

2020

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

Molina Platinum 90 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 PRODUCTO POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS NO PROPORCIONADOS POR UN PROVEEDOR ASOCIADO PARA LA SALUD TRIBAL. LOS PROVEEDORES DE SALUD TRIBAL INCLUYEN EL SERVICIO DE SALUD PARA INDÍGENAS, UNA TRIBU INDÍGENA, UNA ORGANIZACIÓN TRIBAL O UNA ORGANIZACIÓN INDÍGENA URBANA.

MolinaMarketplace.com



Your Extended Family.

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas 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 ayudarlo a hablar con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Ayudas y servicios para personas con discapacidad
 - Intérpretes especializados 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 especializados
 - 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 cree 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.

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

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarla 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, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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



Your Extended Family

Quejas: el procedimiento de quejas está disponible en la sección del Contrato llamada “Quejas y apelaciones”. Consulte dicha sección para saber cómo presentar una queja, cómo incluir el nombre del representante del plan y su número de teléfono, dirección y correo electrónico para que podamos ponernos en contacto con él en relación con dicha queja, y cómo presentar una queja ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) para su revisión luego de haber completado el proceso de queja o haber participado en el proceso por al menos 30 días.

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)

فالدوجوم اذه فتاهلا مقرو. عاضدلاً تامدخ مسقب ل صتا. اكل، 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 سامت اضعاً تامدخ اب. دنتسه 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

BIENVENIDO	15
INTRODUCCIÓN	16
SU PRIVACIDAD	17
AYUDA PARA LOS MIEMBROS DE MOLINA HEALTHCARE QUE NO HABLAN INGLÉS	22
DEFINICIONES	23
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	28
¿CUÁNDO COMENZARÁ MI MEMBRESÍA EN MOLINA?	28
¿QUIÉN ES ELEGIBLE?	29
DEPENDIENTES	29
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS	31
¿QUÉ HAGO PRIMERO?	32
ACCESO A LA ATENCIÓN	32
¿CÓMO PUEDO OBTENER SERVICIOS MÉDICOS A TRAVÉS DE MOLINA HEALTHCARE?	32
SERVICIOS DE TELESALUD Y TELEMEDICINA	33
¿QUÉ ES UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA?	34
ELECCIÓN DE SU MÉDICO (ELECCIÓN DEL MÉDICO Y LOS PROVEEDORES)	35
¿CÓMO ELIJO UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PRIMARY CARE PROVIDER, PCP)?	35
¿QUÉ PASA SI NO DESEO ELEGIR MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA?	35
CAMBIAR DE MÉDICO	36
<i>¿Qué pasa si deseo cambiar mi proveedor de atención primaria?</i>	36
<i>¿Puede mi proveedor de atención primaria solicitar que cambie a otro proveedor de atención primaria?</i>	36
<i>¿Cómo cambio mi proveedor de atención primaria?</i>	36
¿QUÉ PASA SI MI MÉDICO U HOSPITAL YA NO TRABAJAN CON MOLINA?	36
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	36
TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN	37
¿QUÉ PASA SI NO HAY UN PROVEEDOR PARTICIPANTE QUE PROPORCIONE UN SERVICIO CUBIERTO?	38
PROVEEDOR NO PARTICIPANTE EN UNA INSTALACIÓN DE PROVEEDOR PARTICIPANTE	38
LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS	38
ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN	38
AUTORIZACIÓN PREVIA	38
¿QUÉ ES UNA AUTORIZACIÓN PREVIA?	38
NO NECESITA UNA AUTORIZACIÓN PREVIA PARA OBTENER LOS SIGUIENTES SERVICIOS:	39
DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA PARA LOS SIGUIENTES SERVICIOS	39
APROBACIONES PERMANENTES	41
SEGUNDA OPINIÓN	41
SERVICIOS DE EMERGENCIA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE	42
¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA?	42
¿CÓMO PUEDO OBTENER SERVICIOS DE EMERGENCIA?	42
¿QUÉ PASA SI ESTOY LEJOS DEL ÁREA DE SERVICIO DE MOLINA Y NECESITO SERVICIOS DE EMERGENCIA?	43
¿QUÉ PASA SI NECESITO ATENCIÓN DESPUÉS DEL HORARIO DE ATENCIÓN O SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE?	43
SERVICIOS DE EMERGENCIA PRESTADOS POR UN PROVEEDOR NO PARTICIPANTE	44
GESTIÓN DE CASOS COMPLEJOS	44
¿QUÉ PASA SI TENGO UN PROBLEMA DE SALUD DIFÍCIL?	44
EMBARAZO	44

¿QUÉ PASA SI ESTOY EMBARAZADA?	44
OBJECIONES MORALES	45
DIRECTIVAS ANTICIPADAS:	45
ACCESO A ATENCIÓN PARA MIEMBROS CON DISCAPACIDADES	45
LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES	45
ACCESO FÍSICO	45
ACCESO PARA SORDOS O PERSONAS CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN.....	45
ACCESO PARA PERSONAS CON VISIÓN DEFICIENTE O CIEGAS.....	45
QUEJAS DE ACCESO POR DISCAPACIDAD	46
SERVICIOS CUBIERTOS	46
COSTO COMPARTIDO (DINERO QUE TENDRÁ QUE PAGAR PARA OBTENER SERVICIOS CUBIERTOS)	46
MÁXIMO ANUAL DE GASTOS DE SU BOLSILLO.....	46
COSEGURO	47
COPAGO.....	47
DEDUCIBLE	47
REGLAS GENERALES APLICABLES A LOS COSTOS COMPARTIDOS	48
RECEPCIÓN DE UNA FACTURA.....	48
CÓMO SATISFACE SU COBERTURA LA LEY DE ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE	48
HACER QUE SU COBERTURA SEA MÁS ASEQUIBLE.....	48
¿QUÉ CUBRE MI PLAN?	49
SERVICIOS PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS.....	49
ATENCIÓN Y SERVICIOS PREVENTIVOS	49
SERVICIOS PREVENTIVOS Y LA LEY DE ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE.....	49
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES	50
SERVICIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS Y ANCIANOS.....	51
SERVICIOS DE MÉDICOS Y OTROS PROFESIONALES	53
SERVICIOS DE ACUPUNTURA	53
SERVICIOS DE HABILITACIÓN	53
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	54
SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL.....	54
SERVICIOS DE TRASTORNO DE ABUSO DE SUSTANCIAS (SUBSTANCE USE DISORDER, SUD) PARA PACIENTES AMBULATORIOS	56
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA	56
SERVICIOS DENTALES PARA RADIOTERAPIA	56
ANESTESIA DENTAL	56
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA PARA EL PALADAR HENDIDO	57
SERVICIOS PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (“ATM”)	57
SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS	57
SERVICIOS PARA LA VISTA	57
SERVICIOS PEDIÁTRICOS DE VISIÓN	57
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	58
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	59
FENILCETONURIA (PKU) Y OTROS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	60
SERVICIOS DE DIABETES.....	60
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA EN HOSPITAL/CENTRO	61
CIRUGÍA AMBULATORIA	61
PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS (EXCEPTO CIRUGÍA)	61
SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE IMÁGENES Y ESCANEÓ	61

SERVICIOS DE RADIOLOGÍA (RADIOGRAFÍAS).....	61
QUIMIOTERAPIA Y OTROS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR EL PROVEEDOR.....	61
PRUEBAS DE LABORATORIO	61
SALUD MENTAL Y CONDUCTUAL: PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO INTENSIVO PARA PACIENTES AMBULATORIOS	62
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS.....	62
SERVICIOS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS.....	62
QUIMIOTERAPIA Y OTROS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR EL PROVEEDOR	63
CUIDADO DE MATERNIDAD	63
SALUD MENTAL Y CONDUCTUAL: HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA PACIENTES INTERNADOS	63
TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO DE ABUSO DE SUSTANCIAS (SUBSTANCE USE DISORDER, SUD).....	64
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	64
CUIDADO PALIATIVO	65
ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS	65
CIRUGÍA BARIÁTRICA	67
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	67
EXCLUSIONES DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	67
SERVICIOS DE TRASPLANTES.....	68
COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA.....	68
FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE MOLINA HEALTHCARE (LISTA DE MEDICAMENTOS).....	69
ACCESO A MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL FORMULARIO.....	70
TERAPIA ESCALONADA:.....	71
COSTO COMPARTIDO PARA MEDICAMENTOS CON RECETA.....	71
LOS NIVELES DE MEDICAMENTOS SE DEFINEN DE LA SIGUIENTE MANERA:	72
<i>Nivel 1</i>	72
<i>Nivel 2</i>	72
<i>Nivel 3</i>	72
<i>Nivel 4</i>	73
ANALGÉSICOS OPIOIDES CON RECETA PARA EL DOLOR CRÓNICO.....	73
MEDICAMENTOS PARA DEJAR DE FUMAR.....	73
DISPONIBILIDAD DE PEDIDOS POR CORREO DE MEDICAMENTOS CON RECETA DEL FORMULARIO	73
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS	73
LÍMITE DE SUMINISTRO DIARIO	74
MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS DE VENTA LIBRE	74
USO NO AUTORIZADO DE MEDICAMENTOS.....	74
SERVICIOS AUXILIARES.....	75
EQUIPO MÉDICO DURADERO	75
DISPOSITIVOS PROTÉSICOS Y ORTOPÉDICOS.....	76
DISPOSITIVOS IMPLANTADOS INTERNAMENTE	76
DISPOSITIVOS EXTERNOS.....	76
SERVICIOS AUDITIVOS.....	77
ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR	77
SERVICIOS DE TRANSPORTE	77
TRANSPORTE MÉDICO DE EMERGENCIA	77
TRANSPORTE MÉDICO QUE NO SEA DE EMERGENCIA: AMBULANCIA.....	77
OTROS SERVICIOS	78
SERVICIOS DE DIÁLISIS	78
SERVICIOS DE VISIÓN ESPECIALIZADOS.....	78
EXCLUSIONES	78
¿QUÉ SE EXCLUYE DE LA COBERTURA BAJO MI PLAN?	78
TERAPIA ACUÁTICA	78

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL Y CONCEPCIÓN POR MEDIOS ARTIFICIALES.....	79
CIERTOS EXÁMENES Y SERVICIOS.....	79
SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS.....	79
SERVICIOS COSMÉTICOS.....	79
CUIDADO DE CUSTODIA.....	79
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA.....	79
DIETISTA.....	79
SUMINISTROS DESECHABLES.....	79
MEDICAMENTOS PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL.....	80
SERVICIOS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN.....	80
TRATAMIENTO PARA LA PÉRDIDA O EL CRECIMIENTO DEL CABELLO.....	80
SERVICIOS DE INFERTILIDAD.....	80
CUIDADOS INTERMEDIOS.....	80
ARTÍCULOS Y SERVICIOS QUE NO SON ARTÍCULOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.....	80
ARTÍCULOS Y SERVICIOS PARA CORREGIR DEFECTOS REFRACTIVOS DEL OJO.....	81
ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS.....	81
TERAPIA DE MASAJE Y TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS.....	81
NUTRICIÓN ORAL.....	81
ENFERMERÍA PRIVADA.....	81
ARTÍCULOS Y SERVICIOS DE CUIDADO RUTINARIO DE LOS PIES.....	81
SERVICIOS NO APROBADOS POR LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS.....	81
SERVICIOS PRESTADOS POR PERSONAS SIN LICENCIA.....	81
SERVICIOS RELACIONADOS CON UN SERVICIO NO CUBIERTO.....	82
SUSTITUCIÓN.....	82
DISFUNCIÓN SEXUAL.....	82
GASTOS DE VIAJE Y ALOJAMIENTO.....	82
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	82
DEFINICIONES (APLICABLE A ESTA DISPOSICIÓN DEL COB).....	82
REGLAS DE DETERMINACIÓN DE ORDEN DE BENEFICIOS.....	84
EFFECTO EN LOS BENEFICIOS DE ESTE PLAN.....	86
DERECHO A RECIBIR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN NECESARIA.....	87
FACILIDAD DE PAGO.....	87
DERECHO DE RECUPERACIÓN.....	87
DISPUTAS DE COORDINACIÓN.....	87
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS.....	87
INDEMNIZACIÓN DE TRABAJADORES.....	88
RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN.....	88
¿CÓMO SE RENUEVA MI COBERTURA DE MOLINA HEALTHCARE?.....	88
CAMBIOS EN LAS PRIMAS, DEDUCIBLES, COPAGOS Y SERVICIOS CUBIERTOS.....	88
¿CUÁNDO TERMINARÁ MI MEMBRESÍA EN MOLINA HEALTHCARE? (TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS).....	88
PAGOS DE PRIMAS Y TERMINACIÓN POR NO PAGO.....	90
AVISOS DE PRIMA/TERMINACIÓN POR EL NO PAGO DE LAS PRIMAS.....	90
AVISO DE TERMINACIÓN.....	91
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.....	91
¿CUÁLES SON MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO DE MOLINA HEALTHCARE?.....	91
SUS DERECHOS.....	91
SUS RESPONSABILIDADES.....	92
SEA ACTIVO EN SU ATENCIÓN MÉDICA.....	92
APROVECHE AL MÁXIMO LAS VISITAS AL MÉDICO.....	92
VISITE A SU MÉDICO CUANDO ESTÁ ENFERMO.....	93
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE MOLINA.....	93

MOLINA HEALTHCARE SIEMPRE ESTÁ MEJORANDO LOS SERVICIOS	93
COMITÉ DE PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS	93
PRIVACIDAD DE SU ATENCIÓN MÉDICA	93
NUEVA TECNOLOGÍA	93
¿QUÉ TENGO QUE PAGAR?	94
¿QUÉ PASA SI HE PAGADO UNA FACTURA O RECETA MÉDICA? (DISPOSICIONES DE REEMBOLSO)	94
¿CÓMO PAGA MOLINA HEALTHCARE MI ATENCIÓN?	94
¿HABLA UN IDIOMA QUE NO SEA EL INGLÉS?	94
SERVICIOS CULTURALES Y LINGÜÍSTICOS	95
QUEJAS Y APELACIONES	95
¿QUÉ ES UNA QUEJA O UN RECLAMO?	95
¿QUÉ PASA SI TENGO UNA QUEJA O UN RECLAMO?	95
REVISIÓN ACELERADA	96
REVISIÓN DE EXCEPCIONES EXTERNAS POR MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL FORMULARIO	96
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA	96
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE	98
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE PARA LA NEGACIÓN DE TERAPIAS EXPERIMENTALES/DE INVESTIGACIÓN	99
ARBITRAJE VINCULANTE	99
DISPOSICIONES DIVERSAS	101
ACTÚA MÁS ALLÁ DEL CONTROL DE MOLINA HEALTHCARE	101
RENUNCIA	101
NO DISCRIMINACIÓN	101
DONACIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS	101
CESIÓN	101
LEY APLICABLE	102
NULIDAD	102
AVISOS	102
SUBROGACIÓN DE UN CONTRATO DE SUBROGACIÓN	102
PROGRAMA DE BIENESTAR	103
PROGRAMAS DE NIVEL 1 DE GESTIÓN DE LA SALUD	103
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES	104
GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA DE SU ATENCIÓN MÉDICA	105
ANEXO PARA 2020 SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS	106

**MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA
PLAN DE BENEFICIOS
Molina Platinum 90 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 LAS 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 y para excepciones descritas en la sección de este contrato titulada “¿Qué sucede 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.

Tipo de deducible	En proveedores participantes, usted paga
Deducible médico	
Individual:	\$0
Familia entera de 2 o más miembros	\$0
Deducible del medicamento con receta	
Individual:	\$0
Familia entera de 2 o más miembros	\$0
Deducible dental pediátrico	\$0

Máximo anual de gastos de su bolsillo ¹	Usted paga
Individual:	\$4,500
Familia entera de 2 o más miembros	\$9,000

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

Servicios de emergencia y atención urgente	Usted paga	
Sala de emergencia²	\$150	Copago por visita, exonerado si es admitido.
Médico de emergencia²	Sin cargo	
Cuidado urgente	\$15	Copago por consulta

²No se aplica el costo del centro combinado con la sala de emergencias y del médico, si es admitido directamente en el hospital para servicios para pacientes internos (consulte los servicios hospitalarios de pacientes internos, para conocer el costo compartido que se aplica a usted).

Servicios profesionales para pacientes ambulatorios³		En proveedores participantes, usted paga	
Visitas al consultorio⁴			
Atención preventiva (incluye prenatal, preconcepción y primer examen postparto)	Sin cargo		
Atención primaria	\$15	Copago por consulta	
Atención de otros médicos	\$15	Copago por consulta	
Atención de médico especialista	\$30	Copago por consulta	
Servicios de habilitación	\$15	Copago	
Servicios de rehabilitación	\$15	Copago	
Servicios de salud mental/conductual y servicios por trastornos por abuso de sustancias			
Visitas al consultorio	\$15	Copago por consulta	
Otros artículos y servicios	\$15	Copago por consulta	
Planificación familiar	Sin cargo		
Servicios dentales pediátricos (solo para miembros menores de 19 años) (Para obtener una lista completa de los costos compartidos, consulte el anexo sobre servicios dentales pediátricos)			
Examen oral, limpieza preventiva, radiografías, selladores, aplicación de flúor, mantenedor de espacio (fijo)	Consulte el anexo sobre servicios dentales pediátricos		
Ortodoncia: medicamento necesaria			
Servicios de visión pediátrica (solo para miembros menores de 19 años)			
Examen de visión integral (Examen limitado a uno por año calendario).	Sin cargo		
Anteojos recetados <i>Marcos</i> Limitado a un par de marcos cada año calendario Limitado a una selección de marcos cubiertos <i>Lentes</i> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a un par de marcos cada año calendario • Visión simple, bifocales con línea, trifocales con línea, lentes lenticulares, lentes de policarbonato • Todos los lentes incluyen revestimiento resistente a los arañazos, protección UV 			
Lentes de contacto recetados <ul style="list-style-type: none"> • 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"> ○ Estándar (un par anual) ○ Mensual (suministro de seis meses) ○ Dos semanas (suministro de tres meses) ○ Diarios (suministro de tres meses) • Los lentes de contacto médicamente necesarios para condiciones médicas específicas requieren autorización previa. 			
Servicios y dispositivos ópticos de baja visión (sujeto a limitaciones, y se aplica autorización previa)			

³ Tenga en cuenta lo siguiente: si usted realiza una consulta en una clínica de hospital, el costo compartido de hospital ambulatorio se aplicará a los centros y los cargos accesorios. Los honorarios profesionales asociados, limitados a los servicios de evaluación y gestión (Evaluation and Management, E&M), serán procesados evaluando a su PCP o especialista de costos compartidos.

⁴ Para los servicios de laboratorio y diagnóstico de radiografías que se proporcionan en el consultorio de un PCP o un especialista, en la misma fecha de servicio que una visita al consultorio del PCP o el

especialista, usted solo será responsable de la cantidad de costo compartido aplicable para la visita al consultorio. Los costos compartidos para servicios de laboratorio y radiografías, como se muestra en el Plan de Beneficios, se aplicarán si los servicios son prestados por un proveedor participante en un lugar separado, incluso si es el mismo día que una visita al consultorio.

Servicios de atención médica ambulatoria en un hospital/centro		En los proveedores participantes, usted paga
Cirugía ambulatoria y otros procedimientos		
Profesional (servicios quirúrgicos y no quirúrgicos)	10%	Coseguro
Centros (servicios quirúrgicos y no quirúrgicos)	10%	Coseguro
Servicios de exploración especializada (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	10%	Coseguro
Servicios de radiología	\$30	Copago
Pruebas de laboratorio	\$15	Copago
Trastorno de salud mental/conductual y uso de sustancias (servicios profesionales y en centros)		
Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios	\$15	Copago
Tratamiento de salud conductual para el trastorno del espectro autista (Autism Spectrum Disorder, ASD)	\$15	Copago

⁵A 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.

Servicios hospitalarios para pacientes internados	En los proveedores asociados, usted paga	
Arancel del hospital (p. ej. habitación) <ul style="list-style-type: none"> • Médico/quirúrgico • Cuidado de maternidad • Servicios de salud mental y conductual • Trastorno por el uso de sustancias 	10%	Coseguro
Honorarios del médico/cirujano profesional	10%	Coseguro
Centro de enfermería especializada (limitada a 100 días por periodo de beneficio)⁶	10%	Coseguro
Cuidado paliativo	Sin cargo	

⁶Los servicios deben ser facturados por un proveedor participante del centro de enfermería especializada)

Cobertura de medicamentos con receta⁷	En proveedores participantes, usted paga	
Nivel 1	\$5	Copago
Nivel 2	\$15	Copago
Nivel 3	\$25	Copago
Nivel 4	10%	Coaseguro, hasta \$250 máximo por receta
Medicamentos con receta pedidos por correo	Se ofrece un suministro de hasta 90 días en dos veces el costo compartido de un medicamento con receta en una farmacia minorista durante un mes.	

⁷ Para obtener una descripción consulte la sección **Cobertura de medicamentos con receta**. 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 con receta que usted obtenga mediante el uso de una tarjeta de descuento o un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos con receta, o cualquier otra forma de asistencia en los costos compartidos de medicamentos con receta de terceros, no se aplicará a ningún deducible ni al gasto máximo de bolsillo anual de su plan. Los costos compartidos para los medicamentos con receta cubiertos se limitan a no ser más que el precio de venta minorista de la farmacia.

Servicios auxiliares		En los proveedores asociados, usted paga	
Equipo médico duradero		10%	Coseguro
Atención médica en el hogar (limitada a 100 días por periodo de beneficios) ⁸		10%	Coseguro
Transporte médico de emergencia (ambulancia) (Los servicios de emergencia médicamente necesarios están cubiertos para los proveedores participantes y no participantes).		\$150	Copago
Transporte médico que no sea de emergencia (ambulancia)		\$150	Copago

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

Otros servicios		En los proveedores participantes, usted paga	
Servicios de diálisis		10%	Coseguro

Este Contrato y Formulario de Evidencia de Cobertura y Divulgación Combinados de Molina Healthcare of California (también llamado “EOC” o “Contrato”) es emitido por Molina Healthcare of California (“Molina Healthcare”, “Molina”, “Nosotros” o “Nuestros”), para el suscriptor o el 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 Formulario de Divulgación y Evidencia de Cobertura 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 ayudarlo a tomar una decisión. Usted puede llamar a Molina Healthcare y solicitar su propia copia.

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

Podemos ayudarlo a entender este contrato. Si tiene alguna pregunta sobre algo en este contrato, llámenos. Puede llamar si quiere saber más acerca de Molina. Puede obtener esta información en otro idioma, en letra grande, Braille o audio. Puede llamarnos o escribirnos a:

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 Molina Healthcare como su plan de salud.

Este documento se llama su “Contrato y Formulario de Divulgación y Evidencia de Cobertura Combinados de Molina Healthcare of California” (su “Contrato” o “Evidencia de Cobertura”, “EOC”). El Contrato le dice cómo puede obtener servicios a través de Molina Healthcare. También establece los términos y las condiciones de cobertura de este producto. Indica sus derechos y responsabilidades como miembro de Molina. 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.

Llame a Molina si tiene preguntas o inquietudes. Nuestro personal servicial y amable estará encantado de ayudarlo. Podemos ayudarlo a:

- Pedir un intérprete
- Revisar el estado de 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 al 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.

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

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Molina Healthcare usa y comparte su información para brindarle 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*. La PHI es información 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 tiene más información sobre cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestro Aviso sobre las Normas de Privacidad está en la siguiente sección de este Contrato y en nuestro sitio web en MolinaMarketplace.com. También puede obtener una copia de nuestro Aviso sobre las Normas de Privacidad llamando a nuestro Centro de Atención al Cliente.

AVISO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DE MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Molina Healthcare of California (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**nosotros**”, o “**nuestros**”) utiliza 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 Healthcare.

¿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 se 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 de la factura 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, incluidos 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 la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, 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 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 (difusión de 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 presentar su 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 presentar su 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 presentar su 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 presentar su solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.
- **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (difusión de 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 presentar su solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. 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 de las siguientes maneras:

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 - Room 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 Healthcare?

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 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 Healthcare 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, un amigo o un miembro de la familia actúen como intérprete. Es posible que tenga algo para decir y no quiera compartirlo con un menor, un amigo o un miembro de la familia. Recurrir a un intérprete puede ser lo 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 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 directivas 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.

Los servicios deben obtenerse de un proveedor participante. Esto significa la tarifa contratada para dicho servicio cubierto.

Servicios de emergencia y servicios de transporte de emergencia de un proveedor no participante: a menos que la ley requiera lo contrario o según lo acordado entre el proveedor no participante y Molina, la cantidad permitida será la mayor de 1) la tasa promedio contratada de Molina para tales servicios, 2) el 100% de la tarifa publicada de Medicare para tales servicios, o 3) el método 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 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" (Out-of-Pocket Maximum, **"OOPM"**) es la cantidad máxima de costos compartidos que usted 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.

“**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 tasas que Molina Healthcare ha negociado con el proveedor participante. Los coseguros se enumeran en el programa de beneficios. Algunos servicios cubiertos no tienen coseguro y se puede aplicar un deducible o copago.

“**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 y se puede aplicar 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 los medicamentos con receta cubiertos por este Contrato y que usted tiene derecho a recibir de Molina conforme a este Contrato. Los servicios cubiertos incluyen todos los servicios básicos de atención médica que sean médicamente necesarios y los beneficios de salud esenciales (Essential Health Benefits, EHB) 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 cubra esos servicios al copago o el coseguro aplicables. El monto que usted paga por 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.

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 e 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 con 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**” (Durable Medical Equipment, **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 una 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**” significan el inicio repentino de lo que razonablemente parece ser una afección médica que se manifiesta por síntomas de suficiente gravedad. Incluye el dolor intenso, que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente resultar en cualquiera de los siguientes:

- Poner en grave peligro la salud del miembro
- Provocar graves daños en las funciones corporales
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo
- 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 abastecerse de 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**” significan exámenes 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 trabajo activo y, si lo hace, la atención, el tratamiento y la cirugía, si se encuentran dentro del alcance médico de la licencia de esa persona, necesarios para aliviar o eliminar la afección 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.

“**Servicios de emergencia**” o “**Servicios y atención de emergencia**” también significan 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 el 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 (Essential Health Benefits, **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 esenciales para la salud cubren al menos las siguientes diez categorías de beneficios:

- Atención ambulatoria al paciente
- Servicios de emergencia
- Hospitalización
- Atención de maternidad y recién nacidos
- Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias; incluye tratamiento de salud conductual
- Medicamentos con receta
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y recuperación de las habilidades
- Servicios de laboratorio
- Servicios preventivos y de bienestar y gestión de enfermedades crónicas
- Servicios pediátricos, que incluyen cuidado dental* y de la vista 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**” significan 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 acuerdo 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, la lesión o la afección del paciente; y no principalmente para la conveniencia del paciente o el 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

licenciada para proporcionar servicios médicos y hospitalarios prepagados bajo la Ley del Plan de Atención Médica Knox-Keene de 1975, y con contrato con Covered California. Este Contrato a veces se refiere a Molina Healthcare of California como “nosotros” o “nuestro”.

“**El Contrato y el Formulario de Divulgación y Evidencia de Cobertura Combinados**” 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.

“**Ginecólogo obstetra**” (Obstetrician-gynecologist, “**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**” (Primary Care Provider, “**PCP**”) que ha identificado su designación profesional principal como un “PCP” y 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 ve a niños desde recién nacidos hasta los 18 o 21 años de edad.
- 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 Médica 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, 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 la esposa legales 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 de hecho registrada del suscriptor que cumple con todos los requisitos de las Secciones 297 o 299.2 del Código de Familia de California.

“**Suscriptor**” significa:

- una persona que es residente de Ohio cumple con los requisitos de elegibilidad de este Contrato, está inscrita y aceptada por Molina como suscriptor y ha mantenido su membresía con Molina de acuerdo con los términos de este Contrato;
- 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 un 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 el 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 al consultorio para determinar el diagnóstico o el tratamiento.

“**Servicios de atención 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 periodo 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 de enero de 2020.
- Si usted presentó la solicitud entre el 16 de diciembre de 2019 y el 15 de enero de 2020, la fecha de vigencia de su cobertura es el 1.º de febrero de 2020.

Si no se inscribe durante un periodo de inscripción abierta, puede inscribirse durante un periodo de inscripción especial 60 días a partir del evento calificador. Usted debe ser elegible bajo los procedimientos especiales de inscripción establecidos por el mercado 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 vigencia de la cobertura será determinada por Covered California o Molina Healthcare. Sin límite de lo anterior, Covered California o Molina proveerán periodos de inscripción mensuales especiales para los indígenas de Estados Unidos o nativos de Alaska.

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 Covered California se pueden encontrar en 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 o tutor legal) que solicite 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 finalizará 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 usted viva o resida en nuestra área de servicio para este producto. Los siguientes tipos de miembros de la familia se consideran dependientes:

- Cónyuge.
- Niños: los hijos del suscriptor o los hijos de su cónyuge (incluidos los hijos e hijastros 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 hijo dependiente cubierto o de un miembro cubierto por la cobertura de solo hijos bajo este Contrato. La cobertura para hijos de un hijo dependiente cubierto o de un miembro en virtud de la cobertura solo para hijos terminará cuando el hijo dependiente cubierto o el miembro en virtud de la cobertura solo para hijos ya no sean elegibles en virtud de este Contrato.

Niño de crianza: un niño de crianza no es elegible para la inscripción como dependiente.

Pareja de hecho: si lo permite el Mercado, una pareja de hecho del suscriptor puede inscribirse en este producto. La pareja de hecho debe cumplir con los requisitos de elegibilidad y verificación de parejas de hecho establecidos por Covered California o Molina Healthcare.

Límite de edad para hijos 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 autosostenible debido a una lesión, una enfermedad o una afección que generan discapacidad física o mental.
- 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 permanezca discapacitado. 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 se inscriba como suscriptor (como un nuevo cónyuge, un niño recién nacido o un niño recién adoptado), debe ponerse en contacto con Covered California y presentar cualquier solicitud, formularios e información solicitados para el dependiente. Las solicitudes para inscribir a un nuevo dependiente deben ser enviadas a 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 lo solicite durante el periodo de inscripción abierta.

Puede presentar una solicitud antes de los 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,
 - cualquier otra cobertura designada como “cobertura esencial mínima” en cumplimiento de la Ley de Atención Médica Asequible.
- La fecha de su matrimonio.
- El cónyuge, que antes no era ciudadano o individuo legalmente presente, obtiene esa condición.
- El cónyuge se muda permanentemente al área de servicio.

Niños menores de 26 años: puede agregar un dependiente menor de 26 años, incluido un hijastro, excepto en la Cobertura solo para niños, siempre y cuando presente la solicitud durante el periodo de inscripción abierta o durante un periodo no superior a sesenta (60) días después de cualquier evento que se indique a continuación:

- El niño 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 mínima esencial”, según lo determine la Ley de Atención Médica Asequible.
- El niño se convierte en dependiente a través del matrimonio, el nacimiento, la adopción, la colocación para adopción o la manutención de los hijos u otra orden judicial.
- El niño, que antes no era ciudadano o individuo legalmente presente, obtiene esa condición.
- El niño se muda 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 los sesenta (60) días calendario, el recién nacido está cubierto por solo treinta y un (31) días (incluida la fecha de nacimiento).

Nota importante: Las solicitudes de recién nacidos se procesarán como parte de las reclamaciones de la madre y los montos deducibles y máximos anuales de gastos de bolsillo que se abonado mediante el procesamiento de las reclamaciones de dicho recién nacido se devengarán como parte de los deducibles y máximos anuales de gastos de 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, 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 las demandas del recién nacido, y cualquier monto deducible o máximo anual de gastos de bolsillo abonado a través del procesamiento de estas reclamaciones se devengará como parte del deducible o máximo anual de gastos de bolsillo individual del recién nacido (es decir, no dentro del deducible y máximo anual de gastos de bolsillo de la madre inscrita).

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 posteriores a la adopción del niño o dentro de los sesenta (60) días calendario días posteriores que le den el niño en adopción. La cobertura del niño será efectiva en la fecha de adopción, colocación para adopción o según lo determine [Covered California](#), de acuerdo con las leyes [y reglamentaciones](#) estatales y federales aplicables.

Interrupción de los servicios cubiertos para dependientes: los servicios cubiertos para su dependiente serán descontinuados:

- Al finalizar el año calendario en que el niño dependiente cumple los 26 años, a menos que el niño tenga alguna 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 inelegible.
- 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 puede optar a este producto si:

- El miembro se vuelve abusivo o violento y amenaza la seguridad de cualquiera que trabaje con Molina Healthcare, incluidos los proveedores participantes.
- El miembro menoscaba sustancialmente la capacidad de Molina Healthcare, o de cualquier persona que trabaje con Molina Healthcare, incluidos los proveedores participantes, para prestar atención al miembro u otros miembros.
- 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 saberlo por lo menos diez (10) días calendario antes de la fecha efectiva en la que perderá la elegibilidad. En ese momento, usted puede apelar la decisión.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS

Usted obtiene una tarjeta de identificación de miembro (tarjeta de identificación) de Molina Healthcare. Emitiremos una tarjeta de identificación dentro de los 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 del deducible, para su uso por parte de los proveedores. La 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 Asesoramiento de Enfermería las 24 horas de Molina
- El número gratuito de la Línea de Asesoramiento de Enfermería para los miembros de habla española
- El número gratuito para preguntas relacionadas con recetas
- El identificador para el beneficio de medicamentos con receta de Molina
- El número de teléfono gratuito para que los hospitales notifiquen a Molina las admisiones de nuestros miembros
- El número de teléfono gratuito para que las salas de emergencia notifiquen a Molina las visitas a las salas de emergencia de nuestros miembros

Su tarjeta de identificación es utilizada por proveedores de atención médica como su PCP, su farmacéutico, el 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 SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PODRÁ OBTENER SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

Su directorio de proveedores incluye una lista de proveedores participantes y de los hospitales que están disponibles para usted como miembro de Molina Healthcare. Puede visitar el sitio web de Molina en MolinaMarketplace.com para ver nuestra lista en línea de 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 hospitalarios o similares, debe ir a un centro de atención médica que sea un proveedor participante. Para más información sobre qué centros trabajan 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 del área en cualquier sala de emergencias, donde quiera que se encuentre.

En general, usted debe recibir los servicios cubiertos de proveedores asociados; de lo contrario, los servicios no están cubiertos, usted será 100% responsable del pago al proveedor no asociado, 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. para los servicios de emergencia de acuerdo con la sección del Contrato titulada “Servicios de emergencia y servicios de atención urgente”,
2. para los servicios de atención urgente fuera del área de acuerdo con la sección del Contrato titulada “Servicios de emergencia y servicios de atención urgente”, y
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. 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 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 ayudarle 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.

TIPO DE AYUDA QUE NECESITA:	A DÓNDE IR. A QUIÉN LLAMAR.
Servicios de emergencia	Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. 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 atención de emergencia.
Servicios de atención médica urgente	También puede llamar a su PCP o a la Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas de Molina Healthcare al número gratuito (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.
Un examen físico, una visita de bienestar o inmunizaciones	Vaya a su PCP
Tratamiento para una enfermedad o lesión que no es una emergencia	Vaya a su PCP

TIPO DE AYUDA QUE NECESITA:	A DÓNDE IR. A QUIÉN LLAMAR.
Servicios de planificación familiar , como: <ul style="list-style-type: none"> • pruebas de embarazo • anticonceptivos • esterilización 	Vaya a cualquier proveedor participante de su elección. No necesita una autorización previa para obtener estos servicios.
Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS)	Vaya a cualquier proveedor participante de su elección. No necesita una autorización previa para obtener estos servicios.
Para ver a un obstetra/ginecólogo (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.
Para la evaluación de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias	Vaya a un proveedor participante de salud mental o abuso de sustancias. Usted no necesita una remisión o autorización previa para obtener una evaluación de trastornos de salud mental o por abuso de sustancias.
Para terapia de trastornos de salud mental o por abuso de sustancias	Vaya a un proveedor participante de salud mental/conductual o abuso de sustancias. No necesita una remisión. No necesita una autorización previa para obtener estos servicios.
Para consultar a un médico especialista (por ejemplo, un médico especialista en cáncer o un médico del corazón)	Vaya primero a su PCP. Su médico lo derivará si es necesario. Si necesita servicios de emergencia o servicios de atención urgente, obtenga ayuda como se indica en Servicios de emergencia o servicios de atención urgente arriba.
Para someterse a cirugía	Vaya primero a su PCP. Su médico lo derivará si es necesario. Si necesita servicios de emergencia o servicios de atención urgente, obtenga ayuda como se indica en Servicios de emergencia o servicios de atención urgente arriba.
Para obtener una segunda opinión	Se requiere autorización previa. Consulte la sección de este Contrato titulada, “Segunda opinión”.
Para ir al hospital	Vaya primero a su PCP. Su médico lo derivará si es necesario. Si necesita servicios de emergencia o servicios de atención urgente, obtenga ayuda como se indica en Servicios de emergencia o servicios de atención urgente arriba.
Atención después del horario de atención	Llame a su PCP para una remisión a una clínica fuera del horario de atención u otro centro de atención apropiado. También puede llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería de Molina Healthcare al número gratuito (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 al número de teléfono gratuito 1 (888) 858-2150.

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un **proveedor de atención primaria** (Primary Care Provider, **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 realizar chequeos, pruebas y ver resultados de pruebas, por vacunas y cuándo está enfermo. Acudir a su PCP para realizarse chequeos permite descubrir problemas 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 servicios de atención urgente fuera del 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 este Contrato. También aprenderá algunos consejos útiles sobre cómo utilizar los servicios y beneficios cubiertos por este Contrato. Visite el sitio web de Molina en MolinaMarketplace.com y haga clic en Buscar 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 aceptando nuevos pacientes. Esto incluye médicos, médicos especialistas, hospitales o clínicas médicas.

¿Cómo elijo un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)?

Es fácil elegir un PCP. Use nuestro directorio de proveedores para seleccionar de una lista de médicos. Posiblemente desee elegir un médico que vea a toda su familia. Alternativamente, tal vez quiera 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 la selección de su PCP.

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 deseo elegir mi 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, elegiremos uno para usted.

Cambiar de médico

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

Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento. Todos los cambios realizados para el día 25 del mes entrarán en vigor el primer día del siguiente mes calendario. Todos los cambios realizados luego del día 26 del mes entrarán en vigor el primer día del segundo mes calendario. Primero, visite a su médico. Conozca a su PCP antes de hacer el cambio. Tener 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 médico puede solicitar que se le cambie a un PCP diferente por cualquiera de las siguientes razones:

- Usted no está siguiendo instrucciones médicas (comportamiento no conforme)
- Usted está siendo abusivo, amenazante o tiene comportamiento violento
- Ruptura de 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 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 porque:

- El PCP ya no es un proveedor participante de 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 trabajan con Molina?

Para miembros existentes, si su médico (PCP o médico especialista) o un hospital ya no están en Molina, le enviaremos una carta comunicándoselo. La carta le dirá cómo le afecta el cambio. Si su PCP ya no trabaja con Molina Healthcare, puede elegir otro médico. Si quiere un médico diferente, puede elegir uno. Nuestro personal del Centro de Atención al Cliente puede ayudarlo a elegir.

Si usted es asignado a un PCP o un hospital que están terminando un contrato con Molina, entonces Molina le enviará una notificación por escrito con sesenta (60) días calendario de anticipación de tal contrato que termina entre Molina y el PCP o el hospital de atención aguda. Si usted ha estado recibiendo atención de un médico o un hospital que están 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. Póngase en contacto 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 Médica Administrada, que protege a los consumidores de HMO, a su número gratuito, 1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o número TDD para sordos o con problemas de audición, sin costo, al 1 (877) 688-9891, o en línea en www.hmohelp.ca.gov.

Continuidad de la atención

Si usted está recibiendo tratamiento por una de las condiciones enumeradas a continuación y su médico o el hospital del que estaba recibiendo tratamiento ya no son 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 de la atención:

- Tiene una enfermedad crónica grave. “**Enfermedad crónica grave**” se refiere a una condición médica a causa de una enfermedad, una afección u otro problema o trastorno médico de naturaleza grave, y que cumple con alguna de las siguientes condiciones:
 - Persiste sin cura completa o empeora durante un periodo 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 periodo inmediatamente posparto.
- Tiene una afección aguda. “**Afección aguda**” significa una condición médica que involucra un inicio repentino de síntomas a causa de una enfermedad, una lesión u otro problema médico que requiere atención médica rápida y que tiene una duración limitada. Usted puede permanecer con el médico o el 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 calendario de la fecha en que su médico o el hospital ya no estarán con Molina Healthcare.

La elegibilidad para la continuidad de la atención no se basa estrictamente en el nombre de su condición.

Es posible que su médico o el hospital no acuerden continuar prestándole sus servicios o no acuerden cumplir con los términos y las 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 permanecer con el mismo médico u hospital para la continuidad de la atención, llámenos al 1 (888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden marcar el 711.

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

Transición de la atención

Molina proporciona servicios cubiertos médicamente necesarios en o después de su fecha efectiva 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 efectiva con Molina, a su petición, podemos permitirle seguir recibiendo servicios cubiertos médicamente necesarios para un curso continuo de tratamiento hasta su finalización con un proveedor no participante. Podemos coordinar la provisión de servicios cubiertos con cualquier proveedor no participante (médico u hospital) a su nombre para la transición de registros médicos, administración de casos y coordinación de transferencias a un proveedor participante de Molina.

Para servicios hospitalarios para pacientes internados:

Con su ayuda, Molina puede comunicarse con cualquier aseguradora anterior (si corresponde) para determinar la responsabilidad de su aseguradora anterior por el pago de los servicios hospitalarios de pacientes internados a través del alta de cualquier admisión de pacientes internados. 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 a un costo no 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 Asesoramiento de Enfermería las 24 horas

Si usted tiene preguntas o preocupaciones acerca de su salud o la de su familia, llame a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas al 1 (888) 275-8750 o para español, al 1 (866) 648-3537. Los usuarios de TTY pueden marcar el 711. El personal está compuesto por enfermeras registrados. 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 Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) ha encontrado que las excepciones son permisibles.

Tipo de cita	Estándar de acceso
Citas de atención urgente que no requieren autorización previa (incluye atención primaria o médico especialista)	dentro de las 48 horas
Citas de atención urgente que requieren autorización previa (incluye atención primaria o médico especialista)	dentro de las 96 horas
Citas no urgentes para atención primaria	dentro de los tres (3) días hábiles
Citas no urgentes con un médico especialista	dentro de los tres (3) días hábiles
Citas no urgentes con proveedores de atención de salud mental no médicos	dentro de los tres (3) días hábiles
Citas no urgentes para servicios auxiliares para el diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otras condiciones de salud	dentro de los tres (3) 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 de los EE. UU. al 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 con receta o un equipo médico duradero. Una autorización previa confirma que el servicio o el artículo solicitados son médicamente necesarios y están cubiertos 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 (solo notificación; no se requiere autorización previa; notifique a Molina antes de que se presten los servicios)
- Servicios de emergencia y atención de urgencia
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de recuperación de las habilidades
- Los siguientes servicios de rehabilitación
 - Terapia cardíaca
 - Terapia pulmonar
- Atención hospitalaria (solo notificación)
- Pruebas y asesoramiento sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Servicios para enfermedades de transmisión sexual
- Servicios de visita al consultorio 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 abuso de sustancias
 - Evaluación y tratamiento individual del abuso 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 la oficina
- 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
- Remisión a cirugía bariátrica y la 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 acuerdo con nuestras políticas médicas, sujetos a autorización previa).
- Asesoramiento y pruebas genéticas
- Ciertos medicamentos inyectables y medicamentos que no figuran en el formulario de medicamentos de Molina*
- Servicios hospitalarios ambulatorios
- Servicios de salud mental
 - Servicios de rehabilitación para la salud mental

- 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 ortésicos, protésicos y soportes personalizados. Algunos ejemplos son:
 - Cualquier tipo de silla de ruedas
 - Dispositivo auditivo implantado internamente
 - Scooters
 - Zapatos o soportes de zapatos
 - Tirantes 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 (angiograma de 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 de ignición
- 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 “Segunda opinión”)
- 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 anexo 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 como se describe en la sección de este contrato titulada “acceso a medicamentos que no están cubiertos”.

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 marcar el 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 las 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 conforme ella.

Negaremos una autorización previa si no recibimos la información que pedimos. Si una solicitud de servicio no es médicamente necesaria, puede ser negada. Si no es un servicio cubierto, puede ser negado. Usted recibirá una carta informándole por qué fue negado. 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 una para un centro de atención especial donde 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 o los usuarios de TTY pueden marcar el 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”.

Segunda opinión

Usted o su PCP tal vez quieran que un segundo médico revise su condición. 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 segunda opinión, 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 la revisará y le informará si se aprobó la segunda opinión.

Estas son algunas, pero no todas las razones por las que usted puede obtener una segunda opinión:

- Sus síntomas son complejos o confusos.
- Su médico no está seguro de que el diagnóstico sea correcto.
- Usted ha seguido el plan de atención del médico durante un tiempo y su salud no ha mejorado.
- No está seguro de que necesite cirugía o piense 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.

Llámenos si tiene preguntas o inquietudes.

SERVICIOS DE EMERGENCIA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE

¿Qué es una emergencia?

Los “servicios de emergencia” son los servicios de atención médica 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 intenso.
- Una condición psiquiátrica con síntomas agudos y severos
- Parto en desarrollo
- 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.
 - Provocar una falla grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
 - Desfiguración de la persona.

Los servicios de emergencia también incluyen la terapia de emergencia con medicamentos anticonceptivos.

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 obtener servicios de emergencia?

Los servicios de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana para los Miembros de Molina.

Si cree que tiene una emergencia:

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

Cuando vaya a servicios de emergencia, lleve su tarjeta de identificación de socio de Molina con usted.

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 Asesoramiento de Enfermería las 24 horas al número gratuito:

- inglés 1 (888) 275-8750 o,
- español 1 (866) 648-3537

La Línea de Asesoramiento de Enfermería está compuesta por enfermeras registradas (registered nurses, RN). Puede llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas del día, los 365 días del año. Los usuarios de TTY pueden marcar el 711.

Las salas de emergencia del hospital son solo para emergencias reales. No son buenos lugares para recibir servicios que no son de emergencia. A menudo están muy ocupadas 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. Puede llamar al número de teléfono gratuito 1 (844) 966-5462. Los usuarios de TTY pueden marcar el 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 de atención de salud necesarios para prevenir el grave deterioro de la salud por una enfermedad o una 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 Asesoramiento de Enfermería 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 que lo vean.

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 obtener ayuda para recibir 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 los costos compartidos 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 tradicional de Molina para tales servicios,
- 2) la mediana de la tasa contratada de Molina para tales servicios,
- 3) el 100% de la tasa de Medicare para tales servicios.

GESTIÓN 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 una enfermera sobre sus problemas de salud. El gestor de casos puede ayudarlo a conocer esas necesidades. La enfermera puede enseñarle cómo manejarlos. El gestor de casos también puede trabajar con su familia o cuidador para asegurarse de que obtenga el cuidado que necesita. El gestor de casos también trabaja con su médico para ayudar a coordinar su atención. Hay varias maneras de ser referido para este programa. También 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 marcar el 711.

EMBARAZO

¿Qué pasa si estoy embarazada?

Si usted está embarazada, o piensa que está embarazada o tan pronto como usted sepa que está embarazada, llame a un proveedor participante para programar una cita para comenzar su atención prenatal. La atención prenatal temprana es muy importante para la salud y el bienestar suyo y de su bebé.

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

- Obstetra/ginecólogo con licencia (Obstetrician-gynecologist, OB/GYN)
- Enfermera practicante (entrenada en salud de la mujer)
- Enfermera comadrona certificada

Usted puede programar una cita de atención prenatal sin antes ver a su PCP. Para recibir beneficios bajo este contrato, usted debe elegir a un obstetra/ginecólogo o una enfermera practicante que sea un proveedor participante.

Si necesita ayuda para elegir un obstetra/ginecólogo, 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. y 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 embarazo *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, incluidos anticoncepción de emergencia, esterilización, (incluida 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 o clínica, o llame gratis al Centro de Atención al Cliente al 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 les 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. Un “Poder notarial duradero para la atención médica” o una “Declaración de 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 naturales 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 marcar el 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 adaptaciones razonables para los pacientes con discapacidades.

Acceso físico

Molina ha hecho todo lo posible para asegurar que nuestras oficinas y los consultorios de los médicos de Molina sean accesibles para las personas con discapacidad. Si usted no puede localizar a un médico que satisfaga sus necesidades, llámenos. Los usuarios de TTY pueden marcar el 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 programar su cita. Molina Healthcare solicita por lo menos 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 visión deficiente o ciegas

Puede solicitar este contrato y otros materiales importantes del plan en formatos accesibles. Estos son para personas con visión deficiente o 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 obtener ayuda directa en la lectura del Contrato y otros materiales, llámenos. Los miembros que necesitan información en letra grande, audio y Braille pueden solicitarlo. Llame al Centro de Atención al Cliente. El número es gratuito 1 (888) 858-2150.

Quejas de acceso por discapacidad

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

SERVICIOS CUBIERTOS

Molina Healthcare cubre los servicios descritos en la siguiente sección titulada “¿Qué cubre mi plan?”. Estos servicios están sujetos a las exclusiones, limitaciones y reducciones establecidas en este contrato, solo 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 médicamente 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 cuando se indique específicamente 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, puede apelar la decisión y solicitar una revisión médica independiente por parte del Departamento de Atención Médica Administrada, 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, el copago o el 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. DEBE 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 tasas que Molina ha acordado 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 cubra esos servicios al copago o coseguro aplicable. El monto que usted paga por 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.

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 esenciales de salud, 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 hasta que alcance el máximo anual de gastos de bolsillo. Consulte el programa de beneficios al principio de este contrato. Usted podrá determinar el monto de costo compartido que 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, paga el costo compartido vigente en su fecha de admisión. Usted pagará este costo compartido hasta que sea dado de alta. Los servicios deben estar cubiertos bajo la evidencia de cobertura de su plan de salud previo. Usted tampoco debe haber tenido ninguna interrupción en la cobertura. Sin embargo, si los servicios no están cubiertos bajo la anterior evidencia de cobertura de su plan de salud, 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 con receta para pacientes ambulatorios, la fecha del pedido es la fecha en que la farmacia procesa el pedido después de recibir toda la información que necesita para llenar la receta.

Recepción de una factura

En la mayoría de los casos, los proveedores participantes le pedirán que haga un pago del costo compartido en el momento de registrarse. Este pago solo puede cubrir una parte 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 de 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 esté cubierto por este Contrato.

Cómo satisface su cobertura la Ley de Atención Médica Asequible

Sus servicios cubiertos incluyen beneficios esenciales de salud tal como lo requiera a 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 de salud esenciales. 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 sobre el 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 los costos compartidos que usted paga por todo beneficio de salud esencial no excedan el máximo anual de gastos de bolsillo que se determina en virtud de 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. Dicha participación en los costos incluye deducibles, coseguros, copagos o cargos similares, pero excluye 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, comuníquese con Covered California para determinar si es elegible para créditos fiscales. Los créditos fiscales pueden reducir sus primas o su responsabilidad de compartir costos hacia los beneficios de salud esenciales. Covered California también tendrá información acerca de cualquier límite anual sobre el costo compartido hacia sus beneficios de salud esenciales. Covered California puede ayudarle a determinar si usted es un indio que califica que tiene responsabilidades limitadas o sin costo compartido para beneficios de salud esenciales. 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 son conocidos como 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”.

En general, su atención no debe ser experimental o de investigación. Sin embargo, usted puede pedir autorización previa para 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, consulte la sección “autorización previa”. Sin embargo, la autorización previa nunca se aplicará al tratamiento de las afecciones 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 en efecto 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 al individuo involucrado;
- 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 al individuo involucrado;
- 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, los servicios de atención preventiva y los exámenes de detección 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 comiencen 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 Atención Médica 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 niños y adolescentes (hasta los 18 años). Usted no pagará ningún 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, la educación sanitaria, la evaluación de la nutrición y los servicios psicológicos
- Exámenes de detección del autismo para niños de 18 a 24 meses
- Examen básico de la visión (no refractivo)
- 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 la distribución de costos 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
- 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; estos incluyen aquellos con necesidades especiales de atención médica
- Aplicación de fluoruro por un PCP
- Medicación profiláctica para gonorrea: recién nacidos
- Gestión de la salud

- Exámenes 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*
- Suplemento de hierro en niños cuando son prescritos por 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 oral de riesgos para la salud de niños pequeños (de 0 a 10 años) (una visita por periodo de 6 meses)
- Detección de la fenilcetonuria (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 y mujeres embarazadas
- 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, 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 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 la prescriba un proveedor participante)
- Detección de bacteriuria: mujeres embarazadas
- Evaluación de la salud conductual para todos los adolescentes sexualmente activos que están en mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual
- Comprobación de la tensión arterial
- Exámenes de detección de BRCA, asesoramiento sobre medicamentos preventivos para el cáncer de mama
- Cáncer de mama y asesoramiento sobre quimioprevención para mujeres de alto riesgo
- Examen de mama para mujeres (según su edad)

- Apoyo a la lactancia materna, suministros, asesoramiento
- Detección del cáncer
- Comprobación 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 para la presencia de cáncer cervical
- Detección de depresión: adultos
- Examen de detección de depresión: mujeres posparto
- 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 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
- Pruebas de 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: 24-28 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
- Mamografía 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, uno o más factores de riesgo de ECV y un riesgo calculado de eventos de ECV de 10 años del 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: adultos no embarazadas
- Detección de tuberculosis (TB)
- Consultas de las mujeres sanas (al menos una consulta de rutina anual y consulta 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 consultas 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 los proporciona o los menciona
- Audiología y pruebas de audición
- Atención médica dentro o fuera del hospital
- Consultas de control y cuidado de niños
- Atención de maternidad ambulatoria (incluidas complicaciones del embarazo y atención médicamente necesaria 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 solo 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.

Servicios de habilitación

Los servicios y dispositivos de recuperación de las habilidades médicamente 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 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.

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 (Diagnostic and Statistical Manual, 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 (Autism Spectrum Disorder, ASD), anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.
- Un trastorno emocional grave de un niño menor de 18 años. “**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 principal del uso de sustancias o trastorno del desarrollo, que resulta en un comportamiento inapropiado para la edad del niño de acuerdo 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 es probable que continúen durante más de un año sin no recibe 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 (Autism Spectrum Disorder, ASD), siempre que el tratamiento 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:
 - Delinee tanto la frecuencia como los comportamientos de referencia y el tratamiento planificado para abordar estos comportamientos.
 - Diseñe 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.
 - Proporcione planes de intervención que utilicen prácticas basadas en evidencia, con eficacia clínica demostrada en el tratamiento de ASD.
 - Interrumpa los servicios intensivos de intervención conductual cuando se logren las metas y objetivos del tratamiento o ya no sean apropiados.
- Un “**proveedor de servicios de autismo calificado**” 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 [Behavior Analyst Certification Board]) con una certificación acreditada por la Comisión Nacional de Organismos de Certificación (National Commission for Certifying Agencies).
 - 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 del servicio 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 de servicios de autismo calificado.
 - Es supervisado por un proveedor de servicio de autismo calificado.
 - Proporciona tratamiento conforme a un plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el proveedor de servicios de autismo calificado.
 - 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 de servicios de autismo calificado o una entidad o grupo que emplea proveedores de servicios de autismo calificados responsables del plan de tratamiento.

- Un “**paraprofesional calificado del servicio de autismo**” significa una persona no autorizada y no certificada que cumpla todos los siguientes criterios:
 - Es supervisado por un proveedor de servicio de autismo calificado o profesional de servicio de autismo calificado a un nivel de supervisión clínica que cumple con estándares de práctica reconocidos profesionalmente.
 - Proporciona tratamiento e implementa servicios de acuerdo con un plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el proveedor de servicios de autismo calificado.
 - 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 de servicios de autismo calificado o de una entidad o grupo que emplea a proveedores de servicios de autismo calificados.
 - Es empleado por el proveedor de servicios de autismo calificado o una entidad o grupo que emplea proveedores de servicios de Autismo calificados responsables del plan de tratamiento.

Todos los servicios médicamente necesarios para tratar enfermedades mentales graves o trastornos emocionales graves de un niño (severe mental illnesses or serious emotional disturbances, 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 (substance use disorder, SUD) para pacientes ambulatorios

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

- Programas de tratamiento diario
- Programas ambulatorios intensivos
- Asesoramiento individual y grupal sobre el abuso de sustancias
- Evaluación y tratamiento individual del abuso de sustancias
- Tratamiento grupal para el trastorno de abuso de sustancias

SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA

No cubrimos la mayoría de los servicios dentales y de ortodoncia. Cubrimos algunos servicios dentales y de ortodoncia según se describe en esta sección de “Servicios dentales y de ortodoncia”.

Servicios dentales para radioterapia

Cubrimos la evaluación dental, las radiografías, 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 cumple alguna de las siguientes condiciones:

- El miembro tiene afecciones 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 poco cooperativos, extremadamente temerosos, ansiosos o incommunicativos 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 se vería comprometido.

- Otros procedimientos para los cuales la hospitalización o la anestesia general en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio son médicamente necesarias.

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 de ortodoncia. Se deben cumplir todos los requisitos siguientes:

- Los servicios son parte 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 ortodontista 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 “TMJ”):

- 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, para los servicios hospitalarios para pacientes internados, usted pagaría el costo compartido que figura en la sección de “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en el programa de beneficios.

Servicios dentales pediátricos

Molina Healthcare se ha asociado con California Dental Network, Inc. para administrar beneficios dentales pediátricos solo 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 de visión de rutina 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 par de anteojos con receta por año calendario. Las lentes de gafas 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 (ajuste 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 (suministro de seis [6] meses)
 - Suministro quincenal (suministro de 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 Aphakia.

- Dispositivos ópticos de baja visión, incluyendo servicios de baja visión, entrenamiento e instrucción para maximizar la visión utilizable restante con atención de seguimiento, cuando los servicios son médicamente necesarios y se obtiene autorización Previa. Con autorización previa, la cobertura incluye:
 - una (1) evaluación integral de visión deficiente cada 5 años;
 - gafas, lupas y telescopios de alta potencia médicamente necesarios; y
 - atención de seguimiento: cuatro visitas en cualquier periodo de cinco 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 necesita. Nuestros médicos de atención primaria, 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:

- Gestión de la salud y asesoramiento para ayudarle a tomar decisiones informadas
- Gestión de la salud y asesoramiento para ayudarle 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 (Food and Drug Administration, 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, entre otros, 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 solo debe cubrir al menos un (1) equivalente terapéutico sin compartir costos. (*Los medicamentos con receta 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 terminación de embarazo sujetos a ciertas restricciones de cobertura requeridas por la Ley de Atención Médica Asequible y por cualquier ley legislación aplicable de California.

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

Si el servicio de interrupción del embarazo se provee 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 (phenylketonuria, 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 médicamente necesaria para prevenir el desarrollo de discapacidades físicas o mentales graves o para promover el desarrollo o la función normales.

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 usan insulina, con diabetes que no usan 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 médicamente 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 la distribución de costos aplicable.

Cuando el equipo nuevo o mejorado, los aparatos, los medicamentos con receta, 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/la cobertura bajo este Contrato. Contáctenos al 1 (888) 858-2150 para obtener 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 en un quirófano de hospital. Se pueden aplicar costos compartidos por separado para servicios profesionales y servicios en centros de atención médica.

Procedimientos ambulatorios (excepto cirugía)

Cubrimos algunos procedimientos ambulatorios aparte de la cirugía proporcionada por los proveedores participantes. Un miembro autorizado del personal debe estar obligado a vigilar sus signos vitales mientras recupera la sensación después de recibir medicamentos para reducir la sensación o minimizar el malestar. Estos procedimientos incluyen procedimientos endoscópicos médicamente necesarios. También incluyen la administración de inyecciones y terapia de infusión. Se pueden aplicar costos compartidos por separado para 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 médicamente 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 radiografías y radiológicos médicamente 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 su máximo de bolsillo anual.

Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor

Cubrimos la quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor cuando son suministrados por proveedores participantes y son médicamente necesarios. La quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor, ya sea administrados en el consultorio de un médico, en un entorno ambulatorio o en un entorno de hospitalización, están sujetos a la participación en los costos de las instalaciones para pacientes ambulatorios o para pacientes hospitalizados.

Pruebas de laboratorio

Cubrimos los siguientes servicios cuando son suministrados por proveedores participantes y son médicamente necesarios; Estos servicios están sujetos a 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 su máximo de bolsillo anual.

- Pruebas de laboratorio
- Otras pruebas médicamente 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 y conductual: programa 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.
- Tratamiento en un programa residencial de crisis en instalaciones de tratamiento psiquiátrico autorizadas; personal clínico debe proporcionar vigilancia de veinticuatro (24) horas al día para la estabilización de 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 urgente. Sin embargo, si usted recibe servicios en un hospital o es ingresado en el hospital para servicios de emergencia o atención 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 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 al máximo anual de gastos de bolsillo.

Servicios médicos/quirúrgicos

Cubrimos los siguientes servicios para pacientes hospitalizados en un hospital de 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 médicamente necesaria
- 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 con receta de acuerdo con nuestras directrices para el formulario de medicamentos (para medicamentos con receta cuando usted es dado de alta del hospital, consulte “medicamentos con receta y medicamentos” en la 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, incluidas 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 servicios cubiertos bajo la sección “Cirugía reconstructiva” y bajo la sección “Dispositivos protésicos y ortopédicos”
- Sangre, productos sanguíneos y su administración
- Terapia física, 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 son suministrados por proveedores participantes y son médicamente necesarios. La quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor, ya sea administrados en el consultorio de un médico, en un entorno ambulatorio o en un entorno de hospitalización, están sujetos a la participación en los costos de las instalaciones para pacientes ambulatorios o para pacientes hospitalizados.

Cuidado de maternidad

Molina cubre la atención médica, quirúrgica y hospitalaria durante el periodo 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 hospitalizadas y cuidado del centro de parto, incluido 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. Las hospitalizaciones más largas requieren que usted o su proveedor notifiquen a Molina. Consulte “Atención de maternidad” en la sección “Servicios hospitalarios para pacientes internados” del programa de beneficios para ver los costos Compartidos que se aplicarán a estos servicios.
- Si su médico, después de hablar con usted, decide darles de alta a usted y a su recién nacido antes del periodo de 48 o 96 horas, Molina cubrirá los servicios posteriores al alta y los servicios de laboratorio. (Se aplicarán costos compartidos de la atención preventiva o de la atención primaria a los servicios posteriores al alta, según corresponda). (Se aplicarán costos compartidos de 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 de proveedor participante. La cobertura incluye habitación y comida, medicamentos y servicios de médicos 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 de los hospitales, incluidos los servicios para el tratamiento de la disforia de género, solo 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 Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Revisión de texto (Diagnostic and Statistical Manual, 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 (autism spectrum disorder, ASD), anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

- Un trastorno emocional grave de un niño menor de dieciocho (18) años. 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 principal del uso de sustancias o un trastorno del desarrollo, que resultan en un comportamiento inapropiado para la edad del niño de acuerdo 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) (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 es probable que continúen por más de un año si no recibe 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 (autism spectrum disorder, ASD) siempre que el tratamiento 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 (severe mental illnesses or serious emotional disturbances, 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 (substance use disorder, SUD)

Desintoxicación para pacientes internados

Molina Healthcare cubre la hospitalización en un hospital de 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 de proveedores participantes, los medicamentos, los servicios de recuperación de dependencia en un centro de salud médica o conductual, la educación y la consejería.

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 (skilled nursing facility, SNF) está cubierta cuando es médicamente necesaria y es remitida por su PCP. Los servicios de SNF cubiertos 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 acuerdo 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 las instalaciones de enfermería especializada normalmente suministran el equipo;
- servicios de imagen y laboratorio que normalmente proporcionan las instalaciones 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 del SNF se limita a cien (100) días por periodo de beneficio. Los servicios de hospitalización calificados deben estar generalmente por encima del nivel de atención de custodia o intermedia. Un periodo 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 periodo de beneficios solo puede comenzar después de que termine cualquier periodo de beneficios existente. No se requiere una estancia de tres (3) días antes en un hospital de cuidados intensivos para comenzar un periodo de beneficios.

Cuidado paliativo

Si usted está enfermo terminal, cubrimos estos servicios de hospicio:

- Servicios de cuidados paliativos
- Una sala semiprivada en un centro de hospicio
- 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 hospitalizados
- Control del dolor
- Gestión de síntomas
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Terapia física, 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 del hospicio 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 de hospicio en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por el plan. Póngase en contacto con Molina para obtener más información. No requieren 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, detección o 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: 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 (the U.S. Department of Defense), el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (the U.S. Department of Veterans Affairs) o el Departamento de Energía de los Estados Unidos (the U.S. Department of Energy); o
- el estudio o la investigación se llevan a cabo bajo una nueva aplicación de medicamentos en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos;
- el estudio o la investigación son un ensayo de medicamentos que está exento de tener tal aplicación de nuevos medicamentos en investigación.

Todas las aprobaciones y los 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 cubrirá si el ensayo clínico aprobado es para la investigación de ese medicamento. Tampoco estará cubierto 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 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, ni siquiera 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 habitación y pensión, imágenes, laboratorio, procedimientos especiales y servicios médicos de proveedores participantes. Los servicios incluidos son los que se realizan para tratar la obesidad mórbida. El tratamiento 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 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, incluyendo linfedemas.

Para los servicios cubiertos relacionados con la cirugía reconstructiva, usted pagará el costo compartido que 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
- 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 de trasplante 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 a una instalación de trasplante, se aplica lo siguiente:

- Si el médico o el centro de atención médica autorizado determinan que usted no cumple con los respectivos criterios para un trasplante, Molina solo cubrirá los servicios que usted reciba antes de que se tome esa decisión.
- 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 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. Se incluyen 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, extraer el órgano, la médula ósea o las células madre, o tratar las complicaciones resultantes de la evaluación o donación, pero no incluyen transfusiones de sangre o productos sanguíneos.
- El donante recibe los servicios cubiertos a más tardar noventa (90) días después de la extracción 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.
- En el caso de que su cobertura bajo este plan termine después de la donación o la extracción, 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 extracción o el servicio de evaluación.

Para los servicios de trasplante cubiertos, usted pagará el costo compartido que pagaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con los servicios de trasplante. Por ejemplo, en el caso de la atención hospitalaria, usted pagará 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 pautas 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 CON RECETA

Cubrimos los medicamentos 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 con receta están sujetos a 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 se obtienen a través de una farmacia que se encuentra en la red de farmacias de Molina.
- El medicamento con receta es recetado por un proveedor participante que es un médico de planificación familiar u otro proveedor cuyos servicios no requieren aprobación.

También, sujeto a la distribución de costos aplicable, 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. El costo compartido máximo 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 de venta 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) solo para servicios de emergencia o servicios de atención urgente.

Tenga en cuenta que no se aplicará el costo compartido para ningún 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 ninguna otra forma de asistencia de terceros de costos compartidos hacia deducibles o el máximo anual de gastos de bolsillo bajo su plan.

En el formulario se indica todo 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.

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.

Si usted o su defensor están teniendo problemas para obtener 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 marcar el 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 cubriremos. 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. Revisa los nuevos medicamentos y los cambios en la atención de salud. Trata de encontrar los medicamentos más eficaces para diferentes condiciones. Los medicamentos se añaden o eliminan del formulario de medicamentos por diferentes razones. Esto podría 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 de venta libre que no están en el formulario
- Medicamentos no aprobados por la FDA ni autorizados para su uso en Estados Unidos

Puede consultar nuestro formulario de medicamentos en nuestro sitio web de Molina Healthcare en MolinaMarketplace.com. La dirección es MolinaMarketplace.com. Usted puede llamar a Molina Healthcare y preguntar sobre un medicamento, incluyendo 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 marcar el 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 s medicamentos no incluidos 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 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 les 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 fuera del formulario” o la solicitud de excepción de terapia escalonada, 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 cubramos enviándonos 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 fuera del formulario en las siguientes condiciones:

- documento en su expediente médico;
- certificación de que las alternativas del formulario de medicamentos no han sido efectivas en su tratamiento; o
- las alternativas del formulario de medicamentos causan o quien las receta razonablemente espera que causen una reacción dañina o adversa en el miembro.

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

- Solicitud de excepción para circunstancias urgentes que puedan poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad para recuperar la función máxima, o para someterse a tratamiento actual utilizando medicamentos fuera del formulario.
- 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 expedita
- Setenta y dos (72) horas después de recibir la solicitud de excepción estándar

Si se deniega la solicitud inicial para un medicamento fuera del formulario o excepción de terapia escalonada, 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 o su proveedor participante pueden solicitar una revisión de una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). Usted 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 expedita
- Setenta y dos (72) horas después de recibir la solicitud de excepción estándar

Si no está de acuerdo con la denegación de un “medicamento fuera del formulario” o solicitud de excepción de terapia escalonada, 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 con receta

El costo compartido para medicamentos con receta se encuentra en el programa de beneficios. El costo compartido se aplica a todos los medicamentos con receta 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 al costo compartido.

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 bolsillo.

Los niveles de medicamentos se definen de la siguiente manera:

Nivel:	Definiciones
1	1) La mayoría de los medicamentos genéricos y marcas preferidas de bajo costo
2	1) Medicamentos genéricos no preferidos
	2) Medicamentos de marca preferida
	3) Recomendado por el Comité Farmacéutico y Terapéutico (pharmaceutical and therapeutics, P&T) del plan basado en la seguridad, eficacia y costo de los medicamentos
3	1) Medicamentos de marca no preferida
	2) Recomendado por el Comité de P&T basado en la seguridad, eficacia y costo de los medicamentos
	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
	2) La autoadministración requiere capacitación, monitoreo clínico
	3) El medicamento se fabricó utilizando biotecnología
	4) El costo del plan (neto de rebajas) es > \$60

Nivel 1

El costo compartido para 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 o usted pueden 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 para medicamentos de nivel 2 del formulario se encuentra en el programa de beneficios.

Nivel 3

El costo compartido para medicamentos de nivel 3 del formulario se encuentra en el programa de beneficios.

Nivel 4

Molina 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 con receta 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 con receta a un miembro que sea un paciente de hospicio en un programa de cuidados paliativos;
- analgésicos opioides con receta 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 con receta a un miembro que tiene cáncer u otra afección.

Medicamentos para dejar de fumar

Los medicamentos para dejar de fumar son medicamentos con receta dentro del formulario de medicamentos de Molina Healthcare que cubrimos para ayudarle a dejar de fumar. Usted puede aprender más sobre sus opciones llamando al Departamento de Educación para la Salud de Molina Healthcare al número gratuito 1 (866) 472-9483, de 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

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 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 su costo compartido de copago o coseguro apropiado basado en su nivel de medicamento por un (1) mes. La asistencia de medicamentos 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 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), sus nombres 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 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 pueden llamar al Centro de Atención al Cliente de Molina al número gratuito 1 (888) 858-2150 para recibir asistencia. Los usuarios de TTY pueden marcar el 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 médicamente necesario para usted. Tras el pago del costo compartido especificado en esta sección de “Cobertura de medicamentos con receta”, usted recibirá el suministro recetado hasta un suministro de 30 días en un periodo de treinta (30) días. El límite de suministro de días para los rellenos 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 una inscrita por un proveedor, farmacéutico o en un lugar 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 de venta libre

Los medicamentos y suplementos de venta libre que las leyes estatales y federales requieren que se cubran 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 no autorizado de medicamentos

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

- El medicamento está aprobado por 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 gravemente debilitante, el medicamento es médicamente 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 gravemente 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:
 - Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology,
 - National Comprehensive Cancer Network Drug and Biologics Compendium,
 - Thomson Micromedex DrugDex; o
 - dos (2) artículos de importantes revistas médicas revisadas por pares presentan datos que apoyan los usos propuestos no autorizados 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 médicamente 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 en las que la probabilidad de muerte es alta a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad;
- 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 uso compartido de costos de medicamentos especiales 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 aprobada para su comercialización por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos; y
- 2) está recomendada por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

SERVICIOS AUXILIARES

Equipo médico duradero

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

El DME cubierto incluye:

- Bombas de infusión y suministros para operar la bomba (pero no incluye ninguna droga)
- Bastón de mango curvo estándar o de cuatro apoyos y suministros de repuesto
- Muletas estándar o de antebrazo y suministros de repuesto
- Almohadilla de presión seca para un colchón
- Palo 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

Además, cubrimos los siguientes DME y suministros para el tratamiento de la diabetes, cuando sean médicamente necesarios:

- 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 siguientes:

- 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 ortótico, la cobertura incluye el 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 u ortótico. 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 internados” o “Servicios de atención médica ambulatoria en hospital/centro” (según corresponda) del programa de beneficios para ver la distribución de costos 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 médicamente necesaria, incluidas prótesis hechas a medida cuando son médicamente 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 los prescribe un proveedor participante que es un podiatra.
- 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 todo o 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 la distribución de costos 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 médicamente 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 médicamente necesarios

Los siguientes servicios de atención médica domiciliaria 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 Contrato 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 y aérea), o los servicios de transporte de ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia “911” cuando sea médicamente 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 solo 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 solo están cubiertos cuando el vehículo lo 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, ni siquiera 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
- Un médico del proveedor participante proporciona una referencia escrita 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 de visión especializados

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

- Hasta dos lentes de contacto médicamente necesarios por ojo (incluido el ajuste y la administración) en cualquier periodo de doce (12) meses para tratar la aniridia (falta de iris), ya sea proporcionados por el plan durante el periodo de contrato actual o de doce (12) meses anterior.
- Hasta seis (6) lentes de contacto afáquicos médicamente necesarios por ojo (incluyendo ajuste y distribución) por año calendario para tratar la afaquia (ausencia de la lente cristalina del ojo), ya sea proporcionados 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 médicamente necesarios para tratar enfermedades mentales graves o trastornos emocionales graves de un niño (severe mental illnesses or serious emotional disturbances, SMI o SED).

Terapia acuática

No cubrimos la terapia acuática y otras terapias de agua, excepto que esta exclusión por la terapia acuática médicamente 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

hospitalizados”, “Cuidado de la salud en el hogar”, “Servicios de hospicio” o “Atención en 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. Esta exclusión no se aplica si un médico proveedor participante determina que los servicios son médicamente necesarios.

Servicios quiroprácticos

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

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, alimentar, usar el baño, y tomar medicina).

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 uso doméstico, como vendas, gasa, cinta, antisépticos, apósitos, vendas elásticas y pañales, 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

Ningún servicio médico, ni siquiera procedimientos, medicamentos, instalaciones y dispositivos que Molina Healthcare ha determinado que no se ha demostrado que son seguros o eficaces 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 médicamente necesarios.

Cuidados intermedios

La atención en un centro de cuidados intermedios con licencia. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos bajo “Equipo médico duradero”, “Atención médica 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 Healthcare no cubre servicios que no son servicios de atención médica. Ejemplos de estos tipos de servicios son:

- Enseñanza de modales y etiqueta
- 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 administración 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 crecimiento 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 (autism spectrum disorder, 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 médicamente 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.

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 médicamente necesarios, excepto para las personas diagnosticadas con diabetes.

Servicios no aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos

Los medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y cualquier otro servicio que por ley requiera la aprobación de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ser vendido en los EE. UU., pero no están aprobados por la FDA no están cubiertos. 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 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 cubriría cualquier servicio que de otra manera cubriría como médicamente necesario para tratar esa complicación.

Sustitución

Los servicios para cualquier persona en relación con un acuerdo de sustitución, excepto los servicios cubiertos de otra manera proporcionados a un miembro que es un sustituto. Un “Contrato de subrogación” es aquel en el que una mujer (sustituta) 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. Por favor, consulte “Subrogación para un Contrato de subrogación” en la sección de “Disposiciones varias” de este Contrato para obtener información sobre Sus obligaciones con nosotros en relación con un Contrato de subrogación, incluyendo sus obligaciones de reembolsarnos por cualquier servicio cubierto 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

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 marcar el 711.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Esta disposición de Coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, **COB**) se aplica cuando un miembro 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 la persona 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 acuerdos de proveedores preferidos.

“**Periodo 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 periodo de determinación de reclamación si, para los gastos permitidos incurridos como tal miembro durante ese periodo, 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 permisibles.

(B) En cuanto a cualquier periodo 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 periodo 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) secundario del plan que cubre a un miembro como un dependiente y (ii) primario del plan que cubre el miembro como no dependiente (por ejemplo, un empleado jubilado). Luego, los beneficios del plan que cubre al miembro como dependiente se determinan antes que los del plan que cubre al 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 periodo más largo de tiempo se determinarán antes de que los beneficios de un plan que ha cubierto a dicho miembro el periodo 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 periodo 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 periodo 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 (Department of Managed Health Care, DMHC) para obtener instrucciones sobre la presentación de una queja del 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.

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 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 (recuperación de beneficios pagados cuando otro seguro proporciona cobertura) en recuperaciones de terceros y usted cooperará para asistir íntegra y completamente en la protección de los derechos de Molina, incluyendo 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 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 Contrato. Usted debe seguir los procedimientos requeridos por Covered California para determinar nuevamente su elegibilidad para la inscripción cada año durante el periodo 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 calendario 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 fuera del 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 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 periodo 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 siguientes a la fecha de terminación, el importe de las primas pagadas a Molina Healthcare, que corresponde a cualquier periodo 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 sordos o personas con problemas de audición, sin costo, al 1 (877) 688-9891, o en línea en 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. El mercado 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”.

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

Tiene cobertura solo para niños : la cobertura solo para niños bajo este Contrato, incluyendo la cobertura de dependientes de miembros de la cobertura solo 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 Contrato termina porque el Miembro ha alcanzado la edad de 21 años, el miembro y cualquier dependiente pueden ser elegibles para inscribirse en otros productos ofrecidos por Molina a través de Covered California.

Cambia planes 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 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 (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 con causa, no se le permitirá 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 prestación de beneficios de salud para servicios de atención médica nuevos o existentes en el mercado individual, en cuyo caso Molina Healthcare le proporcionará un aviso por escrito 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 con al menos noventa (90) días calendario de antelación 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 NO PAGO

Avisos de prima/terminación por el no pago de las 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 California O Molina Healthcare no están cubiertos, 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 periodo 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 “periodo 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 antes de cancelar o no renovar su cobertura debido a la falta del pago de su prima. 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 seguirá siendo responsable de cualquier prima no pagada que deba a Molina Healthcare por el periodo de gracia.
- Si usted recibe el pago anticipado del crédito fiscal de prima, Molina Healthcare le dará un “periodo 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 periodo 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 periodo 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 Contrato por falta de pago será efectiva a partir de las 11:59 p. m.:

- del último día del periodo de gracia si usted no recibe el pago anticipado del crédito fiscal de la prima; o,
- del último día del primer mes del periodo de gracia si usted recibe el pago anticipado del crédito fiscal de la prima.

Aviso de terminación

Al finalizar este Contrato, Molina Healthcare enviará un aviso de terminación a la dirección de registro del suscriptor que especifica la fecha y la 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 Médica 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 su contrato es rescindido por falta de pago de prima y desea volver a inscribirse en Molina (durante el periodo de Inscripción abierta o Matrícula 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 con nosotros.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

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

Estos derechos y responsabilidades se publican en el sitio web de Molina Healthcare: MolinaMarketplace.com.

Sus derechos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Sea tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad por todos los que trabajan con Molina. Obtener información sobre Molina Healthcare, nuestros proveedores, nuestros médicos, nuestros servicios y los derechos y responsabilidades de los miembros. Elegir a su médico “principal” de la lista de proveedores participantes de Molina Healthcare. (Este médico se llama su PCP).
- Estar informado sobre su salud. Si usted tiene una enfermedad, usted tiene el derecho de ser informado 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 ayudarlo 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 médicamente 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.
- El derecho a hacer recomendaciones con respecto a las políticas sobre los derechos y responsabilidades del miembro 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 desea hacer a su médico
- Reponga su receta antes de que se quede sin medicamento

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 Healthcare 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, por favor 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, por favor 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 marcar el 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 Contrato.

Nueva tecnología

Molina Healthcare siempre está buscando maneras de cuidar mejor a nuestros miembros. Es por eso que Molina Healthcare tiene un proceso en marcha que busca 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 Contrato 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
- •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, por favor 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 con receta 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 dentro de treinta (30) días calendario. 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 no está de acuerdo con esto, puede apelar llamando a Molina Healthcare al número gratuito 1 (888) 858-2150, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

¿Cómo paga Molina Healthcare mi atención?

Molina Healthcare contrata proveedores de muchas maneras. Algunos proveedores participantes de Molina Healthcare reciben una cantidad fija 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 se les paga por cada procedimiento que realizan. Algunos proveedores se les pueden ofrecer incentivos para dar atención preventiva de calidad. Molina Healthcare no ofrece incentivos financieros para las decisiones de gestión de la utilización que podrían resultar en denegaciones De autorización Previas 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. Por favor, informe al consultorio de su médico o llame a Molina Healthcare si prefiere hablar un idioma que no sea el inglés. Molina Healthcare puede ayudarle a encontrar un médico que hable su idioma o que le ayude un intérprete.

Molina Healthcare ofrece servicios telefónicos de intérprete para ayudarle con:

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

Servicios culturales y lingüísticos

Molina Healthcare puede ayudarle a hablar con su médico sobre sus necesidades culturales. Podemos ayudarle 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 un reclamo?

Un reclamo es una queja. Una queja es una expresión oral o escrita de disconformidad que usted tiene con Molina 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 Médica Administrada de la Salud del Estado de California de la manera descrita a continuación

¿Qué pasa si tengo una queja o un reclamo?

Si tiene algún problema con los servicios de Molina Healthcare, incluidos los servicios dentales pediátricos, queremos ayudarle 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 marcar el 711.
- Usted también puede enviarnos su problema o reclamo por escrito o por correo o puede presentar su queja en línea en nuestro sitio web. Nuestra dirección es:

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

- También puede presentar una queja enviando un correo electrónico a:

MHCMemberGandA@molinahealthcare.com o envíe un fax a 1 (562) 499-0757.

- Llame gratis al Departamento de Salud Administrada (Department of Managed Health Care, DHMC) del estado de California al 1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219).

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

Usted puede presentar una queja (también llamada 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 recibirá 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 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 Médica Administrada. 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 Atención Médica Administrada de inmediato y no se le exige participar en el proceso de quejas de Molina Healthcare.

Revisión de excepciones externas por medicamentos no incluidos en el formulario

Si no está de acuerdo con la denegación de un “medicamento no incluido en el formulario” o con la solicitud de excepción de terapia escalonada, usted, su representante o su proveedor pueden presentar una queja solicitando revisión de excepciones externas e información sobre cómo solicitar una revisión la cual 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 Médica Administrada

El Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) 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 al teléfono gratuito de su plan de salud al 1(888) 858-2150, y usar el proceso de quejas de su plan de salud 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 (independent medical review, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud 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) 1-888-466-2219 y una línea TTD gratuita

(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 de reclamos, de solicitud para IMR e instrucciones en línea.

Revisión médica independiente

Usted puede solicitar una revisión médica independiente (independent medical review, “**IMR**”) de un Servicio de atención médica en disputa del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, “**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 médicamente 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 una IMR para confirmar que:

1. O bien:
 - A. su proveedor ha recomendado un servicio de atención médica como médicamente necesario, o
 - B. usted ha recibido atención urgente o servicios de emergencia que un proveedor determinó que era médicamente 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 médicamente 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 médicamente necesaria o no. Usted recibirá una copia de la evaluación realizada en su caso. Si la IMR determina que el servicio es médicamente 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 entre otros, 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, por favor llame gratis a Molina Healthcare al 1 (888) 858-2150. Los usuarios de TTY pueden marcar el 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.
- Lo 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 requiere que participe 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/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 Médica Administrada. 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: PARA RESOLVER TODAS LAS CONTROVERSIAS, INCLUIDA LA FUTURA RECLAMACIÓN POR NEGLIGENCIA MEDIANTE ARBITRAJE VINCULANTE

***** Información importante sobre sus derechos*****

Cualquier disputa de cualquier tipo, incluidos 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 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, proceso judicial, ni estará sujeta a apelación, excepto según lo dispuesto por la ley aplicable. Cualquier arbitraje bajo esta disposición se llevará a cabo de manera individual; no se permiten arbitrajes de clase y acciones de clase.

El miembro y Molina Healthcare acuerdan que, al firmar el contrato 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 un litigio de acción. 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 naturales a partir de la fecha en que se reciba el aviso de inicio del arbitraje, se utilizarán los procedimientos de nombramiento del árbitro en los procedimientos y normas 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 requiera JAMS. JAMS (y no la parte neutral asignada para escuchar el caso) determinará si se debe conceder la solicitud de privación del miembro.

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

DISPOSICIONES DIVERSAS

Actúa 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 contrato, ni perjudicará el derecho de Molina Healthcare 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 ceder este contrato ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos por dinero debido, beneficios u obligaciones bajo este documento sin nuestro consentimiento previo por escrito (cuyo consentimiento puede ser rechazado a criterio de Molina).

Ley aplicable

Salvo en la medida en que prevalezca ley federal, este Contrato se regirá de acuerdo con la ley de California y cualquier disposición que se requiera para estar en este Contrato por ley estatal o federal será vinculante para Molina Healthcare y los miembros, esté o no establecido en este Contrato.

Nulidad

Si alguna disposición de este Contrato se considera ilegal, inválida o inaplicable en un procedimiento judicial o arbitraje vinculante, dicha disposición será inaplicable e inválida, y el resto de este Contrato 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 poniéndose en contacto con el mercado al 1 (800) 300-1506.

Subrogación de un contrato de subrogación

Si usted celebra un Contrato de subrogación y usted o cualquier otro beneficiario tienen 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 “Contratos 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 servicios cubiertos 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, liberaciones, autorizaciones, 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 “Contratos de subrogación” y para satisfacer esos derechos. Usted no puede aceptar renunciar, liberar o reducir nuestros derechos bajo esta sección de “Contratos 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 acuerdo 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 GESTIÓN 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 de 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 (Control de la depresión de adultos)
- Programa de embarazo

Su proveedor puede derivarlo para un programa(s) o usted puede referirse a sí mismo, llamando directamente al Departamento de Administración de Salud al 1 (866) 891-2320.

Nivel I de gestión de salud - Programas de educación de la salud

Programa de pérdida de peso

Nuestro programa de pérdida 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 cesación del tabaco

Nuestro programa de tratamiento 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 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.

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 entrenados conducen el programa para ayudarlo a cambiar ciertos aspectos de su estilo de vida. Le mostrarán cómo comer más sano, reducir el estrés y obtener 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 tener diabetes tipo 1 o tipo 2
- Tener un resultado en el análisis de sangre en el rango de prediabetes en los últimos 12 meses; o haber sido diagnosticada con diabetes gestacional en el pasado (no 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
Molina Healthcare Centro de Atención al Cliente	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 marcar el 711.
Molina Healthcare Manejo de la salud Programas de Nivel 1	Solicitar ayuda para manejar una condición de salud diagnosticada, incluyendo asma, depresión o embarazo. Horario: de 4:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico) de lunes a viernes.	1 (866) 891-2320 Los usuarios de TTY pueden marcar el 711.
Molina Healthcare Educación para la salud	Solicitar información sobre cómo dejar de fumar y el control del peso. Horario: de 6:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora del Pacífico) de lunes a viernes	1 (866) 472-9483 Los usuarios de TTY pueden marcar el 711.
Molina Healthcare Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas	Si tiene preguntas o preocupaciones sobre su salud o la de su familia. La Línea de Asesoramiento de Enfermería 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 marcar el 711.
Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos Oficina para los Derechos Civiles	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
Medicare	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 www.medicare.gov
Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) de California:	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 DMHC.	1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o TDD: 1 (877) 688-9891 www.hmohelp.ca.gov

ANEXO PARA 2020

SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS

Para ser 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, 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.
- Graves daños en las funciones corporales.
- 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.

El “**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.

Los “**beneficios esenciales para la salud pediátrica**” son uno de los diez beneficios esenciales para la salud requeridos bajo la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, 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 solo los servicios necesarios para prevenir el grave deterioro de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista para la cual no se puede retrasar el tratamiento.

¿CÓMO USO MIS BENEFICIOS?

Además de su EOC de Molina Healthcare of California, usted recibirá una carta de la Red Dental de California (California Dental Network, CDN) 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 detenidamente. 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 su dentista primario 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

Los consultorios dentales participantes de la CDN están abiertos durante el horario comercial normal y algunos consultorios están abiertos el sábado. Consulte el directorio de proveedores para obtener más información sobre el horario del consultorio del proveedor y los idiomas que se hablan en ellos. 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. La atención dental de emergencia se reconoce como tratamiento dental para el alivio inmediato de una condición médica de emergencia y cubre solo los servicios dentales necesarios para aliviar los síntomas de tales condiciones. 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 solo si se requieren los servicios para aliviar síntomas como dolor o sangrado severos o si un miembro cree razonablemente que la condición, si no se diagnostica o se trata, puede llevar a una discapacidad, deterioro o disfunción. Los beneficios cubiertos son el alivio de los síntomas agudos solamente (por ejemplo: dolor severo o hemorragia) y no incluye la restauración completa. Comuníquese con su dentista participante para atención dental urgente o de emergencia. Si su proveedor dental no está disponible durante el horario comercial normal, llame al Departamento de Servicio de Atención al Cliente Dental al 1-855-424-8106.

En el caso de una emergencia después de horario, en donde su proveedor dental seleccionado no esté disponible, usted puede obtener servicio de emergencia o urgente de cualquier dentista autorizado. Usted solo 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 falta de disponibilidad 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 de la zona?

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 en 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 solo 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 solo si se requieren los servicios para aliviar síntomas como dolor o sangrado severos, o si un miembro cree razonablemente que la condición, si no se diagnostica o se trata, puede llevar a una discapacidad, deterioro o disfunción. El beneficio cubierto es el alivio de los síntomas agudos solamente, (por ejemplo: dolor severo o sangrado) y no incluye la restauración completa.

Para ver a un especialista

Si su dentista 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, con 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 CDN al 1-855-424-8106. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque el 711 para el Servicio de Retransmisión de California. Estaremos encantados de enviarle una explicación general de cómo se toma ese tipo de decisión o enviarle una explicación general del proceso de aprobación general si lo solicita.

Si usted solicita servicios de cualquier especialista sin la aprobación previa por escrito de 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, incluidos 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 California cubierto 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 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.
- El 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 rellenará 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, al 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.

Especialidad segunda opinión

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.

Ortodoncia Segunda Opinión

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 periodo de continuación de la atención con un dentista participante terminado será el mismo copagos, deducibles u otros componentes 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.

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

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

- (a) Persiste sin cura completa o empeora durante un periodo prolongado.
- (b) Requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir que empeore.

Para solicitar la consideración de la continuidad de los servicios de un dentista participante terminado porque usted tiene una 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 para 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 periodo de tres meses, hasta un máximo de 12 en un periodo de 12 meses.
- Radiografías, intraorales, series completas (incluidas 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 periodo 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 periodo 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 periodo de seis meses por proveedor.
- Radiografías, 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, 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, estudio tomográfico (D0322): un beneficio dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Radiografías, panorámica (D0330): un beneficio una vez en un periodo de 36 meses por proveedor, excepto cuando se documenta como esencial para un examen de seguimiento/postoperatorio (como después de la cirugía oral).
- Radiografías, imagen radiográfica cefalométrica (D0340): un beneficio dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Primeras imágenes fotográficas orales/faciales (D0350): un beneficio hasta un máximo de cuatro por fecha de servicio.
- Moldes de diagnóstico (D0470): un beneficio una vez por proveedor a menos que se documenten circunstancias especiales (tales como trauma o patología que ha afectado el curso del tratamiento ortodóncico, para pacientes menores de 21 años, para dentición permanente (a menos que tengan más de 13 años con dientes primarios todavía presentes o tengan un paladar hendido o anomalía craneofacial).

Beneficios y límites para los servicios preventivos:

- Profilaxis infantil (D1120): un beneficio una vez en un periodo de seis meses para pacientes menores de 21 años.
- Barniz de fluoruro tópico (D1206): un beneficio una vez en un periodo 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 periodo 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 periodo 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 periodo 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; solo en las superficies oclusales que están libres de caries o restauraciones; para pacientes menores de 21 años; una vez por diente cada 36 meses por proveedor independientemente de las superficies selladas.

- Restauración de resina preventiva en un paciente con riesgo de caries moderado a alto, diente permanente (D1352): un beneficio para los molares permanentes primero, segundo y tercero que ocupan la segunda posición molar; solo para una lesión cavitaria activa en un foso o fisura que no cruza el DEJ; para pacientes menores de 21 años; una vez por diente cada 36 meses por proveedor independientemente de las superficies selladas.
- Mantenedor de espacio, fijo, unilateral (D1510): un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes menores de 18 años; solo para mantener el espacio para un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, maxilar (D1516): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular (D1517): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación. Mantenedor de espacio, extraíble, unilateral (D1520): un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes menores de 18 años; solo para mantener el espacio para un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación
- Mantenedor de espacio, extraíble, bilateral, maxilar (D1526): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, removible, bilateral, mandibular (D1527): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
-
- Recementación del mantenedor 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 periodo 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 periodo 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 periodo de 12 meses, cada superficie dental única solo 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 periodo de 36 meses, cada superficie dental única solo 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 periodo 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 periodo 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 periodo 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 periodo 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 periodo 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 terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primero o segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con soportes o retenedores 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 periodo de cinco años; para cualquier corona compuesta basada en resina que sea fabricada indirectamente. No es beneficioso para los pacientes menores de 13 años; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la primera y segunda posición molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con soportes o retenedores fundidos; o para su uso como corona temporal.
- Corona, resina con predominantemente metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2721): un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con soportes o retenedores fundidos.
- Corona, sustrato de porcelana/cerámica, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2740): un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primero o segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con soportes o retenedores 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 periodo de cinco años. No beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primero o segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con soportes o retenedores 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 periodo de cinco años. No beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primero o segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con soportes o retenedores fundidos.
- Corona, 3/4 porcelana/cerámica, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2783): un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No beneficia a los pacientes menores

de 13 años; o a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primero o segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con soportes o retenedores fundidos.

- Corona, fundición total predominantemente metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2791): un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primero o segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con soportes o retenedores fundidos.
- Restauración de la cobertura parcial, de la vivienda o de la vivienda (2910): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses, por proveedor.
- Corona de recuperación (D2920): no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Corona de porcelana/cerámica prefabricada - diente primario (D2929): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.
- Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario (D2930): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.
- Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente (D2931): un beneficio una vez en un periodo de 36 meses. No beneficia a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la primera y segunda posición molar.
- Dientes primarios, corona prefabricada de resina (D2932), corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina (D2933): un beneficio una vez en un periodo 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 periodo de 36 meses. No beneficia a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la primera y segunda posición molar.
- Restauración protectora (D2940): un beneficio una vez por diente en un periodo de seis meses, por proveedor. No es un beneficio cuando se realiza en la misma fecha de servicio 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 solo para los dientes permanentes; cuando se facturan con una amalgama o restauración compuesta en la misma fecha de servicio; una vez por diente independientemente del número de pasadores colocados; para una restauración posterior cuando la destrucción implica tres o más superficies conectadas y al menos una cúspide; o para una restauración anterior cuando la destrucción coronal extensa implica el ángulo incisal.
- Perno y muñón además de corona, de fabricación indirecta (D2952): un beneficio una vez por diente independientemente del número de puestos colocados; solo en conjunción con las coronas permisibles (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en los dientes permanentes tratados con el canal de la raíz.
- Perno prefabricado y muñón, además de corona: un beneficio una vez por diente independientemente del número de puestos colocados; solo 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 prostodóntico:

- 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 pulpar, 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 beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer y segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con soportes o retenedores fundidos.
- Terapia pulpar (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 pulpar, dientes primarios y permanentes (D3221), misma fecha de servicio, mismo diente.
- Tratamiento del canal radicular, diente anterior (D3310), (excluyendo 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 beneficia a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer y segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con soportes o retenedores 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 anterior del conducto de la raíz - molar (D3348): No beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con soportes o retenedores fundidos.
- Apexificación/recalcificación/regeneración pulpar - 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 beneficia a los pacientes menores de 13 años; o a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer y segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con soportes o retenedores fundidos.
- Apexificación/recalcificación – provisional (D3352): un beneficio una vez por diente permanente; solo después de la apexificación/recalcificación- visita inicial (cierre apical/reparación calcifica de perforaciones, reabsorción de raíces, etc.) (D3351). No beneficia a los pacientes menores de

13 años; o a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer y segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial removible existente con soportes o retenedores fundidos.

- Apicoectomía/cirugía perirradicular anterior (D3410): un beneficio solo para los dientes anteriores permanentes. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días posteriores a la terapia 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 solo 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 de primer y segundo 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 terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primero o segundo 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 de primer y segundo 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; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar parcial fijo existente o una dentadura parcial removible con restos o descansos o descansos 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 la entrada de la solapa y los cierres) - uno a tres dientes contiguos o espacios limitados a los 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) - 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 solo para los pacientes que residen en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) o en un Centro de Cuidados Intermedios (ICF); solo cuando están precedidos por un escalamiento y un planeo de raíces periodontales (D4341-D4342); solo después de la finalización de todas las escalaciones y planos de raíces necesarios; una vez en un trimestre natural; solo en el periodo 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 prostodóntico:

- 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 periodo 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 periodo de cinco años de una dentadura inmediata.
- Dentadura parcial - resina a base de soportes, retenedores y dientes convencionales, superior (D5211) o inferior (D5212): cada uno de ellos se beneficia una vez en un periodo 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 terceros molares), o faltan los cuatro primeros y segundos molares permanentes, o faltan los primeros y segundos molares permanentes y el segundo bicúspide en el mismo lado. No es un beneficio para reemplazar los terceros molares faltantes.
- Dentadura parcial - resina de metal fundido a base de soportes, retenedores y dientes convencionales, superior (D5213) o inferior (D5214): cada uno de ellos se beneficia una vez en un periodo de cinco años; cuando se reemplaza un diente/diente anterior permanente o el arco carece de una oclusión equilibrada posterior. La falta de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera: Faltan cinco dientes permanentes posteriores (excluyendo los terceros molares), o faltan los cuatro primeros y segundos molares permanentes, o faltan los primeros y segundos molares permanentes y el segundo bicúspide en el mismo lado. No es un beneficio para reemplazar los terceros 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 periodo de 12 meses por proveedor. No un beneficio: misma fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio de una dentadura completa (D5110) mandibular (D5120), dentadura inmediata-maxilar (D5130) mandibular (D5140) o sobredentadura-maxilar (D5863) o mandibular (D5865); misma fecha de servicio o dentro de los seis meses posteriores a la fecha de servicio de una realineación de dentadura completa (en consulta) maxilar (D5730) mandibular (D5731) realineación de dentadura completa (laboratorio) maxilar (D5750) mandibular (D5751) y acondicionamiento de tejido, maxilar (D5850) mandibular (D5851); misma fecha de servicio o dentro de los seis meses posteriores a la fecha de servicio de una reparación de base de dentadura completa (D5510 D5512) y reemplazo de un diente faltante o roto - dentadura completa (D5520).
- Ajuste la dentadura parcial: superior (D5421), inferior (D5422): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un periodo 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 mandíbula (D5761) (mandíbula) (D5850) (mandíbula parcial), mandíbula parcial), mandarina (D5851) La misma fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio

de reparación de la base de la dentadura de resina (D5611 O D5612), reparación del marco fundido (D5621 O D5622), reparación o reemplazo de marco roto (D5630), reemplazo de dientes rotos, por diente (D5640), agregado de diente a la dentadura parcial existente (D5650) y agregado de marco 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 periodo de 12 meses por proveedor. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la dentadura maxilar completa (en consulta) (D5730), la dentadura mandibular completa (en consulta) (D5731), la dentadura maxilar completa (laboratorio) (D5750) y la dentadura mandibular completa (laboratorio) (D5751).
- Sustituir dientes faltantes o 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 periodo 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 periodo de 12 meses por proveedor; solo para dentaduras parciales. No es beneficioso la misma fecha de servicio que la dentadura parcial maxilar (en consulta) (D5740), la dentadura parcial mandibular (en consulta) (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 periodo de 12 meses por proveedor.
- Reparar o sustituir el soporte roto (D5630): un beneficio hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un periodo 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 periodo de 12 meses por proveedor; solo para dentaduras parciales.
- Adición de 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 los terceros molares.
- Adición de soporte 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 periodo de 12 meses por proveedor.
- Dentadura completa (en consulta) superior (D5730): un beneficio una vez en un periodo 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 realineación de dentadura maxilar completa (laboratorio) (D5750).
- Realineación de dentadura completa (en consulta) inferior (D5731): cada beneficio una vez en un periodo 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 realineación de la dentadura mandibular completa (laboratorio) (D5751).
- Dentadura parcial (en consulta) superior (D5740): un beneficio una vez en un periodo 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 (no requirieron). No es un beneficio dentro de los 12 meses de una realineación de dentadura parcial (laboratorio) maxilar (D5760).

- Realineación de dentadura parcial (en consulta) inferior (D5741): un beneficio una vez en un periodo 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 de resina (D5214). No es un beneficio dentro de los 12 meses de una realineación de dentadura parcial (laboratorio) mandibular (D5761).
- Parte superior de la realineación de dentadura completa (laboratorio) (D5750): cada beneficio una vez en un periodo 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 requiriera extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura completa (en consulta) maxilar (D5730).
- Realineación de dentadura completa (laboratorio) inferior (D5751): cada beneficio una vez en un periodo 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 consulta) mandibular (D5731).
- Realineación de dentadura parcial superior (laboratorio) (D5760): un beneficio: una vez en un periodo 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 (en consulta) (D5740); para una base de dentadura parcial maxilar (D5211).
- Realineación de dentadura parcial inferior (laboratorio) (D5761): un beneficio una vez en un periodo 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 consulta) (D5741); para una base de dentadura parcial mandibular (D5212).
- Acondicionamiento de tejidos, superior (D5850): un beneficio dos veces por prótesis en un periodo de 36 meses. No se beneficia la misma fecha de servicio que la dentadura maxilar completa (presidente) (D5730), la dentadura parcial maxilar (presidente) (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 periodo de 36 meses. No es un beneficio la misma fecha de servicio que la dentadura mandibular completa (en consulta) (D5731), la dentadura parcial mandibular (en consulta) (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 periodo de cinco años.
- Sobredentadura-mandibular (D5865): un beneficio una vez en un periodo de cinco años.
-

Beneficios y límites para las prótesis Maxilofaciales

- Prótesis ocular (D5916): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que 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 periodo 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 periodo 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 para ayuda del habla, modificación (D5960): un beneficio dos veces en un periodo 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 solo en conjunción con radioterapia dirigida a los dientes, los quiebres o las glándulas salivales.

Beneficios y límites para los servicios de implantes

- Los servicios de implante son un beneficio solo 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 o radiación que conduce a la destrucción del hueso alveolar, donde las estructuras óseas restantes no pueden apoyar prótesis dentales convencionales.
 - Atrofia severa de la mandíbula o maxilar que no se puede corregir con procedimientos de extensión vestibulares o procedimientos de aumento óseo, y el paciente no puede funcionar con prótesis convencionales.
 - deformidades esqueléticas que impiden el uso de prótesis convencionales (como artrogriposis, displasia ectodérmica, anodoncia parcial y displasia cleidocraneal).
 - Destrucción traumática de la mandíbula, la cara o la cabeza donde las estructuras óseas restantes no pueden apoyar prótesis dentales convencionales.

- Los proveedores deberán presentar la documentación completa de los casos (como radiografías, exploraciones, informes operativos, informes de paneles craneofaciales, 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 solo cuando se documenten condiciones médicas excepcionales y se revisen por necesidad médica. Consulte las políticas generales de servicios de implante para conocer los requisitos específicos.
- Colocación quirúrgica: implante eposteal (D6040); consulte D6010
- Colocación quirúrgica: implante transosteal (D6050); consulte D6010
- Barra de conexión: soporte o pilar del implante (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 apoyada en el 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 con apoyo de pilar (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 fusionada 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 fusionada 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, incluido extracción de prótesis, limpieza de prótesis y pilares y inserción de prótesis (D6080): consulte D6010
- Reparar la prótesis apoyada por el 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 apoyada con implante/pilar de reconstrucción (D6092): no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Implante/pilar de remembramiento apoyado dentadura parcial fija (D6093): no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Corona con apoyo de pilar (titanio) (D6094): consulte D6010
- Reparar el pilar del implante, por informe (D6095): consulte D6010

Beneficios y límites para los servicios prostodóntico fijos:

- 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.
- Póntico - metal fundido predominantemente de base (D6211): un beneficio: una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplan los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214); solo 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.
- Póntico - porcelana fusionada a predominantemente metal base (D6241): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214); solo 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.
- Póntico - porcelana/cerámica (D6245): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214); solo 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.
- Póntico - resina con predominantemente metal base (D6251): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214); solo 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 base (D6721): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo 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 periodo de cinco años; solo 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 periodo de cinco años; solo 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 fundición predominantemente metal base (D6781): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo 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 periodo de cinco años; solo 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 - metal fundido completo predominantemente de base (D6791): un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo 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 recementación (D6930): no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Reparación parcial de dentaduras 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 los servicios quirúrgicos orales

- Extracción, restos coronales - diente deciduo (D7111): no es un beneficio para los dientes asintomáticos.
- Extracción, diente en erupción o raíz expuesta (elevación o extracción de fórceps) (D7140): no es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial del diente.
- Extirpación quirúrgica del diente en erupción que requiere elevación del colgajo y extracción del hueso o seccionamiento del diente, incluida la elevación del colgajo mucoperiosteal, si se indica (D7210): un beneficio cuando la extracción de cualquier diente que se produzca requiere la elevación de un colgajo mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial o la seccionamiento del diente.
- Extracción del diente afectado: tejido blando (D7220): un beneficio cuando la porción mayor o toda la superficie oclusal está cubierta por tejido blando mucogingival.
- Extracción del diente impactado - parcialmente ósea (D7230): un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un colgajo 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 colgajo 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 colgajo 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 fístula antral oral: 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 o estabilización de diente maldecido o desplazado accidentalmente (D7270): un beneficio una vez por arco independientemente del número de dientes involucrados, y solo para dientes anteriores permanentes.
- Acceso quirúrgico de un diente retenido (D7280): no es un beneficio para los terceros molares.
- Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado (D7283): un beneficio solo para pacientes en tratamiento ortodóncico activo. No beneficia a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la primera y segunda posición 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 de espécimen; para 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 solo para los dientes permanentes; una vez por arco; solo para los pacientes con tratamiento ortodóncico activo. No beneficia a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la primera y segunda posición molar.
- Fibrotomía transeptal/fibrotomía suprapesal, por informe (D7291): un beneficio una vez por arco; solo para pacientes en tratamiento ortodóncico activo.
- Alveoloplastia en conjunto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios de dientes, por cuadrante (D7310): no es un beneficio cuando solo se extrae un diente en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio.
- Alveoloplastia no en conjunto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios de dientes, por cuadrante (D7320): un beneficio sin importar el número de dientes o espacios de dientes. No es un beneficio dentro de los seis meses siguientes a las extracciones (D7140-D7250) en el mismo cuadrante, para el mismo proveedor.
- Vestibuloplastia – extensión de la cresta (epitelialización secundaria) (D7340): un beneficio una vez en un periodo 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 de 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; solo para la extracción de exostosis bucal o facial.
- Retirada de torus palatinus (D7472): un beneficio una vez en la vida del paciente.
- Retirada 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, 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 intraoral blando - complicado (incluye drenaje de múltiples espacios de la fascia) (D7511): un beneficio una vez por cuadrante, 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 subcutánea (D7530): un beneficio una vez por fecha de servicio. No es un beneficio cuando se asocia con la extirpación de un tumor, quiste (D7440- D7461) o diente (D7111- D7250).
- Eliminación de reacciones que producen cuerpos extraños, sistema musculoesquelético (D7540): un beneficio una vez por fecha de servicio. No es un beneficio cuando se asocia con la extirpación de un tumor, quiste (D7440- D7461) o diente (D7111- D7250).
- Osteotomía parcial/secuestrectomía para la extracción de hueso no vital (D7550): un beneficio una vez por cuadrante por fecha de servicio; solo para la eliminación de hueso suelto o 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 recientes heridas pequeñas 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 – mayor de 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 solo para pacientes con servicios de implante autorizados.
- Aumento sinusal con hueso o sustituto óseo mediante un abordaje vertical (D7952): un beneficio solo para pacientes con servicios de implante autorizados.

- Reparación del defecto del tejido blando o duro maxilofacial (D7955): no es un beneficio para el injerto periodontal.
- Frenulectomía (también conocida como frenectomía o frenotomía) se realiza por separado (D7960): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo cuando han estallado los incisivos y los cúspides permanentes.
- Frenuloplastia (D7963): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo cuando han estallado los incisivos y los 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.
- La extracción del aparato (no por el dentista que colocó el aparato), incluye la extracción de la barra de arco (D7997): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo para la remoción de aparatos relacionados con procedimientos quirúrgicos. No es un beneficio para 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.
- Solo aquellos casos con dentición permanente deben ser considerados para una maloclusión por discapacidad médicamente necesaria, a menos que el paciente tenga 13 años o más y los dientes primarios queden. Los casos de anomalía craneofacial y paladar hendido son un beneficio para las denticiones 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 solo cuando los difusiones de diagnóstico verifican una puntuación mínima de 26 puntos en el formulario de puntuación de California Modification Score Sheet Form DC016 (06/09) del método Handicapping Labio-Lingual Deviation (HLD) o una de las seis condiciones de calificación automática que se mencionan a continuación o cuando hay documentación escrita de una anomalía craneofacial de un especialista acreditado en su membrete profesional.
- Las condiciones de calificación automática son:
 - deformidad del paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en las difusiones de diagnóstico, se presentará la documentación escrita de un especialista acreditado, en su membrete profesional, con la solicitud de autorización previa;
 - anomalía craneofacial. La documentación escrita de un especialista acreditado se presentará, en su membrete profesional, con la solicitud de autorización previa;
 - una profunda sobremordida impactante en la que los incisivos inferiores están destruyendo el tejido blando del paladar;
 - una picadura cruzada de dientes anteriores individuales que causa la destrucción de tejido blando;
 - un resalte incisal superior a 9 mm o un resalte incisal inverso superior a 3,5 mm;
 - una desviación traumática grave (como la pérdida de un segmento premaxilar por quemaduras, accidente u 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 aparatos removibles (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 fija del aparato (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 preortodóncico (D8660): un beneficio previo al tratamiento ortodóncico integral de la dentición adolescente (D8080) para la fase inicial de tratamiento para casos de manejo del crecimiento facial independientemente de cuántas fases de dentición se requieran; una vez cada tres meses; para pacientes menores de 21 años; para un máximo de seis.
- Visita periódica de tratamiento ortodóncico (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).
 - 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 ortodóncico.
- Reparación del aparato ortodóncico (D8691): un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por aparato. No beneficia al proveedor original la sustitución 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; solo dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de servicio de la retención ortodóntica (D8680).
- Repegado o recementación 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 adjuntos

- 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 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 fijo de la dentadura (D9120): un beneficio cuando al menos uno de los dientes de pilar debe ser retenido.
- Anestesia local no en conjunto con procedimientos quirúrgicos ambulatorios (D9210): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; solo para su uso con el fin de realizar un diagnóstico diferencial o como inyección terapéutica para eliminar o controlar una enfermedad o estado anormal. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento en la misma fecha de servicio, excepto cuando se necesitan radiografías/fotografías 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 cuidado extendido (D9410): un beneficio una vez por paciente por fecha de servicio; solo en conjunto con los procedimientos que se pagan.
- Llamada al hospital o al centro 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 al consultorio para observación (durante 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 al consultorio - después de las horas programadas regularmente (D9440): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; solo con tratamiento que sea un beneficio.
- Fármaco parenteral terapéutico, administración única (D9610): un beneficio 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 periodo de 12 meses por proveedor; solo para dientes permanentes. No es un beneficio cuando se utiliza como base, revestimiento o adhesivo bajo una restauración; la misma fecha de servicio que el fluoruro (D1206 y D1208).
- Tratamiento de complicaciones (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 periodo de 12 meses; para pacientes de 13 años o más; solo para la disfunción de la TMJ diagnosticada; para la dentición permanente. No es solo un beneficio para el bruxismo.
- Ajuste oclusal - limitado (D9951): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses por cuadrante por proveedor; para pacientes de 13 años o más; solo para dientes naturales. No es un beneficio dentro de los 30 días siguientes al tratamiento restaurativo definitivo, endodóntico, removible y fijo de la prostodoncia en el mismo cuadrante u opuesto.
Ajuste oclusal - completo (D9952): un beneficio una vez en un periodo de 12 meses después de un caso montado en el análisis de la oclusión (D9950); para pacientes de 13 años o más; solo para la disfunción de la 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 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 pueden 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 apéndice 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 Contrato 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 Contrato 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 una IMR.

El Departamento de Atención Médica Administrada 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 al teléfono gratuito de su plan de salud al (1-855-424-8106) y usar el proceso de quejas de su plan de salud 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 TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con una discapacidad auditiva o del habla. El sitio 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

BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES PARA LA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA		
<p>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 para el máximo y el deducible anual de su bolsillo, según corresponda. Los miembros deben conservar los recibos de todos los trabajos dentales para mostrar los costos de su bolsillo.</p>		
	<u>Niño individual</u>	<u>Familia (2 o más niños)</u>
Deducible	Ninguno	Ninguno
Copago del consultorio	Sin cargo	Sin cargo
Periodo de espera	Ninguno	Ninguno
Límite de beneficios anuales	Ninguno	Ninguno
<p>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:</p>		
<u>Código</u>	<u>Descripción</u>	<u>Copago de miembros</u>
D0120	Evaluación oral periódica	Sin cargo
D0140	Evaluación oral limitada	Sin cargo
D0145	Evaluación oral para un paciente menor de tres años y asesoramiento con el proveedor de atención primaria	Sin cargo
D0150	Evaluación oral integral	Sin cargo
D0160	Evaluación oral detallada y amplia: Problema centrado, por informe	Sin cargo
D0170	Reevaluación - limitada, centrada en el problema (no en la visita postoperatoria)	Sin cargo
D0171	Reevaluación: Visita a la oficina de operaciones	Sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral	Sin cargo
D0210	Intraoral - serie completa (incluidas aletas de mordida) - limitada a 1 serie cada 36 meses	Sin cargo
D0220	Intraoral - primera película periapical	Sin cargo
D0230	Intraoral - periapical cada película adicional	Sin cargo
D0240	Intraoral - película oclusal	Sin cargo
D0250	Extraoral - primera película	Sin cargo
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	Sin cargo
D0270	Aleta de mordida - película simple	Sin cargo
D0272	Aletas de mordida- dos películas	Sin cargo
D0273	Aletas de mordida- tres películas	Sin cargo
D0274	Aletas de mordida- cuatro películas - limitado a 1 serie cada 6 meses	Sin cargo

D0277	Aletas de mordida verticales: de 7 a 8 radiografías	Sin cargo
D0310	Sialografía	Sin cargo
D0320	Artrograma de articulación temporomandibular, incluida la inyección	Sin cargo
D0322	Encuesta tomográfica	Sin cargo
D0330	Radiografía panorámica	Sin cargo
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica	Sin cargo
D0350	Primera fotografía	Sin cargo
D0351	Imagen fotográfica 3D	Sin cargo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Sin cargo
D0470	Las emisiones de diagnóstico solo se pueden proporcionar si se presenta una de las condiciones anteriores	Sin cargo
D0502	Otros procedimientos de patología oral, por informe	Sin cargo
D0601	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de bajo riesgo	Sin cargo
D0602	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo moderado	Sin cargo
D0603	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de alto riesgo	Sin cargo
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	Sin cargo
D1110	Profilaxis ara adultos	Sin cargo
D1120	Profilaxis - niño	Sin cargo
D1206	Barniz de fluoruro tópico	Sin cargo
D1208	Aplicación tópica de fluoruro	Sin cargo
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	Sin cargo
D1320	Asesoramiento sobre el tabaco para el control y prevención de enfermedades orales	Sin cargo
D1330	Instrucciones de higiene oral	Sin cargo
D1351	Sellador - por diente	Sin cargo
D1352	Restauración preventiva de la resina en un paciente de riesgo moderado a alto de caries - diente permanente	Sin cargo
D1353	Reparación de sellador – por diente	Sin cargo
D1354	Aplicación de medicamentos provisionales para detener la caries – por diente	Sin cargo
D1510	Mantenedor de espacio - fijo - unilateral	Sin cargo
D1516	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, maxilar	Sin cargo
D1517	Mantenedor del espacio - fijo - bilateral, mandibular	Sin cargo
D1520	Mantenedor de espacio-removible – unilateral	Sin cargo
D1526	Mantenedor de espacio - removible - bilateral, maxilar	Sin cargo
D1527	Mantenedor de espacio - removible - bilateral, mandibular	Sin cargo
D1550	Recementación del mantenedor de espacio	Sin cargo
D1555	Eliminación del mantenedor de espacio fijo	Sin cargo
D1575	Operario de mantenedor de espacio de la zapata distal – fijo – unilateral	Sin cargo
D2140	Amalgama - una superficie permanente o primaria	\$25
D2150	Amalgama - dos superficies permanentes o primarias	\$30
D2160	Amalgama - tres superficies permanentes o primarias	\$40
D2161	Amalgama - cuatro o más superficies permanentes o primarias	\$45
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior	\$30
D2331	Compuesto a base de resina - dos superficies, anterior	\$45
D2332	Compuesto a base de resina - tres superficies, 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, posterior	\$40
D2393	Compuesto a base de resina - tres superficies, posterior	\$50
D2394	Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies, posterior	\$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 fusionada a metal de base predominante	\$300
D2781	Corona - 3/4 fundición predominantemente metal base	\$300
D2783	Corona - 3/4 porcelana/cerámica	\$310
D2791	Corona - metal fundido completo predominantemente de base	\$300
D2910	Restauración de la cobertura parcial, de la vivienda o de la vivienda	\$25
D2915	Montaje de poste y núcleo prefabricados o de fundición	\$25
D2920	Corona de repliegue	\$25
D2921	Reenganche de fragmento de diente, 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 prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	\$80
D2940	Restauración protectora	\$25
D2941	Restauración terapéutica provisional - dentición primaria	\$30
D2949	Base restauradora para una restauración indirecta	\$45
D2950	Acumulación de núcleo, incluidos los pasadores	\$20
D2951	Retención de pasador - por diente, además de restauración	\$25
D2952	Perno y muñón además de corona, de fabricación indirecta	\$100
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, en el mismo diente	\$30
D2954	Perno prefabricado y muñón, además de corona	\$90
D2955	Extracción posterior	\$60
D2957	Cada perno prefabricado adicional - mismo diente	\$35
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo el marco de dentadura parcial existente	\$35
D2980	Reparación de la corona, por informe	\$50
D2999	Procedimiento restaurador no especificado, por informe	\$40
D3110	Tapón de pulpa - directo (excluyendo la restauración final)	\$20
D3120	Tapón de pulpa (indirecto) excluyendo la restauración final	\$25
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final)	\$40
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	\$40
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis - diente permanente con desarrollo de raíces incompleto	\$60
D3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - diente primario anterior(excluyendo restauración final)	\$55
D3240	Terapia pulpar(relleno reabsorbible) - diente primario posterior (excluyendo restauración final)	\$55
D3310	Tratamiento del canal radicular, diente anterior (excluyendo restauración final)	\$195
D3320	Tratamiento del canal radicular, diente bicúspide (excluyendo la restauración final)	\$235

D3330	Tratamiento del canal radicular, molar (excluyendo la restauración final)	\$300
D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto radicular; acceso no quirúrgico	\$50
D3333	Reparación interna de la raíz de defectos de perforación	\$80
D3346	Retratamiento de la terapia anterior del canal de la raíz - anterior	\$240
D3347	Retratamiento de la terapia anterior del conducto de la raíz - bicúspide	\$295
D3348	Retratamiento de la terapia anterior del conducto de la raíz - molar	\$365
D3351	Apexificación/recalcificación – visita 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	Obturación retrógrada - por raíz	\$90
D3910	Procedimiento quirúrgico para el aislamiento del diente con un dique de goma	\$30
D3999	Procedimiento endodóntico no especificado, por informe	\$100
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios dentados limitados por cuadrante	\$150
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	\$50
D4249	Alargamiento de la corona clínica: Tejido duro	\$165
D4260	Cirugía ósea – muco – gingival por cuadrante	\$265
D4261	Cirugía ósea (incluyendo la entrada de la solapa y los cierres) - uno a tres dientes contiguos o espacios limitados a los dientes - 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 (incluidos los sitios quirúrgicos de donantes y receptores): Cada diente contiguo adicional, implante o posición de diente edéntulo en el mismo sitio del injerto	No cubierto
D4285	Procedimiento de injerto de tejido conjuntivo no autógeno (incluido el sitio quirúrgico receptor y el material donante): Cada diente contiguo adicional, implante o posición dentaria edéntula en el mismo sitio del injerto	No cubierto
D4341	Escalamiento y planeo de raíces periodontales - cuatro o más dientes por cuadrante	\$55
D4342	Escalamiento periodontal y planeo de raíces - uno a tres dientes por cuadrante	\$30
D4346	Escalamiento en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada: Boca completa, después de la evaluación oral	\$220
D4355	Desbridamiento completo de la boca para permitir una evaluación y diagnóstico integrales	\$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 parcial maxilar - resina basada en retenedores, restos y dientes convencionales	\$300
D5212	Dentadura parcial mandibular - resina basada en retenedores, restos y dientes convencionales	\$300
D5213	Dentadura parcial maxilar - resina de metal fundido basada en soportes, retenedores y dientes convencionales	\$335

D5214	Dentadura parcial mandibular - resina de metal fundido basada en retensores, restos y dientes convencionales	\$335
D5221	Dentadura parcial maxilar inmediata – base de resina (incluyendo cualquier retenedor, restos y dientes convencionales)	\$275
D5222	Dentadura parcial mandibular inmediata – base de resina (incluyendo cualquier retenedor, restos y dientes convencionales)	\$275
D5223	Dentadura parcial maxilar inmediata: Marco de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos cualquier retenedor, restos y dientes convencionales)	\$330
D5224	Dentadura parcial mandibular inmediata: Marco de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos cualquier retenedor, restos y dientes convencionales)	\$330
D5410	Ajustar la dentadura completa - maxilar	\$20
D5411	Ajustar la dentadura completa – mandibular	\$20
D5421	Ajustar la dentadura parcial – maxilar	\$20
D5422	justar la dentadura parcial – mandibular	\$20
D5511	Reparar rotura de dentadura completa base-mandibular	\$40
D5512	Reparar la base-maxilar de la dentadura completa rota	\$40
D5520	Sustituir dientes faltantes o rotos - dentadura completa (cada diente)	\$40
D5611	Reparar la dentadura de resina base-mandibular	\$40
D5612	Reparar la base-maxilar de la dentadura de resina	\$40
D5621	Reparar el marco fundido-mandibular	\$40
D5622	Reparar el marco fundido--maxilar	\$40
D5630	Reparar o sustituir la abrazadera rota	\$50
D5640	Sustituir los dientes rotos - por diente	\$35
D5650	Adición de diente a la dentadura parcial existente	\$35
D5660	Adición de retenedor a la dentadura parcial existente	\$60
D5730	Dentadura maxilar completa (en consulta)	\$60
D5731	Dentadura mandibular completa (en consulta)	\$60
D5740	Dentadura parcial maxilar (en consulta)	\$60
D5741	Dentadura parcial mandibular (en consulta)	\$60
D5750	Realignar dentadura maxilar completa (laboratorio)	\$90
D5751	Realignar la dentadura mandibular completa (laboratorio)	\$90
D5760	Realineación de dentadura parcial maxilar (laboratorio)	\$80
D5761	Realineación de dentadura parcial mandibular (laboratorio)	\$80
D5850	Acondicionamiento del tejido, maxilar	\$30
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibulares	\$30
D5862	Apego de precisión, por informe	\$90
D5863	Maxilar sobredentadura completa	\$300
D5864	Maxilar parcial de la sobredentadura	\$300
D5865	Sobredentadura completa mandibular	\$300
D5866	Sobredentadura parcial mandibular	\$300
D5899	Procedimiento prostodóntico removible no especificado, por informe	\$350
D5911	Moldeado facial (seccional)	\$285
D5912	Moldeado facial (completo)	\$350
D5913	Prótesis nasal	\$350
D5914	Prótesis auricular	\$350
D5915	Prótesis orbitales	\$350

D5916	Prótesis ocular	\$350
D5919	Prótesis facial	\$350
D5922	Prótesis septal nasal	\$350
D5923	Prótesis ocular, provisional	\$350
D5924	Prótesis craneal	\$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 guía	\$350
D5935	Prótesis de resección mandibular sin brida guía	\$350
D5936	Prótesis de obturador, provisional	\$350
D5937	Aparato para trismus (no para el tratamiento con TMD)	\$85
D5951	Ayuda de alimentación	\$135
D5952	Prótesis para ayuda del habla, pediátrico	\$350
D5953	Prótesis para ayuda del habla, adulto	\$350
D5954	Prótesis de aumento palatal	\$135
D5955	Prótesis de elevación palatal, definitiva	\$350
D5958	Prótesis de elevación palatal, provisional	\$350
D5959	Prótesis de elevación palatal, modificación	\$145
D5960	Prótesis para ayuda del 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: soporte o pilar del implante	\$350
D6056	Pilar prefabricado - incluye modificación y colocación	\$135
D6057	Pilar fabricado a medida - incluye colocación	\$180
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en el pilar	\$320
D6059	Porcelana con soporte de pilar fusionada a corona de metal (metal noble alto)	\$315

D6060	Porcelana con soporte de pilar fusionada a corona de metal (predominantemente metal base)	\$295
D6061	Porcelana con soporte de pilar fusionada a corona de metal (metal noble)	\$300
D6062	Corona de metal fundido con apoyo de pilar (metal noble alto)	\$315
D6063	Corona de metal fundido con apoyo de pilar (predominantemente metal base)	\$300
D6064	Corona de metal fundido con apoyo de pilar (metal noble)	\$315
D6065	Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante	\$340
D6066	Porcelana con soporte de implante fusionada a corona de metal (titanio, aleación de titanio, metal noble alto)	\$335
D6067	Corona de metal con soporte de implante (titanio, aleación de titanio, metal noble alto)	\$340
D6068	Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana/cerámica	\$320
D6069	Retenedor con soporte de pilar para porcelana fusionada a metal FPD (metal noble alto)	\$315
D6070	Retenedor con soporte de pilar para porcelana fusionada a metal FPD (predominantemente metal base)	\$290
D6071	Retenedor con soporte de pilar para porcelana fusionada a metal FPD (metal noble)	\$300
D6072	Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal noble alto)	\$315
D6073	Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (predominantemente metal base)	\$290
D6074	Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal noble)	\$320
D6075	Retenedor con soporte de implante para FPD cerámico	\$335
D6076	Retenedor con soporte de implante para porcelana fusionada a metal FPD (titanio, aleación de titanio o metal noble alto)	\$330
D6077	Retenedor con soporte de implante para FPD de metal fundido (titanio, aleación de titanio o metal noble alto)	\$350
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes, incluido extracción de prótesis, limpieza de prótesis y pilares y reinserción de prótesis	\$30
D6081	Escalamiento y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin entrada y cierre de la solapa	\$30
D6085	Corona de implante provisional	\$300
D6090	Reparar la prótesis apoyada por el implante, según el informe	\$65
D6091	Sustitución del accesorio de precisión o semiprecisión (componente macho o hembra) de la prótesis con soporte de implante/pilar, por accesorio	\$40
D6092	Corona apoyada con implante/pilar de reconstrucción	\$25
D6093	Implante/pilar de remembramiento apoyado dentadura parcial fija	\$35
D6094	Corona con apoyo de pilar (titanio)	\$295
D6095	Reparar el pilar del implante, por informe	\$65
D6096	Retiro de tornillo de retención del implante roto	\$60
D6100	Extracción de implante, por informe	\$110
D6110	Implante/pilar apoyado en dentadura extraíble para arco edéntulo - maxilar	\$350
D6111	Implante/pilar apoyado en dentadura removible para arco edéntulo - mandibular	\$350
D6112	Implante/pilar apoyaban la dentadura removible para arco parcialmente edéntulo – maxilar	\$350
D6113	Implante/pilar apoyaban la dentadura removible para arco parcialmente edéntulo – mandibular	\$350
D6114	Implante/pilar apoyado en dentadura fija para arco edéntulo - maxilar	\$350
D6115	Implante/pilar apoyado en dentadura fija para arco edéntulo - mandibular	\$350
D6116	Implante/pilar apoyado en dentadura fija para arco parcialmente edéntulo – maxilar	\$350
D6117	Implante/pilar apoyado en dentadura fija para arco parcialmente edéntulo – mandibular	\$350
D6190	Índice radiográfico/implante quirúrgico, por informe	\$75
D6194	Corona de retención con apoyo de pilar para FPD (titanio)	\$265

D6199	Procedimiento de implante no especificado, por informe	\$350
D6211	Póntico - metal fundido predominantemente de base	\$300
D6241	Póntico - porcelana fusionada a predominantemente metal base	\$300
D6245	Póntico - porcelana/cerámica	\$300
D6251	Póntico - resina con predominantemente metal base	\$300
D6721	Corona - resina con predominantemente metal base	\$300
D6740	Corona - porcelana/cerámica	\$300
D6751	Corona - porcelana fusionada a metal de base predominante	\$300
D6781	Corona - 3/4 fundición predominantemente metal base	\$300
D6783	Corona - 3/4 porcelana/cerámica	\$300
D6791	Corona - metal fundido completo predominantemente de base	\$300
D6930	Puente de aproximación	\$40
D6980	Reparación parcial de dentaduras fijas necesaria por fallo del material restaurador	\$95
D6999	Procedimiento prostodóntico fijo no especificado, por informe	\$350
D7111	Extracción, restos coronales - diente deciduo	\$40
D7140	Extracción, diente en erupción o raíz expuesta	\$65
D7210	Extirpación quirúrgica del diente en erupción que requiere la elevación de la aleta y la extracción del hueso y/o la seccionamiento del diente	\$120
D7220	Extracción del diente afectado: tejido blando	\$95
D7230	Extracción del diente impactado - parcialmente ósea	\$145
D7240	Extracción del diente impactado - completamente ósea	\$160
D7241	Extracción del diente impactado - hueso completo con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$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 desnutruido	\$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 transeptal/fibrotomía suprapesal, por informe	\$80
D7310	Alveoloplastia en conjunto con extracciones – por cuadrante	\$85
D7311	Alveoloplastia en conjunto con extracciones - uno a tres dientes o espacios de dientes, por cuadrante	\$50
D7320	Alveoloplastia no en conjunto con extracciones – por cuadrante	\$120
D7321	Alveoloplastia no en conjunto con extracciones - uno a tres dientes o espacios de dientes, por cuadrante	\$65
D7340	Vestibuloplastia – extensión de la cresta (epitelialización secundaria)	\$350
D7350	Vestibuloplastia – extensión de la cresta (incluyendo injertos de tejido blando, reapego muscular, revisión del apego de tejido blando y manejo del tejido hipertrófico e hiperplásico)	\$350
D7410	Escisión de lesión benigna de hasta 1,25 cm	\$75
D7411	Escisión de una lesión benigna superior a 1,25 cm	\$115
D7412	Escisión de lesión benigna, complicada	\$175
D7413	Escisión de una lesión maligna de hasta 1,25 cm	\$95

D7414	Escisión de una lesión maligna superior a 1,25 cm	\$120
D7415	Escisión de lesión maligna, complicada	\$255
D7440	Escisión de un tumor maligno: Diámetro de la lesión de hasta 1,25 cm	\$105
D7441	Escisión de un tumor maligno: Diámetro de la lesión superior a 1,25 cm	\$185
D7450	Extirpación de quiste odontogénico benigno o tumor - diámetro de lesión de hasta 1,25 cm	\$180
D7451	Extirpación de quiste odontogénico benigno o tumor - diámetro de la lesión superior a 1,25 cm	\$330
D7460	Extirpación de quiste benigno no odontogénico o tumor - diámetro de lesión de hasta 1,25 cm	\$155
D7461	Extirpación de quiste benigno no odontogénico o tumor - diámetro de la lesión mayor de 1,25 cm	\$250
D7465	Destrucción de la(s) lesión(s) por método físico o químico, por informe	\$40
D7471	Extracción de la exostosis lateral (maxilar o mandíbula)	\$140
D7472	Remoción de torus palatinus	\$145
D7473	Remoción de torus mandibularis	\$140
D7485	Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea	\$105
D7490	Resección radical de maxilar o mandíbula	\$350
D7510	Incisión y drenaje del absceso: tejido blando intraoral	\$70
D7511	Incisión y drenaje del absceso - tejido blando intraoral - complicado	\$70
D7520	Incisión y drenaje de abscesos: tejido extraoral blando	\$70
D7521	Incisión y drenaje del absceso - tejido extraoral blando - complicado (incluye drenaje de múltiples espacios de la fascia)	\$80
D7530	Extracción del cuerpo extraño de la mucosa, piel o tejido alveolar subcutánea	\$45
D7540	Eliminación de reacciones que producen cuerpos extraños, sistema musculoesquelético	\$75
D7550	Ostectomía parcial/secuestrectomía para la extracción de hueso no vital	\$125
D7560	Sinotomía maxilar para la extracción del fragmento del diente o del cuerpo extraño	\$235
D7610	Maxilar: Reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$140
D7620	Maxilar: Reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$250
D7630	Mandíbula – reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$350
D7640	Mandíbula – reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$350
D7650	Arco de malar o cigomático – reducción abierta	\$350
D7660	Arco de malar o cigomático – reducción cerrada	\$350
D7670	Alveolo – la reducción cerrada puede incluir la estabilización de los dientes	\$170
D7671	Alveolo – la reducción abierta puede incluir la estabilización de los dientes	\$230
D7680	Huesos faciales – reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos	\$350
D7710	Maxilar: Reducción abierta	\$110
D7720	Maxilar: Reducción cerrada	\$180
D7730	Mandíbula – reducción abierta	\$350
D7740	Mandíbula – reducción cerrada	\$290
D7750	Arco de malar o cigomático – reducción abierta	\$220
D7760	Arco de malar o cigomático – reducción cerrada	\$350
D7770	Alveolo – estabilización de los dientes por reducción abierta	\$135
D7771	Alveolo, estabilización de los dientes de reducción cerrada	\$160
D7780	Huesos faciales – reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos	\$350
D7810	Reducción abierta de la dislocación	\$350
D7820	Reducción cerrada de la dislocación	\$80

D7830	Manipulación bajo anestesia	\$85
D7840	Condilectomía	\$350
D7850	Discectomía quirúrgica, con/sin implante	\$350
D7852	Reparación de discos	\$350
D7854	Sinovectomía	\$350
D7856	Miotomía	\$350
D7858	Reconstrucción conjunta	\$350
D7860	Artrostomía	\$350
D7865	Artroplastia	\$350
D7870	Artrocentesis	\$90
D7871	Lisis no artroscópica y lavado	\$150
D7872	Artroscopia – diagnóstico, con o sin biopsia	\$350
D7873	Artroscopia – quirúrgica: Lavado y lisis de adherencias	\$350
D7874	Artroscopia – quirúrgica: Reposicionamiento y estabilización de los discos	\$350
D7875	Artroscopia quirúrgica: Sinovectomía	\$350
D7876	Artroscopia – quirúrgica: Discectomía	\$350
D7877	Artroscopia – quirúrgica: Desbridamiento	\$350
D7880	Aparato ortótico oclusal, por informe	\$120
D7881	Ajuste del dispositivo ortótico oclusal	\$30
D7899	Terapia TMD no especificada, por informe	\$350
D7910	Sutura de recientes heridas pequeñas de hasta 5 cm	\$35
D7911	Sutura complicada – hasta 5 cm	\$55
D7912	Sutura complicada – mayor de 5 cm	\$130
D7920	Injerto de piel (identifique defecto cubierto, localización y tipo de injerto)	\$120
D7940	Osteoplastia – para deformidades ortognáticas	\$160
D7941	Osteotomía – rami mandibular	\$350
D7943	Osteotomía mandibular con injerto, incluye la obtención del injerto	\$350
D7944	Osteotomía: Segmentada o subapical	\$275
D7945	Osteotomía – cuerpo de mandíbula	\$350
D7946	Lefort I (maxilar – total)	\$350
D7947	Lefort I (maxilar segmentado)	\$350
D7948	Lefort II o LeFort III (osteoplastia de huesos faciales para hipoplasia o retrusión en la cara media) – sin injerto de hueso	\$350
D7949	Lefort II o LeFort III – con injerto de hueso	\$350
D7950	Injerto óseo, osteoperiostal, o de cartílago de huesos mandibulares o faciales, autógenos o no autógenos, por informe	\$190
D7951	Aumento sinusal con sustitutos óseos o óseos a través de un abordaje abierto lateral	\$290
D7952	Aumento sinusal con hueso o sustituto óseo mediante un abordaje vertical	\$175
D7955	Reparación del defecto del tejido blando y/o duro maxilofacial	\$200
D7960	Frenulectomía (también conocida como frenectomía o frenotomía) se realiza por 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	Sialodochoplastia	\$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 ortodóncico integral de la maloclusión de la dentición adolescente	\$1,000
D8210	Terapia con aparatos removibles	
D8220	Terapia fija del aparato	
D8660	Visita de tratamiento pre-ortodóncico	
D8670	Visita periódica de tratamiento ortodóncico (como parte de un contrato) maloclusión de la discapacidad	
D8680	Retención ortodoncia (retirada de aparatos, construcción y colocación de retenedores)	
D8681	Ajuste del retenedor ortodóncico extraíble	
D8691	Reparación del aparato ortodóncico	
D8692	Sustitución del retenedor perdido o roto	
D8693	Repegado o recementación: Y/o reparación, según sea necesario, de los retenedores fijos	
D8694	Reparación de retenedores fijos, incluye el reacoplamiento	
D8999	Procedimiento ortodóncico no especificado, por informe	
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental - procedimiento menor	
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) - cada incremento de 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
D9420	Llamada al hospital o al centro quirúrgico ambulatorio	\$135
D9430	Visita de la oficina para observación (durante horas regularmente programadas) - no se realizan otros servicios	\$20
D9440	Visita a la oficina - después de las horas programadas regularmente	\$45
D9610	Fármaco parenteral terapéutico, administración única	\$30
D9612	Fármaco parenteral terapéutico, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	\$40
D9910	Aplicación de medicamentos desensibilizantes	\$20

D9930	Tratamiento de complicaciones (post-quirúrgicas) - circunstancias inusuales, por informe	\$35
D9943	Ajuste del protector oclusal	No cubierto
D9950	Análisis de oclusión – caso montado	\$120
D9951	Ajuste oclusal - limitado	\$45
D9952	Ajuste oclusal - completo	\$210
D9999	Procedimiento adjunto no especificado, por informe	\$0

Notas finales de los diseños del plan de beneficios estándar dental de 2020

Notas sobre la EHB para odontología pediátrica (solo 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 (early periodic screening, diagnosis and treatment, EPSDT).
- 5) La participación en el costo de los miembros para los servicios de ortodoncia médicamente necesarios se aplica al curso del tratamiento, no a los años de beneficios individuales dentro de un curso de tratamiento de varios años. Esta participación en el costo de los miembros se aplica al curso del tratamiento siempre y cuando el miembro siga inscrito en el plan.