare, o cualquiera de sus compañías matrices, subsidiarias, sucesoras o compañías asignadas, serán sometidos a arbitraje obligatorio de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables, incluyendo la Ley Federal de Arbitraje, 9 U.S.C. secciones 1-16, Código de Procedimiento Civil de California secciones 1280 et seq. y la Ley de Atención Médica Asequible. Cualquier disputa de este tipo no será resuelta por una demanda, recurso al proceso



judicial, o estará sujeta a apelación, excepto según lo dispuesto por la ley aplicable. Cualquier arbitraje bajo esta disposición se llevará a cabo de manera individual; no se permiten arbitrajes de clase y acciones de clase.

El miembro y Molina Healthcare acuerdan que, al firmar el acuerdo de inscripción de un miembro en este producto, el miembro y Molina Healthcare renuncian cada uno 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 para que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso de arbitraje final y vinculante de conformidad con las normas y procedimientos integrales de JAMS, y la administración del arbitraje se llevará a cabo por MEDIO DE JAMS o cualquier otro servicio de arbitraje que las partes acuerden por escrito. La sentencia sobre el laudo dictado por el árbitro puede ser interpuesta en cualquier tribunal que tenga jurisdicción.

Las partes se esforzarán por acordar mutuamente el nombramiento del árbitro, pero si no se puede llegar a dicho acuerdo dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que se reciba el aviso de inicio del arbitraje, se utilizarán los procedimientos de nombramiento del árbitro en las Reglas Y Procedimientos Integrales de JAMS. El árbitro celebrará una audiencia dentro de un plazo razonable a partir de la fecha de notificación de la selección del árbitro neutral.

Las audiencias de arbitraje se llevarán a cabo en el Condado en el cual el Miembro vive o en cualquier otro lugar en el que las partes puedan llegar a un acuerdo por escrito. El descubrimiento civil puede ser tomado en tal arbitraje de acuerdo con las secciones 1280-1294.2 del Código de procedimiento Civil de California. El árbitro seleccionado tendrá el poder de controlar el momento, el alcance y la manera de tomar el descubrimiento y tendrá además los mismos poderes para hacer cumplir los deberes respectivos de las partes con respecto al descubrimiento, como lo haría un tribunal de derecho del estado de California, incluyendo, pero no limitado a, la imposición de sanciones. El árbitro tendrá la facultad de otorgar todos los recursos de acuerdo con, y sujeto a cualquier limitación de, la ley aplicable.

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

Las partes dividirán por igual los costos y gastos de JAMS y del árbitro. En casos de penurias extremas, Molina Healthcare puede asumir toda o parte de la participación del miembro en los honorarios y gastos de JAMS y del árbitro, siempre que el miembro presente una solicitud de penuria a JAMS. La aplicación de condiciones difíciles se realizará de manera y con la información y la documentación que requieran JAMS. JAMS (y no el punto muerto asignado para escuchar el caso) determinarán si se debe conceder la solicitud de privación del miembro.

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

**DISPOSICIONES DIVERSAS**

**Actos más allá del control de Molina Healthcare**

Si las circunstancias más allá del control razonable de Molina Healthcare, incluido cualquier desastre importante, epidemia, destrucción total o parcial de instalaciones, guerra, disturbios o insurrección civil, resultan en la indisponibilidad de cualquier instalación, personal o Proveedores Participantes, entonces Molina Healthcare y los Proveedores Participantes proveerán o intentarán proveer Servicios Cubiertos en la medida de lo posible, según su mejor criterio, dentro de la limitación de tales instalaciones y personal y Proveedores Participantes. Ni Molina Healthcare ni ningún Proveedor Participante tendrán ninguna responsabilidad u obligación por demora o falta de prestación de Servicios Cubiertos si tal retraso o fracaso es el resultado de cualquiera de las circunstancias descritas anteriormente.

**Renuncia**

El incumplimiento por parte de Molina Healthcare de cualquier disposición de este Contrato no se interpretará como una renuncia a esa disposición o a cualquier otra disposición de este Acuerdo, ni perjudicará el derecho de Molina a exigirle el cumplimiento de cualquier disposición de este Contrato.

**No discriminación**

Molina Healthcare no discrimina en contratar personal o proveer atención médica basada en una condición de salud preexistente, color, credo, edad, origen nacional, identificación de grupo étnico, religión, discapacidad, incapacidad, orientación sexual o sexo e identidad de género.

Si usted piensa que no ha sido tratado de manera justa, por favor llame al Centro de Atención al Cliente al número gratuito 1 (888) 858-2150.

**Donación de órganos o tejidos**

La Legislatura del Estado le ha pedido a Molina Healthcare que le diga que puede convertirse en un donante de órganos o tejidos. Los avances médicos en la tecnología de trasplante de órganos han ayudado a muchos pacientes. Sin embargo, el número de órganos disponibles es mucho menor que el número de pacientes que necesitan un trasplante de órganos. Usted puede elegir ser un donante de tejido orgánico contactando al Departamento de Vehículos Motorizados para obtener una tarjeta de donación de órganos.

### **Cesión**

Usted no puede asignar este Contrato ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos por dinero debido, beneficios, reclamos u obligaciones que se establecen en el presente documento sin el consentimiento previo por escrito de Molina (que el consentimiento puede ser rechazado a discreción de Molina).

### **Ley aplicable**

Salvo que se prejuzgue por la ley federal, este Contrato se registrará de acuerdo con la ley de California y cualquier disposición que se requiera para estar en este Contrato por ley estatal o federal, obligará a Molina Healthcare y a los Miembros, independientemente de lo dispuesto o no en este Contrato.

### **Nulidad**

Si cualquier disposición de este Acuerdo se considera ilegal, inválida o inaplicable en un procedimiento judicial o arbitraje vinculante, dicha disposición será inaplicable e inválida, y el resto de este Acuerdo seguirá siendo aplicable y permanecerá en plena vigencia y efecto.

### **Avisos**

Cualquier aviso requerido por Molina Healthcare bajo este Contrato será enviado a la dirección más reciente que tenemos para el suscriptor. El suscriptor es responsable de reportar cualquier cambio de dirección contactando a Covered California y/o Molina Healthcare al 1 (800) 300-1506.

### **Subrogación de un Contrato de subrogación**

Si usted entra en un Contrato de subrogación y Usted o cualquier otro beneficiario tiene derecho a recibir pagos u otra compensación bajo el Contrato de subrogación, usted debe reembolsarnos por los servicios cubiertos que usted recibe en relación con la concepción, el embarazo, el parto o el cuidado posparto en relación con ese acuerdo (“Servicios de Salud de Subrogación”) hasta el máximo permitido bajo la Sección 3040 del Código Civil de California. Un “Contrato de subrogación” es aquel en el que una mujer se compromete a quedar embarazada y a entregar el bebé (o bebés) a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño (o hijos), ya sea que la mujer reciba o no el pago por ser un sustituto. Nota: Esta sección de “Arreglos de subrogación” no afecta Su obligación o paga Su copago o coseguro por estos servicios cubiertos. Después de entregar a un bebé a los padres legales, usted no está obligado a reembolsar por los servicios cubiertos que recibe el bebé (los padres legales son financieramente responsables de cualquier servicio cubierto que recibe el bebé).

Al aceptar los Servicios de Salud de Subrogación, usted automáticamente nos asigna su derecho a recibir pagos que son pagaderos a usted o a cualquier otro beneficiario bajo el Contrato de Subrogación, sin importar si esos pagos se caracterizan como ser para gastos médicos. Para garantizar Nuestros derechos, también tendremos un gravamen sobre esos pagos y sobre cualquier cuenta de garantía, fideicomiso o cualquier otra cuenta que tenga esos pagos. Esos pagos (y cantidades en cualquier cuenta de garantía, fideicomiso u otra cuenta que tenga esos pagos) se aplicarán primero para satisfacer Nuestro gravamen. La asignación y nuestro gravamen no excederán la cantidad total de Su obligación a nosotros bajo el párrafo anterior.

Dentro de los 30 días siguientes a la entrada en un Contrato de subrogación, usted debe enviar un aviso por escrito del acuerdo, incluyendo toda la información siguiente:

- Nombres, direcciones y números de teléfono de las otras partes del contrato
- Nombres, direcciones y números de teléfono de cualquier agente de custodia o administrador
- Nombres, direcciones y números de teléfono de los padres previstos y de cualquier otra parte que sea financieramente responsable de los servicios cubiertos que reciba el bebé (o bebés), incluyendo nombres, direcciones y números de teléfono de cualquier seguro de salud que cubra los servicios cubiertos que reciba el bebé (o bebés)
- Una copia firmada de cualquier contrato y otros documentos que expliquen el contrato
- Cualquier otra información que Pidamos para satisfacer Nuestros derechos

Debe enviar esta información a:

Customer Support Center  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802

Usted debe completar y enviarnos todos los consentimientos, las liberaciones, las autorizaciones, las formas de gravamen y otros documentos que sean razonablemente necesarios para que nosotros determinemos la existencia de cualquier derecho que podamos tener bajo esta sección de “Arreglos de subrogación” y para satisfacer esos derechos. Usted no puede aceptar renunciar, liberar o reducir nuestros derechos bajo esta sección de “Arreglos de subrogación” sin nuestro consentimiento previo y por escrito.

Si su propiedad, padre, tutor o tutor afirma una reclamación contra un tercero basada en el contrato de sustitución, Su patrimonio, padre, tutor o tutor estará sujeto a nuestros derechos de residencia y otros derechos en la misma medida que si hubiera afirmado la reclamación contra el tercero. Podemos asignar nuestros derechos para hacer cumplir Nuestros derechos y otros derechos.

Si tiene alguna pregunta sobre Sus obligaciones en virtud de esta disposición, póngase en contacto Con nuestro Centro de atención al cliente.

### **Programa de bienestar**

Su contrato incluye el acceso a un programa de actividades de salud. El objetivo del programa es alentarle a completar actividades de salud que apoyen su salud general. El programa es voluntario y está disponible sin costo adicional para usted. Las actividades de salud que lo incentivamos a completar se describen a continuación. Para obtener más información, póngase en contacto con el número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros de su tarjeta de identificación.

#### *Actividades anuales de salud*

Le recomendamos que complete cualquiera de las actividades anuales de salud que se indican a continuación, durante el año calendario. Al terminar, Molina puede trabajar con usted para apoyar su bienestar general.

#### **Examen de bienestar anual**

- El examen de bienestar anual le ofrece la oportunidad de obtener un examen físico completo anual a través de su PCP o un examen de evaluación de salud en el hogar facilitado a través de Molina.

## **PROGRAMAS DE NIVEL 1 DE MANEJO DE LA SALUD**

Si usted está viviendo con una enfermedad de salud crónica o una enfermedad de salud conductual, Molina Healthcare tiene programas que pueden ayudar. Usted puede ser inscrito en un programa(s) si usted tiene ciertas condiciones de salud y cumple con los requisitos. Es su elección pertenecer a un programa y puede pedir que se lo dé de baja de un programa en cualquier momento. Nuestros programas incluyen:

- Programa Breathe With Easy (Manejo del asma)
- Programa Building Brighter Days (Manejo de la depresión en adultos)
- Programa de embarazo (Pregnancy Program)

Su proveedor puede referirlo a un programa(s) o usted puede referirse a sí mismo, llamando directamente al Departamento de Atención Administrada de la Salud al 1 (866) 891-2320.

## **Nivel I de manejo de la salud - Programas de educación de la salud**

### *Programas de pérdida de peso*

Nuestro programa de control de peso está diseñado para ayudar a los adultos a manejar su peso. Como parte del programa, usted aprenderá sobre comer y hacer ejercicios saludables.

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

### *Programa de tratamiento para dejar de fumar*

Nuestro Programa Para Dejar de fumar está diseñado para adultos que tienen dieciocho (18) años de edad o más al inscribirse en el programa.

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

## **Boletines de noticias**

Los boletines de noticias se publican en el sitio web de [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com) por lo menos 2 veces al año. Los artículos son sobre temas que los miembros como usted preguntan. Los consejos pueden ayudarlo a usted y a su familia a mantenerse saludables.

## **Materiales educativos sobre la salud**

Nuestros materiales fáciles de leer son sobre nutrición, guías de servicios preventivos, manejo del estrés, ejercicio, manejo del colesterol, asma, diabetes, y otros temas. Para obtener estos materiales, consulte a su médico o visite nuestro sitio web en: [www.MolinaMarketplace.com/healthmanagement](http://www.MolinaMarketplace.com/healthmanagement)

## **Programa de prevención de la diabetes**

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

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

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

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

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

Los miembros pueden acceder al Programa de Prevención de la Diabetes de Molina visitando a su proveedor o llamando a Departamento de Servicios para Miembros al 1 (888) 858-2150 (de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.).

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA DE SU ATENCIÓN MÉDICA

Departamento/Programa	Tipo de Ayuda Necesaria	Número para llamar/ Información de contacto
<b>Molina Healthcare Centro de Atención al Cliente</b>	Si tiene un problema con cualquiera de los servicios de Molina Healthcare, queremos ayudarlo a solucionarlo. Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener ayuda o para presentar una queja o reclamo de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 6.00 p m. En caso de duda, llámenos primero.	1 (888) 858-2150 Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.
<b>Molina Healthcare Manejo de la salud Programas de Nivel 1</b>	Solicitar ayuda para manejar una condición de salud diagnosticada, incluyendo asma, depresión o embarazo. Horas: 4:00 a.m. y 8:00 p.m. (hora del Pacífico) De lunes a viernes.	1 (866) 891-2320 Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.
<b>Molina Healthcare Educación para la salud</b>	Solicitar información sobre el abandono del hábito de fumar y el manejo del peso. Horas: De lunes a viernes entre 6:00 a. m. y 6:00 p. m. (hora del Pacífico),	1 (866) 472-9483 Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.
<b>Molina Healthcare Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas</b>	Si tiene preguntas o preocupaciones sobre su salud o la de su familia. La línea de consejos de enfermeras está conformada por Enfermeras Registradas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Inglés: 1 (888) 275-8750 Español: 1 (866) 648-3537 Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.
<b>Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos Office for Civil Rights</b>	Si usted cree que no hemos protegido su privacidad y desea quejarse, puede llamar para presentar una queja (o reclamo).	(415) 437-8310 TDD: (415) 437-8311 FAX: (415) 437-8329
<b>Medicare</b>	Medicare es un seguro de salud ofrecido por el gobierno federal a la mayoría de las personas mayores de 65 años. Medicare ayuda a pagar por la atención médica, pero no cubre todos los gastos médicos.	1 (800) MEDICARE TTY: 1 (877) 486-2048 <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>
<b>Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) de California:</b>	El DMHC es responsable de regular los planes de servicios de salud. Si usted tiene una queja contra Molina Healthcare, primero debe llamar a Molina Healthcare sin costo al 1-(888) -858-2150, y usar el proceso de quejas de Molina Healthcare antes de comunicarse con el DMHC.	1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o TDD: 1 (877) 688-9891 <b><a href="http://www.hmohelp.ca.gov">www.hmohelp.ca.gov</a></b>

# ANEXO PARA 2020 SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS

Proporcionado por California Dental Network, Inc.



200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802

California Dental Network

*A DentaQuest company*

## DEFINICIONES

**“Atención dental de emergencia”** significa el servicio necesario para aliviar inmediatamente los síntomas agudos asociados con una condición dental de emergencia.

**“Condición médica de emergencia”** se refiere a una condición médica que incluye dolor severo o sangrado asociado con problemas dentales, y/o condiciones dentales imprevistas que, si no se diagnostican y tratan inmediatamente, pueden llevar a una discapacidad, disfunción o muerte que se manifiesten por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor severo) de tal manera que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente esperar resultar en cualquiera de los siguientes:

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

**“Exclusión”** se refiere a cualquier servicio que aparezca como no cubierto por la CDN o el Proveedor.

**“Limitación”** significa cualquier servicio que no sea una exclusión que restrinja la cobertura bajo este plan.

**“Proveedor dental”** se refiere a aquellos dentistas, que han contratado con la CDN, e incluye a cualquier higienista o asistente que actúe bajo la supervisión del dentista, para proporcionar servicios a los Miembros.

**“Especialista dental”** se refiere a un dentista que es responsable del cuidado dental de un miembro en un campo de la odontología, como la endodoncia, la periodoncia, la pedodoncia, la cirugía oral o la ortodoncia.

**“Proveedor dental participante”** significa un dentista que tiene un contrato con la CDN para tratar a nuestros miembros asegurados.

**“Beneficios esenciales para la salud pediátrica”** son uno de los diez beneficios Esenciales para la Salud requeridos bajo la Ley De atención Médica Asequible (ACA). Los beneficios pediátricos esenciales para la salud cubren la atención y servicios dentales como limpiezas, radiografías y rellenos para personas de hasta 19 años.

**“Dentista primario”** significa el dentista principal al que el miembro ha elegido o ha sido asignado para su tratamiento dental y es un proveedor dental participante.

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

## ¿CÓMO USO MIS BENEFICIOS?

Además de su EOC de Molina Healthcare of California, usted recibirá una carta de la Red Dental de California (CDN por sus siglas en inglés) con el número de teléfono y la dirección de Su oficina



dental.

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

### **¿CÓMO CAMBIO MI PROVEEDOR DENTAL?**

**LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LE INFORMA A LOS GRUPOS DE PROVEEDORES QUE PUEDEN PROPORCIONARLE ATENCIÓN DENTAL.**

Usted puede seleccionar a cualquier Proveedor Dental Participante de la CDN para su cuidado dental. Usted puede cambiar a su proveedor de atención primaria (PCP) en cualquier momento. Comuníquese con el Departamento de Servicio de Atención al Cliente Dental al 1-855-424-8106 para cambiar a su dentista primario. Cualquier solicitud recibida antes del 20 de cada mes entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Cualquier cambio que se reciba después del 20 del mes estará vigente el primer día del segundo mes calendario. Podemos requerir hasta 30 días para procesar una solicitud.

### **PROVEEDORES DENTALES**

Las oficinas dentales participantes de la CDN están abiertas durante el horario comercial normal y algunas oficinas están abiertas el sábado. Consulte el directorio de su proveedor para obtener más información sobre las horas de oficina del proveedor y los idiomas que se hablan en las oficinas participantes. Si tiene dificultades para localizar a un proveedor dental participante en su área dentro de los estándares de acceso del plan, comuníquese con el Departamento de Servicio de Atención al Cliente Dental al 1-855-424-8106 para recibir autorización para servicios fuera de la red. Usted podrá seleccionar un proveedor de su elección en el área inmediata. Se dará autorización para el examen y las radiografías, todo el tratamiento debe ser sometido para su aprobación.

### **¿Cómo puedo obtener servicios de emergencia?**

La atención dental urgente y de emergencia está cubierta las 24 horas del día, los siete días de la semana, para todos los Miembros. Atención dental de emergencia se reconoce como tratamiento dental para el alivio inmediato de una condición médica de emergencia y cubre sólo los servicios dentales necesarios para aliviar los síntomas de tales condiciones. Se requiere atención urgente dentro de las 24 a 72 horas, y se necesitan servicios para prevenir el grave deterioro de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista para la cual el tratamiento no se puede retrasar. El Plan proporciona cobertura para servicios dentales urgentes sólo si se requieren los servicios para aliviar síntomas como dolor o sangrado severos o si un miembro cree razonablemente que la condición, si no se diagnostica o se trata, puede llevar a una discapacidad, deterioro o disfunción. Los beneficios cubiertos son el alivio de los síntomas agudos solamente (por ejemplo: dolor severo o sangrado) y no incluye la restauración completa. Comuníquese con su dentista Participante para atención dental urgente o de emergencia. Si su proveedor dental no está disponible durante el horario comercial normal, llame al Servicio de Atención al Cliente Dental al 1-855-424-8106.

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

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

### **¿Qué hago si estoy fuera del área?**

Usted está cubierto para atención dental urgente y de emergencia. Si usted está lejos de su proveedor participante asignado, usted puede contactar a la CDN para ser referido a otro dentista contratado que pueda tratar su condición urgente o de emergencia. Si usted está fuera del área, es después del horario comercial normal de la CDN, o no puede contactar a la CDN para redirigirle a otro dentista contratado, póngase en contacto con cualquier dentista autorizado para recibir atención de emergencia o urgente. Se le requiere que presente una declaración detallada del dentista tratante con una lista de todos los servicios proporcionados. Las reclamaciones de los miembros se deben presentar dentro de los 60 días y reembolsaremos a los Miembros dentro de los 30 días por cualquier gasto de emergencia o atención urgente. Un padre no cubierto de un niño cubierto puede presentar una reclamación por una emergencia fuera del área sin la aprobación del padre cubierto, en ese caso el padre no cubierto será reembolsado. Envíe todas las reclamaciones a la CDN a esta dirección:

California Dental Network, Inc  
23291 Mill Creek Dr. Ste. 100  
Laguna Hills, CA 92653

La atención dental de emergencia se reconoce como tratamiento dental para el alivio inmediato de una condición médica de emergencia y cubre sólo los servicios dentales necesarios para aliviar los síntomas de tales condiciones. La atención urgente es el tratamiento requerido dentro de 24 a 72 horas, y son servicios necesarios para prevenir el grave deterioro de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista para la cual el tratamiento no se puede retrasar. El Plan proporciona cobertura para servicios dentales urgentes o de emergencia sólo si se requieren los servicios para aliviar síntomas como dolor o sangrado severos, o si un miembro cree razonablemente que la condición, si no se diagnostica o se trata, puede llevar a una discapacidad, deterioro o disfunción. El beneficio cubierto es el alivio de los síntomas agudos solamente, (por ejemplo: dolor severo o sangrado) y no incluye la restauración completa.

### **Para ver a un especialista**

Si Su dentista principal decide que necesita los servicios de un especialista, solicitará autorización Previa para una remisión a un especialista en CDN. La CDN le enviará una carta de autorización de tratamiento, incluyendo el nombre, la dirección y el número de teléfono de su especialista en CDN asignado. Las solicitudes de autorización Previa de rutina se procesarán en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por la CDN para tomar la determinación. Si se requiere una referencia de emergencia, Su dentista primario se pondrá en contacto con

la CDN y se harán arreglos inmediatos para el tratamiento especial. Las referencias de emergencia se procesan dentro de setenta y dos (72) horas a partir de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por la CDN para hacer la determinación. A su dentista primario se le informará de la decisión de la CDN en un plazo de 24 horas a partir de la determinación. Tanto el proveedor general como el paciente recibirán una notificación por escrito de aprobación o denegación.

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

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

## **RESPONSABILIDAD DEL MIEMBRO POR EL PAGO**

Por estatuto, cada contrato entre la CDN y un dentista Participante deberá prever que, en caso de que la CDN no pague al dentista Participante, el miembro no será responsable ante el dentista Participante de las sumas adeudadas por la CDN

En caso de que la CDN no pague a los Dentistas Participantes que no sean contratados, el Miembro podrá ser responsable ante el Dentista Participante que no sea contratado por los costos de los servicios prestados.

Los miembros serán responsables de todos los cargos suplementarios, incluyendo copagos, deducibles y procedimientos no cubiertos como beneficios del Plan.

## **QUEJAS Y APELACIONES**

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

Se puede obtener una copia de las normas de coordinación de beneficios de la CDN.

El Plan y/o sus proveedores tratantes se reservan el derecho de recuperar el costo o valor, según lo establecido en la Sección 3040 del Código Civil, de los servicios cubiertos proporcionados a un Miembro que resultaron o fueron causados por terceros que posteriormente se determinan como responsables del daño al Miembro.

## **POLÍTICA DE SEGUNDA OPINIÓN**

Es la política de la CDN que una segunda opinión obtenida de un proveedor de panel participante sea un beneficio cubierto. El beneficio cubierto necesitará una aprobación del Plan. Se alienta una segunda opinión como componente positivo de la calidad de la atención.

### Práctica general segunda opinión

Una solicitud de un segundo dictamen puede ser procesada si una o más de las siguientes condiciones son evidentes:

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

Cuando un Miembro tenga una solicitud de una segunda opinión que no se encuentre dentro de los perfiles de descripción, la solicitud será enviada a un Director Dental de la CDN para su consideración. Los miembros pueden obtener una segunda opinión poniéndose en contacto con la CDN al 1-855-424-8106. El Miembro recibirá los nombres de los proveedores en su área para seleccionar un segundo proveedor de opinión. Si el Miembro opta por no aceptar a uno de los proveedores contratados y desea salir de la red, no es un beneficio cubierto. El proveedor de elección será notificado por el Plan de la necesidad del Miembro de un segundo dictamen y del copago aplicable. El Miembro será responsable de obtener una cita del segundo proveedor de opinión.

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

Los proveedores contratantes han acordado en su contrato participar en las actividades de Garantía de calidad del Plan. La presentación de un segundo dictamen se considera parte de Las Actividades de garantía de calidad del Plan, por lo que todos los proveedores contratantes acuerdan:

- Proporcionar copias de los registros y radiografías necesarios al Plan (sin cargo alguno a los Miembros, Plan o segundo proveedor de opinión) para su revisión por el segundo proveedor de opinión.
- Acordar proporcionar una segunda evaluación de opinión a los Miembros en copago tras la aprobación de la segunda solicitud de opinión del Plan, y poner los resultados de su evaluación a disposición del proveedor remitente, el Miembro y el Plan.

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

### Segunda opinión de especialidad

Los procedimientos especiales incorporados en un plan de tratamiento pueden requerir una segunda opinión especial. Se tratarían de la misma manera que una segunda opinión de la práctica general con las mismas directrices.

### Segunda opinión de ortodoncia

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

- Preguntas acerca de las extracciones de los dientes para llevar a cabo la finalización del tratamiento versus la no extracción de los dientes.
- Preguntas sobre la duración del tratamiento.
- Preguntas sobre los cambios faciales, el crecimiento y el desarrollo.

- Preguntas sobre la iniciación del tratamiento, el tratamiento interceptivo, la terapia removible versus la terapia fija.
- Preguntas sobre varios proveedores que tratan el caso vs. un proveedor que informa los resultados.

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

### Negaciones

Condiciones en las que se puede negar un segundo dictamen:

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

### Segunda opinión de emergencia

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

## **CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA: ENFERMEDAD AGUDA O ENFERMEDAD CRÓNICA GRAVE**

A petición del inscrito, el Plan, en ciertas circunstancias, organizará la continuación de los servicios cubiertos prestados por un dentista Participante terminado a un inscrito que esté recibiendo un tratamiento de un dentista Participante terminado por una enfermedad aguda o una enfermedad crónica grave. En el caso de que el inscrito y el dentista Participante terminado califiquen, el Plan proporcionará los servicios dentales en una base oportuna y apropiada hasta 90 días o más si es necesario, para una transferencia segura a otro dentista Participante según lo determinado por el Plan en consulta con el dentista Participante terminado, consistente con una buena práctica profesional.

El pago de copagos, deducibles u otros componentes de participación en los costos por parte del afiliado durante el período de continuación de la atención con un dentista Participante terminado será el mismo copago, deducible u otro componente de participación en los costos que serían pagados por el afiliado cuando reciba atención de un dentista Participante contratado actualmente con o empleado por el Plan. El Plan no cubrirá los servicios ni proporcionará beneficios que no estén cubiertos de otra manera bajo los términos y condiciones del contrato del Plan.

A los efectos de esta sección:

“Dentista participante rescindido” significa un Dentista Participante cuyo contrato para proporcionar servicios a los miembros del Plan se rescinde o no se renueva por el plan o uno de los grupos de Dentistas Participantes en la contratación del plan. Un dentista Participante que ha terminado no es un dentista Participante que voluntariamente abandone el plan o contraiga a un grupo De dentista Participante.

“Condición aguda” significa una condición médica que implica un inicio repentino de síntomas debido a una enfermedad, lesión o problema médico que requiere atención médica rápida y que tiene una duración limitada.

“Enfermedad crónica grave” significa una afección médica debida a una enfermedad, enfermedad u otro problema médico o trastorno médico que es de naturaleza grave y que hace cualquiera de los siguientes procedimientos:

- (a) Persiste con la cura completa o empeora durante un período prolongado de tiempo.
- (b) Requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro.

Para solicitar la consideración de la continuidad de los servicios de un dentista Participante terminado porque usted tiene una condición crónica aguda o seria, llame o escriba el Plan.

## **ACCESO OPORTUNO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN E INTÉRPRETE**

Se requiere que la CDN proporcione o disponga la prestación de servicios de atención dental cubiertos de manera oportuna y apropiada para la naturaleza de la condición del afiliado, de conformidad con las buenas prácticas profesionales. La CDN garantiza que los afiliados puedan acceder a cuidados clínicamente adecuados de manera oportuna. Las citas urgentes dentro de la red de proveedores contratados por la CDN están disponibles dentro de las 72 horas siguientes al momento de la solicitud de nombramiento, cuando son consistentes con las necesidades individuales del afiliado y según lo requerido por estándares de práctica dental reconocidos profesionalmente. Las citas no urgentes (rutinarias) están disponibles dentro de los 36 días hábiles de la solicitud de cita. Las citas de cuidado dental preventivo están disponibles dentro de los 40 días hábiles de la solicitud de cita.

Los servicios de intérprete (como se requiere en la Sección 1300.67.04 del Título 28) se coordinarán con las citas programadas para los servicios de atención médica de manera que se garantice la prestación de servicios de intérprete en el momento de la cita. Para coordinar los servicios de intérprete en su cita dental, póngase en contacto con el departamento de servicios para miembros de la CDN.

## **BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES**

Los beneficios dentales Esenciales para la salud pediátrica se exponen en la lista adjunta de procedimientos cubiertos y están sujetos al costo de miembro aplicable (copago) en la lista, cuando los proporciona un Proveedor Dental Participante de la CDN y están sujetos a las exclusiones y Limitaciones que figuran en el presente documento. Los copagos de los miembros/las acciones de costo pagadas por los beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica se acumulan hacia El Máximo y el deducible anual de su bolsillo, según corresponda.

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

Beneficios y límites para los servicios de diagnóstico:

- Evaluación oral periódica (D0120): Una vez cada seis meses, por proveedor.
- Evaluación oral limitada, centrada en el problema (D0140): Una vez por paciente por proveedor.
- Evaluación oral integral (D0150): Una vez por paciente por proveedor para la evaluación inicial.
- Evaluación oral detallada y extensa (D0160): centrada en el problema, por informe, una vez por paciente por proveedor.
- Reevaluación, limitada, centrada en el problema (visita no postoperatoria) (D0170): un beneficio para el cuidado sintomático continuo de la disfunción de la articulación temporomandibular; hasta seis veces en un período de tres meses, hasta un máximo de 12 en un período de 12 meses.
- Radiografías (rayos X), intraorales, series completas (incluyendo mordeduras) (D0210): Una vez por proveedor cada 36 meses.

- Radiografías (rayos X), intraoral, primera película periapical (D0220): Un beneficio para un máximo de 20 periapicales en un período de 12 meses por el mismo proveedor, en cualquier combinación de lo siguiente: Primera imagen radiográfica intraoral-periapical (D0220) e intraoral-periapical cada imagen radiográfica adicional (D0230).
- Radiografías (rayos X), intraorales, periapicales cada película adicional (D0230): Un beneficio para un máximo de 20 periapicales en un período de 12 meses para el mismo proveedor, en cualquier combinación de lo siguiente: Primera imagen radiográfica intraoral- periapical (D0220) e intraoral- periapical cada imagen radiográfica adicional (D0230).
- Radiografías (rayos X), intraoral, película oclusal (D0240): Un beneficio de hasta un máximo de dos en un período de seis meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X), Extraorales (D0250): Un beneficio una vez por fecha de servicio.
- Radiografías (rayos X), mordida, película simple (D0270): Un beneficio una vez por fecha de servicio.
- Radiografías (rayos X), mordeduras, dos películas (D0272): Un beneficio una vez cada seis meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X), mordeduras, cuatro películas (D0274): Un beneficio una vez cada seis meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X) Artrograma de la articulación temporomandibular, incluida la inyección (D0320): Un beneficio para la encuesta de trauma o patología; para un máximo de tres por fecha de servicio.
- Radiografías (rayos X) del estudio Tomográfico (D0322): Un beneficio dos veces en un período de 12 meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X) película panorámica (D0330): Un beneficio una vez en un período de 36 meses por proveedor, excepto cuando se documenta como esencial para un examen de seguimiento/ postoperatorio (como después de la cirugía oral).
- Radiografías (rayos X), imagen radiográfica cefalométrica (D0340): Un beneficio dos veces en un período de 12 meses por proveedor.
- Imágenes fotográficas orales/faciales 1.º (D0350): Un beneficio hasta un máximo de cuatro por fecha de servicio.
- Moldes de diagnóstico (D0470): Un beneficio una vez por proveedor a menos que se documenten circunstancias especiales tales como trauma o patología que ha afectado el curso del tratamiento ortodóntico, para pacientes menores de 21 años, para dentición permanente (a menos que tengan más de 13 años con dientes primarios todavía presentes o tengan un paladar hendido o anomalía craneofacial).

#### Beneficios y límites para los servicios preventivos:

- Profilaxis infantil (D1120): Un beneficio una vez en un período de seis meses para pacientes menores de 21 años.
- Barniz de fluoruro tópico (D1206): Un beneficio una vez en un período de seis meses para pacientes menores de 21 años. Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de fluoruro (D1208), una vez en un período de 12 meses para los pacientes de 21 años o más. Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica del fluoruro (D1208).
- Aplicación tópica de fluoruro (D1208): Un beneficio una vez en un período de seis meses para pacientes menores de 21 años. Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de barniz de fluoruro (D1206), una vez en un período de 12 meses para los pacientes de 21 años o más. Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de barniz de flúor (D1206).
- Sellador, por diente (D1351): Un beneficio, para los molares permanentes primero, segundo y tercero que ocupan la segunda posición molar; sólo en las superficies oclusales que están libres de caries y/o restauraciones; para pacientes menores de 21 años; una vez por diente cada 36 meses por proveedor independientemente de las superficies selladas.

- Restauración de resina preventiva en un paciente con riesgo de caries moderado a alto, diente permanente (D1352): Un beneficio para los molares permanentes primero, segundo y tercero que ocupan la segunda posición molar; sólo para una lesión cavitaria activa en un foso o fisura que no cruza el DEJ; para pacientes menores de 21 años; una vez por diente cada 36 meses por proveedor independientemente de las superficies selladas.
- Mantenedor de espacio, fijo, unilateral (D1510): Un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes menores de 18 años; sólo para mantener el espacio para un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, maxilar (D1516): Un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular (D1517): Un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación. Mantenedor de espacio, extraíble, unilateral (D1520): Un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes menores de 18 años; sólo para mantener el espacio para un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación
- Mantenedor de espacio, extraíble, bilateral, maxilar (D1526): Un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, removible, bilateral, mandibular (D1527): Un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- 
- Re-cementación del operario de mantenimiento del espacio (D1550): Un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años.

#### Beneficios y límites para los servicios restaurativos:

- Dientes primarios, restauraciones de amalgama: una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro o más superficies (D2161): Un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, restauraciones de amalgama: Una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro o más superficies (D2161): Un beneficio una vez en un período de 36 meses.
- Dientes primarios, restauraciones compuestas a base de resina (anterior): Una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro o más superficies o que impliquen un



ángulo incisal (D2335): Un beneficio una vez en un período de 12 meses, cada superficie dental única sólo se paga una vez por diente por fecha de servicio.

- Dientes permanentes, restauraciones compuestas a base de resina (anterior): una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro o más superficies o que impliquen un ángulo incisal (D2335): un beneficio una vez en un período de 36 meses, cada superficie dental única sólo se paga una vez por diente por fecha de servicio
- Dientes primarios, corona compuesta a base de resina (anterior) (D2390): Por lo menos cuatro superficies se implicarán: un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, corona compuesta a base de resina (anterior) (D2390): Por lo menos cuatro superficies se involucrarán: un beneficio una vez en un período de 36 meses
- Dientes primarios, restauraciones compuestas a base de resina (posterior): una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro o más superficies (D2394): un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, restauraciones compuestas a base de resina (posterior): una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro o más superficies (D2394): un beneficio una vez en un período de 36 meses.
- Corona, compuesto a base de resina (indirecta), dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2710): un beneficio una vez en un período de cinco años; para cualquier corona compuesta basada en resina que sea fabricada indirectamente. No beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con ganchos o descansos fundidos.
- Corona, 3/4 compuesto a base de resina (indirecta), dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2712): un beneficio una vez en un período de cinco años; para cualquier corona compuesta basada en resina que sea fabricada indirectamente. No beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con ganchos o descansos fundidos.
- Corona, resina con predominantemente metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2721): Un beneficio una vez en un período de cinco años. No beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con ganchos o descansos fundidos.
- Corona, sustrato de porcelana/cerámica, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2740): Un beneficio una vez en un período de cinco años. No beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con ganchos o descansos fundidos.
- Corona, porcelana fusionada a predominantemente metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2751): Un beneficio una vez en un período de cinco años. No beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con ganchos o descansos fundidos.
- Corona, 3/4 de fundición predominantemente metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2781): Un beneficio una vez en un período de cinco años. No beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con ganchos o descansos fundidos.
- Corona, 3/4 porcelana/cerámica, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2783): Un beneficio una vez en un período de cinco años. No beneficia a los pacientes menores

de 13 años; o a los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con ganchos o descansos fundidos.

- Corona, fundición total predominantemente metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2791): Un beneficio una vez en un período de cinco años. No beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con ganchos o descansos fundidos.
- Restauración de la cobertura parcial, de la vivienda o de la vivienda (2910): Un beneficio una vez en un período de 12 meses, por proveedor.
- Corona de recuperación (D2920): No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una re cementación previa por parte del mismo proveedor.
- Corona de porcelana/cerámica prefabricada - diente primario (D2929): un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario (D2930): un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente (D2931): un beneficio una vez en un período de 36 meses. No beneficia a los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar.
- Dientes primarios, corona prefabricada de resina (D2932), corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina (D2933): un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, corona de resina prefabricada (D2932), corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina (D2933): un beneficio una vez en un período de 36 meses. No beneficia a los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar.
- Restauración protectora (D2940): Un beneficio una vez por diente en un período de seis meses, por proveedor. No es un beneficio cuando se realiza en la misma fecha de servicio con una restauración o corona permanente, para el mismo diente; en los dientes tratados con el canal de la raíz.
- Retención de pasador - por diente, además de restauración (D2951): Un beneficio sólo para los dientes permanentes; cuando se facturan con una amalgama o restauración compuesta en la misma fecha de servicio; una vez por diente independientemente del número de pasadores colocados; para una restauración posterior cuando la destrucción implica tres o más superficies conectadas y al menos una cúspide; o para una restauración anterior cuando la destrucción coronal extensa implica el ángulo incisal.
- Poste y núcleo además de corona, de fabricación indirecta (D2952): Un beneficio una vez por diente independientemente del número de puestos colocados; sólo en conjunción con las coronas permisibles (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en los dientes permanentes tratados con el canal de la raíz.
- Poste prefabricado y núcleo además de corona (D2954): Un beneficio una vez por diente independientemente del número de puestos colocados; sólo en conjunción con las coronas permisibles (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en los dientes permanentes tratados con el canal de la raíz.
- Reparación de la corona necesaria por fallo del material restaurador (D2980): Un beneficio para las coronas procesadas en laboratorio en dientes permanentes. No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a la colocación inicial de la corona o a la reparación previa para el mismo proveedor.

Beneficios y límites para los servicios endodónticos:

- Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final) - eliminación de la pulpa coronal a la unión dentinomial y aplicación del medicamento (D3220): Un beneficio una vez por diente primario. No es un beneficio para un diente primario cerca de la exfoliación; para un diente

primario con una pulpa necrótica o una lesión periapical; para un diente primario que no es restaurable; o para un diente permanente.

- Desbridamiento pulpal, dientes primarios y permanentes (D3221): Un beneficio para los dientes permanentes o para los dientes primarios sobremantenidos sin sucesor permanente; una vez por diente.
- Pulpotomía parcial para apexogénesis - diente permanente con desarrollo de raíces incompleto (D3222): Un beneficio una vez por diente permanente. No es un beneficio para los dientes primarios; para los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o sea un pilar para una dentadura parcial fija existente o una dentadura parcial removible con ganchos o descansos fundidos.
- Terapia pulpal (relleno reabsorbible) – diente anterior, primario (D3230) o posterior, diente primario (D3240), (excluyendo restauración final): Un beneficio una vez por diente primario. No es un beneficio para un diente primario cerca de la exfoliación; con una pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final) (D3220), misma fecha de servicio, mismo diente; o con desbridamiento pulpal, dientes primarios y permanentes (D3221), misma fecha de servicio, mismo diente.
- Terapia con el canal radicular, diente anterior (D3310), (excluyendo la restauración final): Un beneficio una vez por diente para el tratamiento inicial de la terapia del canal de la raíz. Para el retratamiento de la terapia con el canal de la raíz, use el retratamiento de la terapia anterior con el canal de la raíz (D3346).
- Tratamiento del canal radicular, diente bicúspide (D3320), (excluyendo la restauración final): un beneficio una vez por diente para el tratamiento inicial de la terapia del canal de la raíz. Para el retratamiento de la terapia con el canal de la raíz, use el retratamiento de la terapia con el canal de la raíz anterior (D3347).
- Tratamiento del canal radicular, molar (excluyendo la restauración final) (D3330): un beneficio una vez por diente para el tratamiento inicial de la terapia del canal de la raíz. Para el retratamiento de la terapia con el canal radicular, use el retratamiento de la terapia con el canal radicular anterior: Molar (D3348). No es un beneficio para los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar, o sea un pilar para una dentadura parcial fija existente o una dentadura parcial removible con ganchos o descansos fundidos.
- Retratamiento de la terapia anterior del canal de la raíz – anterior (D3346), bicúspide (D3347): No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses posteriores al tratamiento inicial.
- Retratamiento de la terapia previa del canal radicular – molar (D3348): No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses del tratamiento inicial; para los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición molar del 1.º o 2.º molar, o sea un pilar para una dentadura parcial fija existente o una dentadura parcial removible con ganchos o restos de fundición
- Apexificación/recalcificación/regeneración pulpal - visita inicial (cierre apical/reparación calcifica de perforaciones, reabsorción de raíces, desinfección del espacio de pulpa, etc.) (D3351): Un beneficio una vez por diente permanente. No es un beneficio para los dientes primarios; para los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o sea un pilar para una dentadura parcial fija existente o una dentadura parcial removible con ganchos o descansos fundidos.
- Apexificación/recalcificación – provisional (D3352): Un beneficio una vez por diente permanente; sólo después de la apexificación/recalcificación- visita inicial (cierre apical/reparación calcifica de perforaciones, reabsorción de raíces, etc.) (D3351). No es un beneficio para los dientes primarios; para los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o sea un pilar para una dentadura parcial fija existente o una dentadura parcial removible con ganchos o descansos fundidos.

- Apicoectomía/cirugía periradicular anterior (D3410): Un beneficio sólo para los dientes anteriores permanentes. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días posteriores a la terapia con el canal radicular, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses posteriores a una apicoectomía previa/cirugía periradicular.
- Apicoectomía/cirugía periradicular bicúspide (primera raíz) (D3421): un beneficio sólo para los dientes bicúspide permanentes. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días posteriores a la terapia con el canal radicular, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses posteriores a una apicoectomía previa/cirugía periradicular.
- Apicoectomía/cirugía periradicular - molar (primera raíz) (D3425): un beneficio para los dientes permanentes del 1.º o 2.º molar solamente. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días de la terapia del canal de la raíz, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses de una apicoectomía previa/ cirugía periradicular; la misma raíz; o para los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o sea un pilar parcial fijo existente o una dentadura parcial removible con restos o descansos o descansos o descansos.
- Apicoectomía / cirugía periradicular - molar, cada raíz adicional (D3426): un beneficio para los dientes permanentes del 1.º o 2.º molar solamente. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días de la terapia del canal de raíz, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses de una cirugía anterior de apicoectomía/ periradicular; o para los 3.º molares, a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o sea un pilar para una dentadura parcial fija existente o una dentadura parcial removible con ganchos o descansos.

#### Beneficios y límites para los servicios periodónticos:

- Gingivectomía o gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por diente por cuadrante (D4210) o uno o tres dientes contiguos, o espacios limitados por diente por cuadrante (D4211): un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Cirugía ósea (incluyendo entrada y cierre de la solapa): Cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante (D4260): un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Cirugía ósea (incluyendo la entrada de la solapa y los cierres) - de uno a tres dientes contiguos o espacios limitados a los dientes - por cuadrante (D4261): un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Escalamiento y planeo de raíces periodontales - cuatro o más dientes por cuadrante (D4341) o uno o tres dientes por cuadrante (D4342): un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 24 meses.
- Mantenimiento periodontal (D4910): Un beneficio sólo para los pacientes que residen en un centro de enfermería especializada (SNF) o en un centro de cuidados intermedios (ICF); sólo cuando están precedidos por un escalamiento y un planeo de raíces periodontales (D4341- D4342); sólo después de la finalización de todas las escalaciones y planos de raíces necesarios; una vez en un trimestre natural; sólo en el período de 24 meses posterior a la última escalación y al planeo de raíces.
- Cambio no programado de vestidura (por alguien que no sea el dentista que trata) (D4920): Para pacientes de 13 años o más; una vez por paciente por proveedor; dentro de los 30 días posteriores a la fecha de servicio de gingivectomía o gingivoplastia (D4210 y D4211) y cirugía ósea (D4260 y D4261)

### Beneficios y límites para los servicios de prostodoncia:

- Los servicios de prostodoncia prestados exclusivamente con fines cosméticos no son un beneficio.
- Las dentaduras temporales o provisionales que se utilizarán mientras se construye una dentadura permanente no son un beneficio.
- Las dentaduras de reserva o de respaldo no son un beneficio.
- La evaluación de una dentadura sobre una base de mantenimiento no es un beneficio.
- Dentadura completa – superior (D5110), inferior (D5120): cada uno un beneficio una vez en un período de cinco años a partir de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura completa anterior.
- Dentadura inmediata – superior (D5130), inferior (D5140): cada uno es un beneficio una vez por paciente. No es un beneficio como una dentadura temporal. Las dentaduras completas subsiguientes no son un beneficio dentro de un período de cinco años de una dentadura inmediata.
- Dentadura parcial - resina a base de ganchos, restos y dientes convencionales, superior (D5211) o inferior (D5212): cada uno de ellos se beneficia una vez en un período de cinco años; cuando se reemplaza un diente/diente anterior permanente y/o el arco carece de una oclusión equilibrada posterior. La falta de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera: faltan cinco dientes permanentes posteriores (excluyendo los 3.º molares), o faltan los 1.º o 2.º cuatro molares permanentes, o faltan los 1.º o 2.º molares permanentes 1st y 2nd y el 2.º bicúspide en el mismo lado. No es un beneficio para reemplazar los 3.º molares faltantes.
- Dentadura parcial - resina de metal fundido a base de ganchos, restos y dientes convencionales, superior (D5213) o inferior (D5214): cada uno de ellos se beneficia una vez en un período de cinco años; cuando se reemplaza un diente/diente anterior permanente y/o el arco carece de una oclusión equilibrada posterior. La falta de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera: faltan cinco dientes permanentes posteriores (excluyendo los 3.º molares), o faltan los 1.º o 2.º cuatro molares permanentes, o faltan los 1.º o 2.º molares permanentes 1st y 2nd y el 2.º bicúspide en el mismo lado. No es un beneficio para reemplazar los 3.º molares faltantes.
- Ajuste la dentadura completa - superior (D5410) o inferior (D5411): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un período de 12 meses por proveedor. No 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 la dentadura parcial: Superior (D5421), inferior (D5422): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un período de 12 meses por proveedor. No se trata de un beneficio igual a la fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio de: Un marco de base de resina parcial maxilar (D5211) mandibular (D5212) o un marco de metal fundido parcial de dentadura con bases de resina dentadura maxilar (D5213) mandibular (D5214) maxilar (D5740), tejido mandibular (D5741) (D5760), acondicionamiento parcial de la mandarina (D5761) (mandarina) (D5850) (mandarina parcial), mandarina parcial, mandarina (D5851) La misma fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio de la base de la dentadura de resina reparada (D5611 O D5612), reparar la estructura de fundición (D5621 O D5622), reparar o reemplazar la abrazadera rota (D5630), reemplazar los dientes rotos

por diente (D5640), añadir el diente a la dentadura parcial existente (D5650) y añadir la pinza a la dentadura parcial existente (D5660).

- Reparar la base de la dentadura completa rota: inferior (D5511) o superior (D5512): Un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un período de 12 meses por proveedor. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la dentadura maxilar completa (presidente) (D5730), la dentadura mandibular completa (presidente) (D5731), la dentadura maxilar completa (laboratorio) (D5750) y la dentadura mandibular completa (laboratorio) (D5751).
- Sustituir los dientes que faltan o están rotos - dentadura completa (cada diente) (D5520): Un beneficio hasta un máximo de cuatro, por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de a12-mes por proveedor.
- Reparar la base de la dentadura de resina—inferior (D5611) o superior (D5612): Un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor; sólo para dentaduras parciales. No es beneficioso la misma fecha de servicio que la dentadura parcial maxilar (presidente) (D5740), la dentadura parcial mandibular (presidente) (D5741), la dentadura parcial maxilar (laboratorio) (D5760) y la dentadura parcial mandibular (laboratorio) (D5761).
- Reparar el bastidor fundido—inferior (D5621) o superior (D5622): un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.
- Repare o sustituya el cierre roto (D5630): un beneficio hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.
- Sustituir los dientes rotos - por diente (D5640): Un beneficio: Hasta un máximo de cuatro, por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor; sólo para dentaduras parciales.
- Agregar diente a la dentadura parcial existente (D5650): Un beneficio: Hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; una vez por diente. No es un beneficio para añadir 3er molares.
- Agregar cierre a la dentadura parcial existente (D5660): un beneficio: hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.
- Dentadura completa (presidente) superior (D5730): Un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una dentadura-maxilar inmediata (D5130)) o una sobredentadura inmediata (D5863) que requiriera extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura (remota) completa (D5110) o extractivas (D5863). No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura maxilar completa de relina (laboratorio) (D5750).
- Dentadura completa de relina (costado de la silla) inferior (D5731): Cada beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una dentadura mandibular inmediata (D5140) o una sobredentadura mandibular inmediata (D5865) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura (remota) mandibular completa (D5120) o una sobredentadura (remota) mandibular (D5865) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura mandibular completa (laboratorio) con renina (D5751).
- Dentadura parcial (costado de la silla) superior (D5740): Un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para el maxilar de base de dentaduras-resina parcial (D5211) o el marco de metal fundido de dentadura parcial con bases de dentadura de resina maxilar (D5213) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para las bases de dentadura parcial (D5213) o el marco de metal fundido parcial con bases de

resina maxilar que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura parcial de resina (laboratorio) maxilar (D5760).

- Dentadura parcial de resina (costado de la silla) inferior (D5741): Un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para la base mandibular de la dentadura parcial (D5212) o el marco de metal fundido parcial de la dentadura con bases mandibulares de resina (D5214) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para las extracciones mandibulares parciales de la base de la resina (D5212) o el marco de metal fundido parcial de la dentadura con bases de resina que no requirieron extracciones (D5214). No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura parcial de resina (laboratorio) mandibular (D5761).
- Parte superior de la dentadura completa de resina (laboratorio) (D5750): Cada beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para un maxilar de dentadura (D5130) o un maxilar de sobredentadura (D5863) inmediato que requiriera extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una dentadura (remota) maxilar (D5110) o una sobredentadura (remota) maxilar (D5863) completa que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura completa (lado de la silla) maxilar (D5730).
- Dentadura completa de resina (laboratorio) inferior (D5751): Cada beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una dentadura mandibular inmediata (D5140) o una sobredentadura mandibular inmediata (D5865) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura (remota) mandibular completa (D5120) o una sobredentadura (remota) mandibular (D5865) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura completa (en la silla) mandibular (D5731).
- Dentadura parcial superior con resina (laboratorio) (D5760): Un beneficio: Una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para el marco de metal de dentadura parcial maxilar con bases de dentadura de resina (D5213) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para el marco de metal de dentadura parcial maxilar con bases de dentadura de resina (D5213) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura parcial maxilar (lado de la silla) (D5740); para una base de dentadura parcial maxilar (D5211).
- Dentadura parcial inferior de resina (laboratorio) (D5761): Un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para el marco de metal de la dentadura parcial mandibular con bases de dentadura de resina (D5214) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para el marco de metal de dentadura parcial mandibular con bases de dentadura de resina (D5214) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura parcial mandibular (en la silla) (D5741); para una base de dentadura parcial mandibular (D5212).
- Acondicionamiento de tejidos, superior (D5850): un beneficio dos veces por prótesis en un período de 36 meses. No se beneficia la misma fecha de servicio que la dentadura maxilar completa (presidenta) (D5730), la dentadura parcial maxilar (presidenta) (D5740), la dentadura maxilar completa (laboratorio) (D5750) y la dentadura parcial maxilar (laboratorio) (D5760); o la misma fecha de servicio que una prótesis que no requería extracciones.
- Acondicionamiento del tejido, inferior (D5851): un beneficio dos veces por prótesis en un período de 36 meses. No es un beneficio la misma fecha de servicio que la dentadura mandibular completa (en la silla) (D5731), la dentadura parcial mandibular (en la silla) (D5741), la dentadura mandibular completa (laboratorio) (D5751) y la dentadura parcial mandibular (laboratorio) (D5761), o la misma fecha de servicio que una prótesis que no requería extracciones.
- Sobredentadura axilar (D5863): un beneficio una vez en un período de cinco años.
- Sobredentadura-mandibular (D5865): un beneficio una vez en un período de cinco años.

### Beneficios y límites para las prótesis maxilofaciales

- Prótesis ocular (D5916): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis ocular, interim (D5923).
- Prótesis ocular, provisional (D5923): No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis ocular (D5916).
- Prótesis de obturador, quirúrgica (D5931): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, la prótesis definitiva (D5932) y la prótesis de obturador, provisional (D5936)
- Prótesis de obturador, definitiva (D5932): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, la quirúrgica (D5931) y la prótesis de obturador, interim (D5936).
- Prótesis de obturador, modificación (D5933): Un beneficio dos veces en un período de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, quirúrgica (D5931), la prótesis de obturador, definitiva (D5932) y la prótesis de obturador, provisional (D5936).
- Prótesis de obturador, provisional (D5936): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, la quirúrgica (D5931) y la prótesis de obturador, definitiva (D5932).
- Ayuda a la alimentación (D5951): Un beneficio para los pacientes menores de 18 años.
- Prótesis de ayuda al habla, pediátrica (D5952): Un beneficio para los pacientes menores de 18 años.
- Prótesis de ayuda al habla, adulto (D5953): Un beneficio para los pacientes menores de 18 años.
- Prótesis de elevación palatal D5955, definitiva (D5955): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de elevación palatal, provisional (D5958).
- Prótesis de elevación palatal, provisional (D5958): No es un beneficio en la misma fecha de servicio con prótesis de elevación palatal, definitiva (D5955).
- Prótesis de elevación palatal, modificación (D5959): Un beneficio dos veces en un período de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de elevación palatal, la prótesis de elevación definitiva (D5955) y la prótesis de elevación palatal, provisional (D5958).
- Prótesis de ayuda al habla, modificación (D5960): Un beneficio dos veces en un período de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de ayuda al habla, la pediátrica (D5952) y la prótesis de ayuda al habla, la adulta (D5953).
- Portador de gel de fluoruro (D5986): Un beneficio sólo en conjunción con radioterapia dirigida a los dientes, las quiebras o las glándulas salivales

### Beneficios y límites para los servicios de implantación

- Los servicios de implante son un beneficio sólo cuando las condiciones médicas excepcionales están documentadas y serán revisadas por la Red Dental de California por necesidad médica para autorización previa. Las condiciones médicas excepcionales incluyen, pero no se limitan a:
  - cáncer de la cavidad oral que requiere cirugía ablativa y/o radiación que conduce a la destrucción del hueso alveolar, donde las estructuras óseas restantes no pueden apoyar prótesis dentales convencionales.
  - atrofia severa de la mandíbula y/o maxilar que no se puede corregir con procedimientos de extensión vestibulares o procedimientos de aumento óseo, y el paciente no puede funcionar con prótesis convencionales.
  - deformidades esqueléticas que impiden el uso de prótesis convencionales (como artrogriposis, displasia ectodérmica, anodoncia parcial y displasia cleidocraneal).
  - destrucción traumática de la mandíbula, la cara o la cabeza donde las estructuras óseas restantes no pueden apoyar prótesis dentales convencionales.
- Los proveedores deberán presentar la documentación completa de los casos (como radiografías, exploraciones, informes operativos, informes de paneles craneofaciales, difusiones de



diagnóstico, fotografías y trazas intraorales/extraorales) necesarios para demostrar la necesidad médica de los servicios de implante solicitados.

- Los implantes de un solo diente no son un beneficio de la HMO Dental de niños de la Red Dental de California.
- Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: Implante endosteal (D6010): Los servicios de implante son un beneficio sólo cuando se documenten condiciones médicas excepcionales y se revisen por necesidad médica. Consulte las políticas generales de Servicios de implante para conocer los requisitos específicos.
- Colocación quirúrgica: Implante de eporobar (D6040): Consulte D6010
- Colocación quirúrgica: Implante transosteal (D6050): Consulte D6010
- Barra de conexión: Soporte del implante o soporte de pilar (D6055): Consulte D6010
- Pilar prefabricado - incluye modificación y colocación (D6056): Consulte D6010
- Pilar fabricado a medida - incluye colocación (D6057): Consulte D6010
- Corona de porcelana/cerámica con soporte de pilar (D6058): Consulte D6010
- Porcelana con soporte de pilar fusionada a corona de metal (metal noble alto) (D6059): Consulte D6010
- Porcelana con soporte de pilar fusionada a corona de metal (predominantemente metal base) (D6060): Consulte D6010
- Porcelana con soporte de pilar fusionada a corona de metal (metal noble) (D6061): Consulte D6010
- Corona de metal fundido con apoyo de pilar (metal noble alto) (D6062): Consulte D6010
- Corona de metal fundido con apoyo de pilar (predominantemente metal base) (D6063): Consulte D6010
- Corona de metal fundido apoyada (metal noble) (D6064): Consulte D6010
- Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante (D6065): Consulte D6010
- Porcelana con soporte de implante fusionada a corona de metal (titanio, aleación de titanio, metal noble alto) (D6066): Consulte D6010
- Corona de metal con soporte de implante (titanio, aleación de titanio, metal noble alto) (D6067): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana/cerámica (D6068): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida a metal FPD (metal noble alto) (D6069): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para porcelana fusionada a metal FPD (predominantemente metal base) (D6070): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida a metal FPD (metal noble) (D6071): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal noble alto) (D6072): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (predominantemente metal base) (D6073): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal noble) (D6074): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante para FPD cerámico (D6075): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante para porcelana fusionada a metal FPD (titanio, aleación de titanio o metal noble alto) (D6076): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante para FPD de metal fundido (titanio, aleación de titanio o metal noble alto) (D6077): Consulte D6010
- Procedimientos de mantenimiento de implantes, incluyendo la extracción de prótesis, limpieza de prótesis y pilares y re inserción de prótesis (D6080): Consulte D6010

- Reparar la prótesis con soporte de implante, según el informe (D6090): Consulte D6010
- Sustitución del accesorio de precisión o semiprecisión (componente macho o hembra) de la prótesis con soporte de implante/pilar, por accesorio (D6091): Consulte D6010
- Corona con soporte de implante/pilar reacondicionado (D6092): No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una re- cementación previa por parte del mismo proveedor.
- Implante/pilar de reconstrucción con prótesis parcial fija (D6093): No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una re- cementación previa por parte del mismo proveedor.
- Corona con apoyo de pilar (titanio) (D6094): Consulte D6010
- Reparar el pilar del implante, según el informe (D6095): Consulte D6010

Beneficios y límites para los servicios de prostodoncia fija:

- Las dentaduras parciales fijas no son un beneficio cuando el pronóstico de los dientes de retención (pilar) es cuestionable debido a la no restaurabilidad o la participación periodontal.
- Las dentaduras parciales fijas posteriores no son un beneficio cuando el número de dientes faltantes solicitados para ser reemplazados en el cuadrante no afecta significativamente la capacidad masticatoria del paciente.
- Los retenedores fijos de incrustación parcial de dentadura (pilares) (D6545-D6634) no son un beneficio.
- Las dentaduras parciales fijas Unidas con resina de fundición (puentes de Maryland) no son un beneficio.
- Pontic - metal fundido predominantemente de base (D6211): Un beneficio: Una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplan los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214); sólo cuando se facture en la misma fecha de servicio con retenedores parciales fijos de dentaduras (pilar) (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783 y D6791). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Pontic - porcelana fusionada a metal de base predominante (D6241): Un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214); sólo cuando se facturan en la misma fecha de servicio con retenedores parciales fijos de dentaduras (renuncias) (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783 y D6791). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Pontic - porcelana/cerámica (D6245): Un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214); sólo cuando se facturan en la misma fecha de servicio con retenedores parciales fijos de dentaduras (renuncias) (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783 y D6791). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Pontic - resina con predominantemente metal base (D6251): Un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214); sólo cuando se facturan en la misma fecha de servicio con retenedores parciales fijos de dentaduras (renuncias) (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783 y D6791). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona - resina con predominantemente metal de base (D6721): Un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona - porcelana/cerámica (D6740): Un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.

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

#### Beneficios y límites para servicios de cirugía oral

- Extracción, restos coronales - diente deciduo (D7111): No es un beneficio para los dientes asintomáticos.
- Extracción, diente en erupción o raíz expuesta (elevación y/o extracción de fórceps) (D7140): No es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial del diente.
- Extirpación quirúrgica del diente en erupción que requiere elevación del colgador y extracción del hueso y/o seccionamiento del diente, incluida la elevación del flap mucoperiosteal, si se indica (D7210): Un beneficio cuando la extracción de cualquier diente que se produzca requiere la elevación de un flap mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial o el seccionamiento del diente.
- Extracción del diente afectado - tejido blando (D7220): Un beneficio cuando la porción mayor o toda la superficie oclusal está cubierta por tejido blando mucogingival.
- Extracción del diente impactado - parcialmente hueso (D7230): Un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un flap mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial. Una de las alturas proximales del contorno de la corona estará cubierta de hueso.
- Extracción del diente impactado - completamente ósea (D7240): Un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un flap mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial que cubra la mayor parte o toda la corona.
- Extracción del diente impactado - hueso completo con complicaciones quirúrgicas inusuales (D7241): Un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un flap mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial que cubra la mayor parte o toda la corona. La dificultad o complicación se debe a factores como la disección nerviosa o la posición dentaria aberrante.
- Extirpación quirúrgica de las raíces dentales residuales (procedimiento de corte) (D7250): Un beneficio cuando la raíz está completamente cubierta por hueso alveolar. No es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial del diente.

- Cierre De La Fístula Antral Oral (D7260): Un beneficio para la escisión de un tracto fistuloso entre el seno maxilar y la cavidad oral. No es un beneficio junto con los procedimientos de extracción (D7111 – D7250).
- Cierre primario de una perforación sinusal (D7261): Un beneficio en ausencia de un tracto fistuloso que requiera la reparación o cierre inmediato de la comunicación oroantral u oronasal, posterior a la extracción de un diente.
- Reimplantación de dientes y/o estabilización de diente maldecido o desplazado accidentalmente (D7270): Un beneficio una vez por arco independientemente del número de dientes involucrados, y sólo para dientes anteriores permanentes.
- Acceso quirúrgico de un diente no eruido (D7280): No es un beneficio para los 3<sup>o</sup> molares.
- Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado (D7283): Un beneficio sólo para pacientes en tratamiento ortodóntico activo. No beneficia a los 3<sup>o</sup> molares a menos que el 3<sup>o</sup> molar ocupe la posición del 1.º y 2.º molar.
- Biopsia de tejido oral duro (hueso, diente) (D7285): Un beneficio para la extracción del espécimen solamente; una vez por arco, por fecha de servicio independientemente de las áreas involucradas. No se beneficia con una apicoectomía/ cirugía periradicular (D3410-D3426), una extracción (D7111-D7250) y una escisión de cualquier tejido blando o lesión intraósea (D7410-D7461) en la misma zona o región en la misma fecha de servicio.
- Biopsia de tejido oral blando (D7286): Un beneficio para la extracción del espécimen solamente; hasta un máximo de tres por fecha de servicio. No se beneficia con una apicoectomía/cirugía periradicular (D3410-D3426), una extracción (D7111-D7250) y una escisión de cualquier tejido blando o lesión intraósea (D7410-D7461) en la misma zona o región en la misma fecha de servicio.
- Reposicionamiento quirúrgico de los dientes (D7290): Un beneficio sólo para los dientes permanentes; una vez por arco; sólo para los pacientes con tratamiento ortodóntico activo. No beneficia a los 3.º molares a menos que el 3.º molar ocupe la posición del 1.º y 2.º molar.
- Fibrotomía transseptal/fibrotomía suprapesal, por informe (D7291): Un beneficio una vez por arco; sólo para pacientes en tratamiento ortodóntico activo.
- Alvéoloplastia junto con extracciones – cuatro o más dientes o espacios de dientes, por cuadrante (D7310): No es un beneficio cuando sólo se extrae un diente en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio.
- Alvéoloplastia no en conjunto con extracciones – cuatro o más dientes o espacios de dientes, por cuadrante (D7320): Un beneficio sin importar el número de dientes o espacios de dientes. No es un beneficio dentro de los seis meses siguientes a las extracciones (D7140-D7250) en el mismo cuadrante, para el mismo proveedor.
- Vestibuloplastia – extensión de la cresta (epitelialización secundaria) (D7340): Un beneficio una vez en un período de cinco años por arco. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una vestibuloplastia – extensión de la cresta (D7350) mismo arco; en la misma fecha de servicio con extracciones (D7111-D7250) mismo arco.
- Vestibuloplastia – extensión de la cresta (incluyendo injertos de tejido blando, reapego muscular, revisión del apego del tejido blando y manejo del tejido hipertrofiado e hiperplásico) (D7350): Un beneficio una vez por arco. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una vestibuloplastia – extensión de la cresta (D7340) mismo arco; en la misma fecha de servicio con extracciones (D7111-D7250) mismo arco.
- Escisión de lesión benigna, complicada (D7412): Una ventaja cuando hay un gran debilitamiento con el avance o el cierre rotacional de la solapa.
- Escisión de lesión maligna, complicada (D7415): Una ventaja cuando hay un gran debilitamiento con el avance o el cierre rotacional de la solapa.

- Extracción de la exostosis lateral (maxilar o mandíbula) (D7471): Un beneficio una vez por cuadrante; sólo para la extracción de exostosis bucal o facial.
- Retirada de torus Palatinus (D7472): Un beneficio una vez en la vida del paciente.
- Remoción de torus mandibularis (D7473): Un beneficio una vez por cuadrante.
- Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea (D7485): Un beneficio una vez por cuadrante.
- Incisión y drenaje del absceso - tejido blando intraoral (D7510): Un beneficio una vez por cuadrante, la misma fecha de servicio. No es un beneficio cuando cualquier otro tratamiento definitivo se realiza en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio, excepto las radiografías y/o fotografías necesarias.
- Incisión y drenaje del absceso – tejido blando intraoral – complicado (incluye drenaje de múltiples espacios de la fascia). (D7511): Un beneficio una vez por cuadrante, la misma fecha de servicio. No es un beneficio cuando cualquier otro tratamiento definitivo se realiza en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio, excepto las radiografías y/o fotografías necesarias.
- Extracción del cuerpo extraño de la mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo (D7530): Un beneficio una vez por fecha de servicio. No es un beneficio cuando se asocia con la extirpación de un tumor, quiste (D7440- D7461) o diente (D7111- D7250).
- Eliminación de reacciones que producen cuerpos extraños, sistema musculoesquelético (D7540): Un beneficio una vez por fecha de servicio. No es un beneficio cuando se asocia con la extirpación de un tumor, quiste (D7440- D7461) o diente (D7111- D7250).
- Ostectomía parcial/secuestrectomía para la extracción de hueso no vital (D7550): Un beneficio una vez por cuadrante por fecha de servicio; sólo para la eliminación de hueso suelto o deshuesado causado por infección o suministro de sangre reducido. No es un beneficio dentro de los 30 días de una extracción asociada (D7111-D7250).
- Sinotomía maxilar para la extracción del fragmento del diente o del cuerpo extraño (D7560): No es un beneficio cuando se recupera un fragmento de diente o un cuerpo extraño del zócalo de diente.
- Huesos faciales – reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos (D7680): Un beneficio para el tratamiento de fracturas simples.
- Huesos faciales – reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos (D7780): Un beneficio para el tratamiento de fracturas compuestas.
- Aparato ortótico oclusal, por informe (D7880): Un beneficio para la disfunción de la ATM diagnosticada. No es un beneficio para el tratamiento del bruxismo.
- Terapia TMD no especificada, por informe (D7899): No es un beneficio para procedimientos como la acupuntura, la acupresión, la biorretroalimentación y la hipnosis
- Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm (D7910): No es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Sutura complicada: Hasta 5 cm (D7911): No es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Sutura complicada: Superior a 5 cm (D7912): No es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Injerto de piel (identifique defecto cubierto, localización y tipo de injerto) (D7920): No es un beneficio para el injerto periodontal.
- Injerto óseo, osteoperiostal, o de cartílago de huesos mandibulares o faciales, autógenos o no autógenos, por informe (D7950): No es un beneficio para el injerto periodontal.
- Aumento sinusal con sustitutos óseos o óseos a través de un abordaje abierto lateral (D7951): Un beneficio sólo para pacientes con servicios de implante autorizados.
- Aumento sinusal con hueso o sustituto óseo mediante un abordaje vertical (D7952): Un beneficio sólo para pacientes con servicios de implante autorizados.

- Reparación del defecto del tejido blando y/o duro maxilofacial (D7955): No es un beneficio para el injerto periodontal.
- Frenulectomía – también conocida como frenectomía o frenotomía – procedimiento separado (D7960): Un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; sólo cuando han estallado los incisivos y las cúspides permanentes.
- Frenuloplastia (D7963): Un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; sólo cuando han estallado los incisivos y las cúspides permanentes.
- Escisión de tejido hiperplásico por arco (D7970): Un beneficio una vez por arco por fecha de servicio. No es un beneficio para la hiperplasia inducida por fármacos o donde la extracción de tejido requiere una extensa remodelación gingival.
- Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa (D7972): Un beneficio una vez por cuadrante por fecha de servicio.
- Retirada del aparato (no por el dentista que colocó el aparato), incluye la extracción de la barra de arco (D7997): Un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; sólo para la remoción de aparatos relacionados con procedimientos quirúrgicos. No es un beneficio para la eliminación de aparatos de ortodoncia y mantenedores de espacio.

#### Beneficios y límites para los servicios ortodónticos

- Los procedimientos de ortodoncia son beneficios para casos de maloclusión por discapacidad médicamente necesarios, paladar hendido y tratamiento del crecimiento facial para pacientes menores de 21 años y deben estar autorizados previamente.
- Sólo aquellos casos con dentición permanente deben ser considerados para una maloclusión por discapacidad médicamente necesaria, a menos que el paciente tenga 13 años o más y los dientes primarios queden. Los casos de anomalía craneofacial y paladar hendido son un beneficio para las dentición primaria, mixta y permanente. Las anomalías craneofaciales se tratan utilizando el manejo del crecimiento facial.
- Todos los procedimientos necesarios que puedan afectar el tratamiento ortodóntico se deben completar antes de considerar el tratamiento ortodóntico.
- Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio sólo cuando los difusiones de diagnóstico verifican una puntuación mínima de 26 puntos en El Formulario de hoja de puntuación para la modificación de California del Índice de desviación Labolingüe de la discapacidad (HLD, por sus siglas en inglés), DC016 (06/09) o una de las seis condiciones de calificación automática a continuación existen o cuando hay documentación escrita de una anomalía craneofacial de un especialista acreditado en su membrete profesional.
- Las condiciones de calificación automática son:
  - deformidad del paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en las difusiones de diagnóstico, se presentará la documentación escrita de un especialista acreditado, en su membrete profesional, con la solicitud de autorización previa,
  - anomalía craneofacial. La documentación escrita de un especialista acreditado se presentará, en su membrete profesional, con la solicitud de autorización previa,
  - una profunda sobremordida impactante en la que los incisivos inferiores están destruyendo el tejido blando del paladar,
  - una picadura cruzada de dientes anteriores individuales que causa la destrucción de tejido blando,
  - un sobrechorro superior a 9 mm o un sobrechorro inverso superior a 3,5 mm,
  - una desviación traumática grave (como la pérdida de un segmento premaxilar por quemaduras, accidente u osteomiomización u otra patología macroscópica). La documentación escrita del trauma o patología se presentará con la solicitud de autorización previa.
- Tratamiento ortodóntico integral de la maloclusión de la dentición adolescente (D8080): Un beneficio para casos de maloclusión con discapacidad, paladar hendido y tratamiento del crecimiento facial; para pacientes menores de 21 años; para dentición permanente (a menos que el

paciente tenga 13 años o más con dientes primarios todavía presentes o tenga una anomalía craneofacial o paladar hendido); una vez por paciente por fase de tratamiento.

- Terapia con dispositivos extraíbles (D8210): un beneficio para los pacientes de 6 a 12 años; una vez por paciente. No es un beneficio para aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación; para mantenedores de espacio en la región anterior superior o inferior.
- Terapia con aparatos fijos (D8220): un beneficio para los pacientes de 6 a 12 años; una vez por paciente. No es un beneficio para aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación; para mantenedores de espacio en la región anterior superior o inferior.
- Visita de tratamiento pre-ortodóntico (D8660): Un beneficio previo al tratamiento ortodóntico integral de la dentición adolescente (D8080) para la fase inicial de tratamiento para casos de manejo del crecimiento facial independientemente de cuántas fases de dentición se requieran; una vez cada tres meses; para pacientes menores de 21 años; para un máximo de seis.
- Visita periódica de tratamiento ortodóntico (como parte de un contrato) maloclusión de la discapacidad (D8670): Un beneficio para pacientes menores de 21 años; para dentición permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes primarios todavía presentes o tenga un paladar hendido o anomalía craneofacial); una vez por trimestre natural.
- La cantidad máxima de visitas de tratamiento mensuales para las siguientes fases es:
- Maloclusión- hasta un máximo de 8 visitas trimestrales. (4 visitas trimestrales adicionales serán autorizadas cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica), o
  - Paladar Hendido:
    - Dentición primaria: Hasta un máximo de 4 visitas trimestrales. (Se autorizarán 2 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
    - Dentición mixta: Hasta un máximo de 5 visitas trimestrales. (Se autorizarán 3 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
    - Dentición permanente- hasta un máximo de 10 visitas trimestrales. (5 visitas trimestrales adicionales serán autorizadas cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica), o
  - Gestión Del Crecimiento Facial:
    - Dentición primaria- hasta un máximo de 4 visitas trimestrales. (Se autorizarán 2 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
    - Dentición mixta: Hasta un máximo de 5 visitas trimestrales. (Se autorizarán 3 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
    - Dentición permanente- hasta un máximo de 8 visitas trimestrales. (Se autorizarán 4 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
- Retención ortodoncia (retirada de aparatos, construcción y colocación de retenedores) (D8680): Un beneficio para pacientes menores de 21 años; para dentición permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes primarios todavía presentes o tenga un paladar hendido o anomalía craneofacial); una vez por arco para cada fase autorizada del tratamiento ortodóntico.
- Reparación del aparato de ortodoncia (D8691): Un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por aparato. No beneficia al proveedor original la sustitución y/o reparación de soportes, bandas o cables de arco.

- Sustitución del retenedor perdido o roto (D8692): Un beneficio: Para pacientes menores de 21 años; una vez por arco; sólo dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de servicio de la retención ortodóntica (D8680).
- Pegado o repegado: Y/o reparación, según sea necesario, de los retenedores fijos (D8693): Un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.

#### Beneficios y límites para los servicios complementarios

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



consciente intravenosa (D9239 O D9243); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.

- Llamada a la casa/centro de cuidados extendidos (D9410): Un beneficio una vez por paciente por fecha de servicio; sólo en conjunto con los procedimientos que se pagan.
- Llamada al hospital o al centro quirúrgico ambulatorio (D9420): Un beneficio por cada hora o fracción del mismo, tal como se documenta en el informe operativo. No es un beneficio: Para un cirujano asistente; para el tiempo dedicado a compilar la historia del paciente, escribir informes o para visitas postoperatorias o de seguimiento.
- Visita a la oficina para observación (durante las horas regularmente programadas) - no se realizan otros servicios (D9430): Un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor. No es un beneficio cuando se proporcionan procedimientos que no sean radiografías y/o fotografías necesarias en la misma fecha de servicio; para visitas a pacientes que residen en una casa/centro de atención extendida.
- Visita a la oficina - después de las horas programadas regularmente (D9440): Un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; sólo con tratamiento que sea un beneficio.
- Fármaco parenteral terapéutico, administración única (D9610): Un beneficio para hasta un máximo de cuatro inyecciones por fecha de servicio. No es un beneficio para la administración de un analgésico o sedante cuando se usa en conjunto con sedación profunda/anestesia general (D9223), analgesia, ansiolisis, inhalación de óxido nitroso (D9230), sedación consciente intravenosa/analgesia (D9239 O D9243) o sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.
- Aplicación de medicamentos desensibilizantes (D9910): Un beneficio una vez en un período de 12 meses por proveedor; sólo para dientes permanentes. No es un beneficio cuando se utiliza como base, revestimiento o adhesivo bajo una restauración; la misma fecha de servicio que el fluoruro (D1206 y D1208).
- Tratamiento de complicaciones (post-quirúrgicas) - circunstancias inusuales, por informe (D9930): Un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; para el tratamiento de un vaso seco o sangrado excesivo dentro de los 30 días siguientes a la fecha de servicio de una extracción; para la eliminación de fragmentos óseos dentro de los 30 días posteriores a la fecha de servicio de una extracción. No es un beneficio para la eliminación de fragmentos óseos en la misma fecha de servicio que una extracción; para las visitas rutinarias postoperatorias.
- Análisis de oclusión – caso montado (D9950): Un beneficio una vez en un período de 12 meses; para pacientes de 13 años o más; sólo para la disfunción de la TMJ diagnosticada; para la dentición permanente. No es sólo un beneficio para el bruxismo.
- Ajuste oclusal – limitado (D9951): Un beneficio una vez en un período de 12 meses por cuadrante por proveedor; para pacientes de 13 años o más; sólo para dientes naturales. No es un beneficio dentro de los 30 días siguientes al tratamiento restaurativo definitivo, endodóntico, removible y fijo de la prostodoncia en el mismo cuadrante u opuesto.  
Ajuste oclusal – completo (D9952): Un beneficio una vez en un período de 12 meses después de un caso montado en el análisis de la oclusión (D9950); para pacientes de 13 años o más; sólo para la disfunción de la ATM diagnosticada; para la dentición permanente.

## **DIVULGACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

Todos los registros personales y médicos son confidenciales. Esta información confidencial puede ser revisada por la CDN según lo requiera su personal y el Comité de Garantía de Calidad.

Esta información también puede ser puesta a disposición del Departamento de Atención

Administrada de la Salud, la Junta Dental y los representantes legales de la CDN u otras agencias según lo requerido por la ley.

Un miembro del plan o el padre no cubierto de un niño cubierto puede solicitar acceso o una copia de la información personal y los expedientes médicos. El consentimiento por escrito para la divulgación de la información y los registros del paciente debe ser firmado por el paciente, junto con la tarifa apropiada, según lo permitido por la ley, antes de que cualquier registro sea liberado. La CDN responderá a la solicitud dentro de los 30 días posteriores a su recepción.

**La política de confidencialidad de la Red Dental de California está disponible para su revisión a todos los miembros del plan bajo petición.**

Un Miembro del Plan puede solicitar que se añada un anexo de 250 o menos palabras a sus registros médicos, de conformidad con la ley estatal. Esta solicitud debe hacerse directamente al proveedor que tenga la custodia de los registros. Si el proveedor deniega al Miembro la solicitud de agregar un apéndice, el Miembro debe ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de Dental para obtener ayuda.

**UNA DECLARACIÓN DE NUESTRA POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD ESTÁ DISPONIBLE PARA USTED BAJO PETICIÓN.**

**DISPOSICIONES GENERALES**

- La CDN está sujeta a los requisitos de la Ley del Plan de Servicios de atención de Salud Knox-Keene de 1975, modificada y el subcapítulo 5.5 del Capítulo 3 del Título 10 del Código de Regulaciones de California, y cualquier disposición que se requiera para estar en este Acuerdo por cualquiera de los anteriores obligará a la CDN, sea o no prevista en este Contrato. En el caso de que la Ley o Reglamento establecido en virtud de la misma establezca cualquier requisito que no esté incluido en el presente Contrato o sea contrario al mismo, prevalecerá sobre las disposiciones aplicables del presente Contrato y será vinculante para las partes del mismo.
- Nada de lo contenido en este documento impedirá a la CDN cambiar la ubicación de cualquiera de sus oficinas dentales, siempre y cuando conserve una red de proveedores suficiente para proporcionar servicios dentales al Grupo.
- En el caso de que cualquiera de los proveedores de la CDN rescinda su relación con la CDN, incumpla su Contrato de Proveedor con la CDN o no pueda prestar servicios dentales en virtud del presente documento, y los Miembros se verían afectados de manera adversa o material, la CDN dará a los Miembros afectados un aviso por escrito al respecto.
- Tras la terminación de un Contrato de Proveedor, la CDN será responsable de asegurar la terminación de los servicios cubiertos prestados por dicho Proveedor (excepto para los copagos definidos en la subdivisión (g) de la Sección 1345 de la Ley) a los Miembros que conserven la elegibilidad bajo este Acuerdo o por la operación de la ley bajo el cuidado de tal Proveedor en el momento de dicha terminación hasta que los servicios prestados a los Miembros por dicho Proveedor estén terminados, a menos que sea médicamente apropiado para tales provisiones de la asunción de dicho Proveedor.
- Si cualquier disposición del presente Contrato se considera ilegal o no válida por cualquier motivo, dicha decisión no afectará la validez de las disposiciones restantes del presente

Contrato, y dichas disposiciones restantes continuarán en pleno vigor y efecto a menos que la ilegalidad o la nulidad impidan el cumplimiento de los objetivos y propósitos del presente Contrato.

## **REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE**

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

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) de California es responsable de reglamentar los planes de servicio de salud. 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 usar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de reclamos formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda con un reclamo que involucra una emergencia, un reclamo que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o un reclamo que no se ha resuelto durante más de treinta (30) días, puede comunicarse al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-HMO-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con una discapacidad auditiva o del habla. La página web del departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> contiene formularios para quejas, formularios para solicitud de IMR e instrucciones en línea.

**Molina Healthcare Of California / California Dental Network**

<b>BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES PARA LA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA</b>	
	Los beneficios dentales esenciales para la salud pediátrica se aplican a los miembros de hasta 19 años de edad. Los copagos de los miembros/las acciones de costo pagadas por los beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica se acumulan hacia El deducible y el máximo anual de su bolsillo, según corresponda. Los miembros deben conservar los recibos de todos los trabajos dentales para mostrar los costos de su bolsillo.

	<u>Niño individual</u>	<u>Familia (2 o más niños)</u>
<b>Deducible</b>	Ninguno	Ninguno
<b>Copago del consultorio</b>	Sin cargo	Sin cargo
<b>Período de espera</b>	Ninguno	Ninguno
<b>Límite de beneficios anuales</b>	Ninguno	Ninguno

**A continuación se incluye una lista de beneficios de salud esenciales dentales pediátricos cubiertos, junto con su participación en los costos, cuando son realizados por un proveedor dental participante de la CDN y sujetos a las exclusiones y limitaciones de esta EOC:**

<u>Código</u>	<u>Descripción</u>	<u>Copago de miembros</u>
<b>D0120</b>	evaluación oral periódica	Sin cargo
<b>D0140</b>	Evaluación oral limitada	Sin cargo
<b>D0145</b>	Evaluación oral para un paciente menor de tres años y asesoramiento con el proveedor de atención primaria	Sin cargo
<b>D0150</b>	Evaluación oral integral	Sin cargo
<b>D0160</b>	Evaluación oral detallada y amplia: centrado en el problema, por informe	Sin cargo
<b>D0170</b>	Reevaluación - limitada, centrada en el problema (no en la visita postoperatoria)	Sin cargo
<b>D0171</b>	Reevaluación: visita posoperatoria al consultorio	Sin cargo
<b>D0180</b>	Evaluación periodontal integral	Sin cargo
<b>D0210</b>	Intraoral - serie completa (lo que incluye radiografía panorámica de mordida) - limitada a 1 serie cada 36 meses	Sin cargo
<b>D0220</b>	Intraoral - primera película periapical	Sin cargo
<b>D0230</b>	Intraoral - cada película periapical adicional	Sin cargo
<b>D0240</b>	Intraoral - película oclusal	Sin cargo
<b>D0250</b>	Extraoral - primera película	Sin cargo
<b>D0251</b>	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	Sin cargo
<b>D0270</b>	Radiografías panorámicas de mordida: película única	Sin cargo
<b>D0272</b>	Radiografías panorámicas de mordida: dos películas	Sin cargo
<b>D0273</b>	Radiografías panorámicas de mordida: tres películas	Sin cargo

<b>D0274</b>	Radiografías panorámicas de mordida: cuatro películas; limitado a 1 serie cada 6 meses	Sin cargo
<b>D0277</b>	Radiografías panorámicas verticales de mordida: 7 a 8 películas	Sin cargo
<b>D0310</b>	Sialografía	Sin cargo
<b>D0320</b>	Artrograma de articulación temporomandibular, incluida la inyección	Sin cargo
<b>D0322</b>	Estudio tomográfico	Sin cargo
<b>D0330</b>	Película panorámica	Sin cargo
<b>D0340</b>	Imagen radiográfica cefalométrica	Sin cargo
<b>D0350</b>	Primera fotografía	Sin cargo
<b>D0351</b>	Imagen fotográfica 3D	Sin cargo
<b>D0460</b>	Pruebas de vitalidad pulpar	Sin cargo
<b>D0470</b>	Los moldes de diagnóstico deben proporcionarse solo si se presenta una de las condiciones anteriores.	Sin cargo
<b>D0502</b>	Otros procedimientos de patología oral, por informe	Sin cargo
<b>D0601</b>	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con una conclusión de riesgo bajo	Sin cargo
<b>D0602</b>	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con una conclusión de riesgo moderado	Sin cargo
<b>D0603</b>	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con una conclusión de alto riesgo	Sin cargo
<b>D0999</b>	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	Sin cargo
<b>D1110</b>	Profilaxis: adultos	Sin cargo
<b>D1120</b>	Profilaxis: niño	Sin cargo
<b>D1206</b>	Barniz de fluoruro tópico	Sin cargo
<b>D1208</b>	Aplicación tópica de flúor	Sin cargo
<b>D1310</b>	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	Sin cargo
<b>D1320</b>	Asesoramiento sobre el tabaco para el control y la prevención de enfermedades orales	Sin cargo
<b>D1330</b>	Instrucciones sobre la higiene bucal	Sin cargo
<b>D1351</b>	Selladores: por diente	Sin cargo
<b>D1352</b>	Restauración preventiva de la resina en un paciente de riesgo moderado a alto de caries - diente permanente	Sin cargo
<b>D1353</b>	Reparación con sellador: por diente	Sin cargo
<b>D1354</b>	Aplicación de medicamento para revertir el proceso de caries provisoriamente, por diente	Sin cargo
<b>D1510</b>	Mantenedores de espacio: fijos, unilaterales	Sin cargo
<b>D1516</b>	Mantenedores de espacio: fijos, bilaterales, maxilar	Sin cargo
<b>D1517</b>	Mantenedores de espacio: fijos, bilaterales, mandibular	Sin cargo
<b>D1520</b>	Mantenedores de espacio: removibles, unilaterales	Sin cargo
<b>D1526</b>	Mantenedores de espacio: removibles, bilaterales, maxilar	Sin cargo
<b>D1527</b>	Mantenedores de espacio: removibles, bilaterales, mandibular	Sin cargo
<b>D1550</b>	Recementación de mantenedores de espacio	Sin cargo
<b>D1555</b>	Extracción de mantenedores de espacio fijos	Sin cargo
<b>D1575</b>	Mantenedor de espacio del zapato distal, fijo, unilateral	Sin cargo
<b>D2140</b>	Amalgama - una superficie permanente o primaria	\$25
<b>D2150</b>	Amalgama - dos superficies permanentes o primarias	\$30
<b>D2160</b>	Amalgama - tres superficies permanentes o primarias	\$40
<b>D2161</b>	Amalgama - cuatro o más superficies permanentes o primarias	\$45
<b>D2330</b>	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior	\$30
<b>D2331</b>	Compuesto a base de resina - dos superficies, anterior	\$45
<b>D2332</b>	Compuesto a base de resina - tres superficies, anterior	\$55

D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies o con ángulo incisal (anterior)	\$60
D2390	Corona compuesta a base de resina, anterior	\$50
D2391	Compuesto a base de resina - una superficie, posterior	\$30
D2392	Compuesto a base de resina - dos superficies, posteriores	\$40
D2393	Compuesto a base de resina - tres superficies, posteriores	\$50
D2394	Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies, posteriores	\$70
D2710	Corona: laboratorio compuesto a base de resina	\$140
D2712	Corona - 3/4 compuesto a base de resina (indirecto)	\$190
D2721	Corona: resina con predominantemente metal base	\$300
D2740	Corona - sustrato de porcelana/cerámica	\$300
D2751	Corona - porcelana fundida en metal básico predominante	\$300
D2781	Corona - 3/4 de metal predominantemente de base fundido	\$300
D2783	Corona – 3/4 de porcelana/cerámica	\$310
D2791	Corona - metal predominantemente de base completamente fundido	\$300
D2910	Recementado de incrustación, sobrepuesto o restauración de cobertura parcial	\$25
D2915	Recementado de molde o perno y muñón prefabricados	\$25
D2920	Recementado de corona	\$25
D2921	Reimplantación de fragmento dental, borde incisal o cúspide	\$45
D2929	Corona de porcelana/cerámica prefabricada - diente primario	\$95
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario	\$65
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente	\$75
D2932	Corona de resina prefabricada	\$75
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con ventana de resina	\$80
D2940	Restauración protectora	\$25
D2941	Restauración terapéutica provisional – dentición primaria	\$30
D2949	Fundación de restauración para una restauración indirecta	\$45
D2950	Acumulación de núcleo, incluidas las espigas	\$20
D2951	Retención de espigas - por diente, además de 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	Extracción posterior	\$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 la corona, por informe	\$50
D2999	Procedimiento restaurador no especificado, por informe	\$40
D3110	Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final)	\$20
D3120	Recubrimiento pulpar (indirecto) no incluye restauración final	\$25
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final)	\$40
D3221	Desbridamiento pulpar, para dientes primarios y permanentes	\$40
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis - diente permanente con desarrollo de raíces incompleto	\$60
D3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) – diente anterior, primario (excluyendo restauración final)	\$55
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) – diente primario posterior (excluyendo 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	Apicoectomía/cirugía periradicular: anterior	\$240
D3421	Apicoectomía/cirugía periradicular: bicúspide (primera raíz)	\$250
D3425	Apicoectomía/cirugía periradicular: molar (primera raíz)	\$275
D3426	Apicoectomía / cirugía periradicular: molar(cada raíz adicional)	\$110
D3427	Cirugía periradicular sin apicoectomía	\$160
D3430	Empaste retrógrado - por raíz	\$90
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislar diente con dique de goma	\$30
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, por informe	\$100
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia– cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes por cuadrante	\$150
D4211	Gingivectomía o 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 tejidos blandos y óseos	\$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 crevicario enfermo, por diente	\$10
D4910	Mantenimiento periodontal	\$30
D4920	Cambio de apósito no programado (por alguien que no sea el dentista que trata)	\$15
D4999	Procedimiento periodontal no especificado, por informe	\$350
D5110	Dentadura completa – maxilar	\$300
D5120	Dentadura completa – mandibular	\$300
D5130	Dentadura inmediata - maxilar	\$300
D5140	Dentadura inmediata - mandibular	\$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, maxilar	\$20
D5411	Ajuste de dentadura completa, mandibular	\$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 reemplazo de gancho quebrado	\$50
D5640	Reemplazo de dientes quebrados: por diente	\$35
D5650	Añadido de diente a la dentadura postiza parcial existente	\$35
D5660	Añadido de gancho a la 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	Acondicionamiento de tejido, maxilar	\$30
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	\$30
D5862	Fijación de precisión, por informe	\$90
D5863	Sobredentadura completa maxilar	\$300
D5864	Sobredentadura parcial maxilar	\$300
D5865	Sobredentadura completa mandibular	\$300
D5866	Sobredentadura parcial mandibular	\$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 orbitales	\$350
D5916	Prótesis ocular	\$350
D5919	Prótesis facial	\$350
D5922	Prótesis del tabique nasal	\$350
D5923	Prótesis ocular, provisional	\$350
D5924	Prótesis craneana	\$350
D5925	Prótesis de implante de aumento facial	\$200
D5926	Prótesis nasal, reemplazo	\$200
D5927	Prótesis auricular, reemplazo	\$200
D5928	Prótesis orbitales, sustitución	\$200
D5929	Prótesis facial, reemplazo	\$200
D5931	Prótesis de obturador, quirúrgica	\$350
D5932	Prótesis de obturador, definitiva	\$350
D5933	Prótesis de obturador, modificación	\$150
D5934	Prótesis de resección mandibular con brida de guía	\$350
D5935	Prótesis de resección mandibular sin brida de guía	\$350
D5936	Prótesis de obturador, provisional	\$350
D5937	Aparato de trismo (no para el tratamiento con TMD)	\$85
D5951	Ayuda de alimentación	\$135
D5952	Prótesis de ayuda para el habla, pediátrica	\$350
D5953	Prótesis de ayuda para el habla, adulto	\$350
D5954	Prótesis de aumento del paladar	\$135
D5955	Prótesis de elevación del paladar, definitiva	\$350
D5958	Prótesis de elevación del paladar, provisional	\$350
D5959	Prótesis de elevación del paladar, modificación	\$145
D5960	Prótesis de ayuda para el habla, modificación	\$145
D5982	Stent quirúrgico	\$70
D5983	Portador de radiación	\$55
D5984	Pantalla antirradiación	\$85
D5985	Localizador del cono de radiación	\$135
D5986	Portador de gel de fluoruro	\$35
D5987	Férula de comisura	\$85
D5988	Férula quirúrgica	\$95
D5991	Portador De Medicamentos Tópicos	\$70
D5999	Prótesis maxilofacial no especificada, por informe	\$350
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: Implante endosteal	\$350
D6011	Cirugía de implante en segunda etapa	\$350
D6013	Colocación quirúrgica de mini implante	\$350
D6040	Colocación quirúrgica: Implante eposteal	\$350
D6050	Colocación quirúrgica: Implante transosteal	\$350
D6052	Pilar de fijación de semi-precisión	\$350
D6055	Barra de conexión: implante con apoyo o soporte con apoyo	\$350
D6056	Soporte prefabricado - incluye modificación y colocación	\$135

<b>D6057</b>	Soporte fabricado a medida - incluye colocación	\$180
<b>D6058</b>	Corona de porcelana/cerámica con apoyo	\$320
<b>D6059</b>	Corona de porcelana fundida con metal con apoyo (metal noble alto)	\$315
<b>D6060</b>	Corona de porcelana fundida con metal con apoyo (metal predominantemente de base)	\$295
<b>D6061</b>	Corona de porcelana fundida con metal con apoyo (metal noble)	\$300
<b>D6062</b>	Corona de metal fundido con apoyo (metal noble alto)	\$315
<b>D6063</b>	Corona de metal fundido con apoyo (metal predominantemente de base)	\$300
<b>D6064</b>	Corona de metal fundido con apoyo (metal noble)	\$315
<b>D6065</b>	Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante	\$340
<b>D6066</b>	Corona de porcelana fundida con metal con implante (titanio, aleación de titanio, metal noble alto)	\$335
<b>D6067</b>	Corona de metal con implante (titanio, aleación de titanio, metal noble alto)	\$340
<b>D6068</b>	Retenedor con apoyo para FPD de porcelana/cerámica	\$320
<b>D6069</b>	Retenedor con apoyo para FPD de porcelana/cerámica	\$315
<b>D6070</b>	Retenedor con apoyo para FPD de porcelana fundida con metal (predominantemente metal de base)	\$290
<b>D6071</b>	Retenedor con apoyo para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble)	\$300
<b>D6072</b>	Retenedor con apoyo para FPD de metal fundido (metal noble alto)	\$315
<b>D6073</b>	Retenedor con apoyo para FPD de metal fundido (predominantemente metal de base)	\$290
<b>D6074</b>	Retenedor con apoyo para FPD de metal fundido (metal noble)	\$320
<b>D6075</b>	Implante con apoyo para FPD de cerámica	\$335
<b>D6076</b>	Retenedor de implante para FPD de porcelana fundida con metal (titanio, aleación de titanio, metal noble alto)	\$330
<b>D6077</b>	Retenedor de implante para FPD de metal fundido (titanio, aleación de titanio, metal noble alto)	\$350
<b>D6080</b>	Procedimientos de mantenimiento de implantes, lo que incluye la extracción de prótesis, limpieza de prótesis y apoyos y re inserción de prótesis	\$30
<b>D6081</b>	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
<b>D6085</b>	Corona de implante provisional	\$300
<b>D6090</b>	Reparación de prótesis con implante, por informe	\$65
<b>D6091</b>	Reemplazo de fijación de semiprecisión o precisión (componente macho o hembra) de prótesis con implante/apoyo, por fijación	\$40
<b>D6092</b>	Recementación de corona con implante/apoyo	\$25
<b>D6093</b>	Recementación de dentadura postiza parcial con implante/apoyo	\$35
<b>D6094</b>	Corona con apoyo (titanio)	\$295
<b>D6095</b>	Reparación de apoyo de implante, por informe	\$65
<b>D6096</b>	Extracción de perno retenedor del implante roto	\$60
<b>D6100</b>	Extracción de implante, por informe	\$110
<b>D6110</b>	Dentadura postiza extraíble sujeta mediante soporte/implante para arco desdentado, maxilar	\$350
<b>D6111</b>	Dentadura postiza extraíble sujeta mediante soporte/implante para arco desdentado, mandibular	\$350
<b>D6112</b>	Dentadura postiza extraíble sujeta mediante soporte/implante para arco parcialmente desdentado, maxilar	\$350
<b>D6113</b>	Dentadura postiza extraíble sujeta mediante soporte/implante para arco parcialmente desdentado, mandibular	\$350
<b>D6114</b>	Dentadura postiza fija sujeta mediante soporte/implante para arco desdentado, maxilar	\$350
<b>D6115</b>	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 - corona de retenedor con apoyo para FPD (titanio)	\$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 - porcelana/cerámica	\$300
D6751	Corona - porcelana fundida en metal básico predominante	\$300
D6781	Corona - 3/4 de metal predominantemente de base fundido	\$300
D6783	Corona - 3/4 de porcelana/cerámica	\$300
D6791	Corona - metal predominantemente de base completamente fundido	\$300
D6930	Recementado de puente	\$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, restos de la corona - diente caduco	\$40
D7140	Extracción, diente en erupción o raíz expuesta	\$65
D7210	Extirpación quirúrgica del diente en erupción que requiere la elevación del colgajo y la extracción del hueso y/o el seccionamiento del diente	\$120
D7220	Extracción del diente afectado: tejido blando	\$95
D7230	Extracción del diente impactado - parcialmente óseo	\$145
D7240	Extracción del diente impactado - completamente óseo	\$160
D7241	Extracción del diente impactado - completamente óseo con complicaciones quirúrgicas poco habituales	\$175
D7250	Extirpación quirúrgica de las raíces dentales residuales que requieren corte de tejido blando y hueso y extracción de la estructura y cierre de los dientes.	\$80
D7260	Cierre De Fístula Antral Oral	\$280
D7261	Cierre primario de una perforación sinusal	\$285
D7270	Reimplantación/estabilización de los dientes	\$185
D7280	Acceso quirúrgico de un diente no erupcionado	\$220
D7283	Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado	\$85
D7285	Biopsia de tejido oral 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 la cresta (epitelialización secundaria)	\$350

<b>D7350</b>	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
<b>D7410</b>	Extirpación de lesión benigna hasta 1.25 cm	\$75
<b>D7411</b>	Extirpación de lesión benigna superior a 1.25 cm	\$115
<b>D7412</b>	Extirpación de lesión benigna, complicada	\$175
<b>D7413</b>	Extirpación de lesión maligna hasta 1.25 cm	\$95
<b>D7414</b>	Extirpación de lesión maligna superior a 1.25 cm	\$120
<b>D7415</b>	Extirpación de lesión maligna, complicada	\$255
<b>D7440</b>	Extirpación de tumor maligno– diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$105
<b>D7441</b>	Extirpación de tumor maligno– diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$185
<b>D7450</b>	Extracción de quistes o tumores odontogénicos benignos: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$180
<b>D7451</b>	Extracción de quistes o tumores odontogénicos benignos: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$330
<b>D7460</b>	Extracción de quistes o tumores no odontogénicos benignos: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$155
<b>D7461</b>	Extracción de quistes o tumores no odontogénicos benignos: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$250
<b>D7465</b>	Destrucción de lesiones mediante médico o método químico, por informe	\$40
<b>D7471</b>	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	\$140
<b>D7472</b>	Extracción del rodete palatino	\$145
<b>D7473</b>	Extracción del rodete mandibular	\$140
<b>D7485</b>	Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea	\$105
<b>D7490</b>	Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea	\$350
<b>D7510</b>	Incisión y drenaje del absceso: tejido blando intraoral	\$70
<b>D7511</b>	Incisión y drenaje del absceso - tejido blando intraoral - complicado	\$70
<b>D7520</b>	Incisión y drenaje de abscesos: tejido extraoral blando	\$70
<b>D7521</b>	Incisión y drenaje del absceso - tejido extraoral blando - complicado (incluye drenaje de múltiples espacios fasciales)	\$80
<b>D7530</b>	Extracción del cuerpo extraño de la mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo	\$45
<b>D7540</b>	Eliminación de cuerpos extraños que producen reacciones en el sistema musculoesquelético	\$75
<b>D7550</b>	Ostectomía/secuestrectomía parcial para extracción de hueso no vital	\$125
<b>D7560</b>	Sinusotomía maxilar para extracción de fragmento de diente o cuerpo extraño	\$235
<b>D7610</b>	Maxilar: Reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$140
<b>D7620</b>	Maxilar: Reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$250
<b>D7630</b>	Mandíbula – reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$350
<b>D7640</b>	Mandíbula – reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$350
<b>D7650</b>	Arco malar o zigomático: reducción abierta	\$350
<b>D7660</b>	Arco malar o zigomático: reducción cerrada	\$350
<b>D7670</b>	Alvéolos: reducción cerrada, puede incluir estabilización de dientes	\$170
<b>D7671</b>	Alvéolos: reducción abierta, puede incluir estabilización de dientes	\$230
<b>D7680</b>	Huesos faciales – reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos	\$350
<b>D7710</b>	Maxilar: Reducción abierta	\$110
<b>D7720</b>	Maxilar: Reducción cerrada	\$180
<b>D7730</b>	Mandíbula – reducción abierta	\$350
<b>D7740</b>	Mandíbula – reducción cerrada	\$290
<b>D7750</b>	Arco malar o zigomático: reducción abierta	\$220

<b>D7760</b>	Arco malar o zigomático: reducción cerrada	\$350
<b>D7770</b>	Alveolo – estabilización de los dientes por reducción abierta	\$135
<b>D7771</b>	Alveolo, estabilización de los dientes de reducción cerrada	\$160
<b>D7780</b>	Huesos faciales – reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos	\$350
<b>D7810</b>	Reducción abierta de la dislocación	\$350
<b>D7820</b>	Reducción cerrada de la dislocación	\$80
<b>D7830</b>	Manipulación bajo anestesia	\$85
<b>D7840</b>	Condilectomía	\$350
<b>D7850</b>	Dissectomía quirúrgica, con/sin implante	\$350
<b>D7852</b>	Reparación de discos	\$350
<b>D7854</b>	Sinovectomía	\$350
<b>D7856</b>	Miotomía	\$350
<b>D7858</b>	Reconstrucción de articulación	\$350
<b>D7860</b>	Artrostomía	\$350
<b>D7865</b>	Artroplastía	\$350
<b>D7870</b>	Artrocentesis	\$90
<b>D7871</b>	Lisis y lavaje no artroscópico	\$150
<b>D7872</b>	Artroscopia – diagnóstico, con o sin biopsia	\$350
<b>D7873</b>	Artroscopia – quirúrgica: Lavado y lisis de adherencias	\$350
<b>D7874</b>	Artroscopia – quirúrgica: Reposicionamiento y estabilización de los discos	\$350
<b>D7875</b>	Artroscopia quirúrgica: Sinovectomía	\$350
<b>D7876</b>	Artroscopia – quirúrgica: Dissectomía	\$350
<b>D7877</b>	Artroscopia – quirúrgica: Desbridamiento	\$350
<b>D7880</b>	Aparato ortótico oclusal, por informe	\$120
<b>D7881</b>	Ajuste del dispositivo ortótico oclusal	\$30
<b>D7899</b>	Terapia TMD no especificada, por informe	\$350
<b>D7910</b>	Sutura de recientes heridas pequeñas de hasta 5 cm	\$35
<b>D7911</b>	Sutura complicada – hasta 5 cm	\$55
<b>D7912</b>	Sutura complicada – mayor de 5 cm	\$130
<b>D7920</b>	Injerto de piel (identifique defecto cubierto, localización y tipo de injerto)	\$120
<b>D7940</b>	Osteoplastia – para deformidades ortognáticas	\$160
<b>D7941</b>	Osteotomía – rama mandibular	\$350
<b>D7943</b>	Osteotomía: ramas mandibulares con injerto de hueso; incluye obtención del injerto	\$350
<b>D7944</b>	Osteotomía: Segmentada o subapical	\$275
<b>D7945</b>	Osteotomía – cuerpo de la mandíbula	\$350
<b>D7946</b>	LeFort I (maxilar – total)	\$350
<b>D7947</b>	LeFort I (maxilar – segmentado)	\$350
<b>D7948</b>	LeFort II o LeFort III (osteoplastia de huesos faciales para hipoplasia o retrusión en la cara media) – sin injerto de hueso	\$350
<b>D7949</b>	LeFort II o LeFort III – con injerto de hueso	\$350
<b>D7950</b>	Injerto óseo, osteoperiosteal o de cartílago de huesos de la mandíbula o faciales: autógeno o no autógeno, por informe	\$190
<b>D7951</b>	Aumento del seno con hueso o sustitutos óseos a través de un enfoque abierto lateral	\$290
<b>D7952</b>	Aumento del seno con hueso o sustituto óseo a través de un enfoque vertical	\$175
<b>D7955</b>	Reparación del defecto del 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 gingival pericoronal	\$80	
D7972	Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa	\$100	
D7979	Sialolitotomía no quirúrgica	\$155	
D7980	Sialolitotomía	\$155	
D7981	Escisión de la glándula salival, por informe	\$120	
D7982	Sialodocoplastia	\$215	
D7983	Cierre de la fístula salival	\$140	
D7990	Traqueotomía de emergencia	\$350	
D7991	Coronoidectomía	\$345	
D7995	Injerto sintético – huesos faciales o mandíbula, según informe	\$150	
D7997	La extracción del aparato (no por el dentista que colocó el aparato), incluye la extracción de la barra de arco	\$60	
D7999	Procedimiento de cirugía oral no especificado, por informe	\$350	
D8080	Tratamiento ortodóntico integral de la maloclusión de la dentición adolescente	\$1,000	
D8210	Terapia con aparatos removibles		
D8220	Terapia del aparato fijo		
D8660	Consulta para tratamiento previo a la ortodoncia		
D8670	Visita periódica de tratamiento ortodóntico (como parte de un contrato) maloclusión de la discapacidad		
D8680	Retención ortodoncia (retirada de aparatos, construcción y colocación de retenedores)		
D8681	Ajuste del retenedor ortodóntico extraíble		
D8691	Reparación del aparato ortodóntico		
D8692	Sustitución del retenedor perdido o roto		
D8693	Reposición o recementación o reparación, según sea necesario, de los retenedores fijos		
D8694	Reparación de retenedores fijos, incluye el reajuste		
D8999	Procedimiento ortodóntico no especificado, por informe		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental - procedimiento menor		\$30
D9120	Seccionamiento parcial fijo de la dentadura		\$95
D9210	Anestesia local no en conjunto con procedimientos quirúrgicos ambulatorios	\$10	
D9211	Anestesia de bloqueo regional	\$20	
D9212	Anestesia de bloqueo de división trigémino	\$60	
D9215	Anestesia local	\$15	
D9222	Sedación profunda/anestesia general - primeros 15 minutos	\$45	
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada incremento subsiguiente de 15 minutos	\$45	
D9230	Analgesia 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 proporcionado por el dentista o el médico que no sea el dentista o el médico que lo solicite	\$50	
D9311	Consulta con un profesional de la salud	Sin cargo	
D9410	Llamada a la casa/centro de cuidado extendido	\$50	

<b>D9420</b>	Llamada al hospital o al centro quirúrgico ambulatorio	\$135
<b>D9430</b>	visita al consultorio para observación (durante horas regularmente programadas) - no se realizan otros servicios	\$20
<b>D9440</b>	Visita al consultorio - después de las horas programadas regularmente	\$45
<b>D9610</b>	Fármaco parenteral terapéutico, administración única	\$30
<b>D9612</b>	Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	\$40
<b>D9910</b>	Aplicación de medicamentos insensibilizantes	\$20
<b>D9930</b>	Tratamiento de complicaciones (post-quirúrgicas) - circunstancias inusuales, por informe	\$35
<b>D9943</b>	Ajuste del protector oclusal	No cubierto
<b>D9950</b>	Análisis de oclusión – molde armado	\$120
<b>D9951</b>	Ajuste oclusal: limitado	\$45
<b>D9952</b>	Ajuste oclusal: completo	\$210
<b>D9999</b>	Procedimiento adjunto no especificado, por informe	\$0

**Notas finales de los diseños del plan de beneficios estándar dentales de 2020**

Notas sobre la EHB para odontología pediátrica (sólo aplicable a la porción pediátrica del plan dental para niños, plan dental familiar o plan dental de grupo)

- 1) Los pagos de costo compartido realizados por cada niño individual por servicios cubiertos en la red se acumulan al máximo de bolsillo del niño. Una vez que se ha alcanzado el máximo de bolsillo individual del niño, el plan paga todos los costos por los servicios cubiertos para ese niño.
- 2) En un plan con dos o más hijos, los pagos de reparto de costos realizados por cada niño individual por servicios en la red contribuyen al deducible de la familia en la red, si es aplicable, así como al máximo de bolsillo de la familia.
- 3) En un plan con dos o más hijos, los pagos de reparto de costos realizados por cada niño individual por servicios cubiertos fuera de la red contribuyen al deducible fuera de la red de la familia, si es aplicable, y no se acumulan al máximo de su bolsillo de la familia.
- 4) La administración de estos diseños del plan debe cumplir con los requisitos del plan de referencia EHB para odontología pediátrica, incluyendo la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad médica tal como se define en el beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento Periódicos Tempranos (EPSDT).
- 5) Los costos compartidos de los miembros para los servicios de ortodoncia Medicamento Necesarios se aplican al curso del tratamiento, no a los años de beneficios individuales dentro de un curso de tratamiento de varios años. Los costos compartidos de los miembros se aplican al curso del tratamiento siempre y cuando el miembro siga inscrito en el plan.