

Molina Healthcare of California Marketplace



2023

Acuerdo y Evidencia de Cobertura y
Formulario de Divulgación Combinados

Molina Silver 70 HMO

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

MHC01012023

CA23EOCS_S1



GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA

Servicio	Necesidad	Dónde ir
Servicios de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de afecciones médicas de emergencia 	<p>Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias de cualquier hospital, incluso si es un proveedor no participante o está fuera del área de servicio.</p>
Recibir atención	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado urgente <ul style="list-style-type: none"> Enfermedades leves Lesiones leves Atención virtual Asesoramiento las 24 horas sobre consultas médicas y de salud mental 	<p>Llame a su médico.</p> <p>Centros de atención médica de urgencia Busque un proveedor o centro de atención médica de urgencia MolinaHealthcare.com/ProviderSearch</p> <p>Atención virtual www.teladoc.com/molinamarketplace 1-800-TELADOC</p> <p>Línea de consejos de enfermería disponible las 24 Horas 1 (888) 275-8750 (inglés) 1 (866) 648-3537 (español)</p>
Acceso en línea	<ul style="list-style-type: none"> Buscar o cambiar un médico Consultar los beneficios y el manual del miembro Ver o imprimir una tarjeta de identificación Hacer un seguimiento de las reclamaciones 	<p>Ingrese a MyMolina.com.</p> <p>Descargue la aplicación móvil de Molina.</p> <p>Visite el directorio de proveedores MolinaHealthcare.com/ProviderSearch</p>
Detalles del plan	<ul style="list-style-type: none"> Respuestas sobre su plan, programas, servicios o medicamentos con receta Soporte para tarjetas de identificación Acceso a la atención médica Cuidado prenatal. Consultas preventivas para bebés Preguntas sobre pagos 	<p>Centro de Atención al Miembro de Molina 1 (888) 858-2150 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.</p> <p>Ingrese a MyMolina.com.</p> <p>Ingrese a MolinaPayment.com.</p>

Elegibilidad e inscripción	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas sobre la elegibilidad • Agregar un dependiente • Informar un cambio de dirección o de ingresos 	1 (800) 300-1506 Ingrese a CoveredCA.com
-----------------------------------	--	--

Servicios de intérprete: Molina ofrece servicios de intérprete para cualquier miembro que pueda necesitar asistencia con el idioma para comprender y obtener cobertura de salud en virtud de este Acuerdo. Molina brinda estos servicios sin costo adicional para el miembro. Molina proporcionará servicios de interpretación oral y servicios de traducción escrita para cualquier material esencial para que un miembro comprenda su cobertura de atención médica. Si los miembros son sordos o tienen problemas de audición, pueden usar el servicio de retransmisión de telecomunicaciones marcando 711

ÍNDICE

GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA.....	2
PLAN DE BENEFICIOS	7
GRACIAS POR ELEGIR MOLINA.....	12
DEFINICIONES.....	13
INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD.....	18
PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA	18
PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL.....	18
DEPENDIENTES	18
ADICIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES	19
INTERRUPCIÓN DE LA COBERTURA DEL DEPENDIENTE	20
CONTINUACIÓN DE ELEGIBILIDAD	20
PAGO DE LAS PRIMAS.....	21
CRÉDITO FISCAL ANTICIPADO PARA LA PRIMA (APTC, EN INGLÉS)	21
PAGO	21
AVISO DE PAGO ATRASADO.....	21
PERÍODO DE GRACIA	21
NOTIFICACIÓN DE RESCISIÓN POR FALTA DE PAGO.....	22
REESTABLECIMIENTO DESPUÉS DE LA RESCISIÓN.....	22
REINSCRIPCIÓN DESPUÉS DE LA RESCISIÓN POR FALTA DE PAGO	22
RENOVACIÓN DE LA COBERTURA	23
RESCISIÓN DE LA COBERTURA	23
INELEGIBILIDAD PARA DEPENDIENTES Y NIÑOS SOLOS DEBIDO A LA EDAD.....	23
INELEGIBILIDAD DE MIEMBROS.....	23
FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS.....	24
FRAUDE O TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL	24
SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL MIEMBRO.....	24
INTERRUPCIÓN DE UN PRODUCTO EN PARTICULAR	24
INTERRUPCIÓN DE TODA LA COBERTURA.....	24
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	25
REQUISITO DE PROVEEDOR PARTICIPANTE.....	25
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO	25
DERECHO DEL MIEMBRO A OBTENER SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA FUERA DE LA POLÍTICA.....	25
PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)	26
SERVICIOS DE TELESALUD	26
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA FUERA DEL ÁREA	27
PROVEEDOR NO PARTICIPANTE EN UN CENTRO DE PROVEEDORES PARTICIPANTES.....	27
NINGÚN PROVEEDOR PARTICIPANTE PROPORCIONA UN SERVICIO CUBIERTO	27
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	27
TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN	28
SEGUNDAS OPINIONES	29
OBJECIONES MORALES	30
ACCESO A LA ATENCIÓN PARA LOS MIEMBROS CON DISCAPACIDADES.....	30
ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	30
AUTORIZACIÓN PREVIA	32
REVISIÓN DE UTILIZACIÓN.....	33
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)	33
COSTOS COMPARTIDOS.....	40

SERVICIOS CUBIERTOS	40
BENEFICIOS ESENCIALES DE SALUD	41
SERVICIOS DE ACUPUNTURA.....	41
ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS	41
CIRUGÍA BARIÁTRICA	42
TRATAMIENTO DEL CÁNCER	43
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA.....	43
SERVICIOS PARA LA DIABETES	44
SERVICIOS DE DIÁLISIS	44
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME).....	44
SERVICIOS DE EMERGENCIA.....	45
<i>Servicios de emergencia cuando está fuera del área de servicio</i>	<i>45</i>
<i>Servicios de emergencia de un proveedor no participante.....</i>	<i>45</i>
<i>Traslado obligatorio a un hospital de proveedores participantes.....</i>	<i>45</i>
<i>Servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos</i>	<i>45</i>
TRANSPORTE MÉDICO DE EMERGENCIA	46
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	46
SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LAS HABILIDADES.....	47
ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR	47
ATENCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES TERMINALES	47
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	48
PRUEBAS DE LABORATORIO, RADIOLOGÍA (RADIOGRAFÍAS) Y SERVICIOS DE EXPLORACIÓN ESPECIALIZADOS	48
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	48
<i>Trastorno del espectro autista:.....</i>	<i>49</i>
<i>Ley de Igualdad de Salud Mental y Equidad en Adicciones</i>	<i>49</i>
TRANSPORTE MÉDICO QUE NO SEA DE EMERGENCIA	49
FENILCETONURIA (PKU) Y OTROS ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO	50
SERVICIOS MÉDICOS.....	50
EMBARAZO Y MATERNIDAD	50
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	51
SERVICIOS PREVENTIVOS	51
DISPOSITIVOS PROTÉSICOS, ORTOPÉDICOS, INTERNOS IMPLANTADOS Y EXTERNOS.....	52
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	53
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	53
CUIDADO DE RUTINA DE LOS PIES	53
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	53
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS).....	54
CIRUGÍA (PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS).....	54
SERVICIOS PARA EL SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ).....	55
SERVICIOS DE TRASPLANTES	55
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA.....	55
SERVICIOS DE LA VISIÓN (ADULTOS Y PEDIÁTRICOS)	55
<i>Servicios especializados de visión.....</i>	<i>56</i>
<i>Servicios pediátricos de la vista</i>	<i>56</i>
MEDICAMENTOS CON RECETA.....	57
DROGAS, MEDICAMENTOS Y EQUIPO MÉDICO DURADERO	57
FARMACIAS	57
FORMULARIO DE MOLINA	57
SOLICITUDES DE EXCEPCIÓN DEL FORMULARIO	57
<i>Acceso a medicamentos no incluidos en el formulario.....</i>	<i>57</i>
<i>Medicamentos no cubiertos</i>	<i>58</i>
<i>Solicitud de una excepción al formulario.....</i>	<i>58</i>
COSTOS COMPARTIDOS	59
COSTO COMPARTIDO EN EXCEPCIONES AL FORMULARIO	60
ASISTENCIA PARA COSTOS COMPARTIDOS DE MEDICAMENTOS Y GASTOS DE BOLSILLO	61

MEDICAMENTOS, PRODUCTOS Y SUPLEMENTOS DE VENTA LIBRE	61
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME).....	61
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS.....	61
MEDICAMENTOS CON RECETA PARA DEJAR DE FUMAR	61
LÍMITE DE SUMINISTRO DIARIO	61
PRORRATEO Y SINCRONIZACIÓN	62
ANALGÉSICOS OPIOIDES PARA EL DOLOR CRÓNICO	62
MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER.....	62
TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).....	63
DISPONIBILIDAD DE PEDIDOS POR CORREO DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO:	63
MEDICAMENTOS SIN ETIQUETA.....	63
MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS	63
EXCLUSIONES.....	64
RECLAMACIONES	67
PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN	67
PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES	68
PAGO A MOLINA	68
REEMBOLSO	68
PAGO DE FACTURAS.....	68
AVISOS LEGALES	69
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS	69
INDEMNIZACIÓN DE TRABAJADORES	69
RENOVACIÓN DE LA COBERTURA	69
CAMBIOS EN PRIMAS Y COSTOS COMPARTIDOS	70
ACTOS QUE EXCEDEN EL CONTROL DE MOLINA	70
RENUNCIA.....	70
NO DISCRIMINACIÓN.....	70
ACUERDO VINCULANTE PARA LOS MIEMBROS	70
CESIÓN	70
LEY APLICABLE.....	71
NULIDAD	71
AVISOS.....	71
SUSTITUCIÓN DE UN ACUERDO DE SUBROGACIÓN	71
PROGRAMA DE BIENESTAR Y OTROS BENEFICIOS DEL PROGRAMA	72
MATERIALES EDUCATIVOS SOBRE LA SALUD.....	72
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES.....	73
ARBITRAJE VINCULANTE	73
APELACIONES Y QUEJAS FORMALES	76
QUEJA O QUEJA FORMAL	76
REVISIÓN ACCELERADA.....	77
REVISIÓN DE EXCEPCIONES EXTERNAS NO INCLUIDAS EN EL FORMULARIO	77
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA:	77
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE	78
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE PARA NEGACIÓN DE TERAPIAS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN	79
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN	80
ANEXO DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS.....	83

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA
PLAN DE BENEFICIOS
Molina Silver 70 HMO

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

En general, un miembro debe recibir los servicios cubiertos de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no están cubiertos, el miembro será 100 % responsable del pago al proveedor no participante, y los pagos no se aplicarán al deducible o máximo anual de gastos de bolsillo del miembro. Sin embargo, puede recibir servicios cubiertos de un proveedor no participante en caso de necesitar servicios de emergencia y de las excepciones descritas en la sección de este Acuerdo titulada “Acceso a la atención médica”.

Tipo de deducible	En proveedores participantes, usted paga
Deducible médico	
Individual	\$4,750
Familia entera de 2 o más integrantes	\$9,500
Deducible de medicamentos con receta	
Individual	\$85
Familia entera de 2 o más integrantes	\$170
Deducible Dental Pediátrico	\$0

Máximo anual de gastos de bolsillo ¹	Usted paga
Individual	\$8,750
Familia entera de 2 o más integrantes	\$17,500

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

Servicios de emergencia y de atención médica de urgencia	Usted paga	
Sala de emergencia²	\$400	Copago por visita, renunciado si es admitido.
Médico de emergencia²	Sin cargo	
Cuidado urgente	\$45	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 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	\$45	Copago por consulta
Otros cuidados médicos	\$45	Copago por consulta
Atención de médico especialista	\$85	Copago por consulta
Servicios de recuperación de las habilidades	\$45	Copago
Servicios de rehabilitación	\$45	Copago
Servicios de salud mental o conductual, y trastornos por abuso de sustancias		
Visitas al consultorio	\$45	Copago por consulta
Otros artículos y servicios	\$45	Copago por consulta
Planificación familiar	Sin cargo	
Servicios dentales pediátricos (solo para miembros menores de 19 años)		
Examen oral, limpieza preventiva, radiografías, selladores, aplicación de flúor, mantenedor de espacio, fijo	Para obtener una lista completa de los costos compartidos, consulte el Anexo de odontología pediátrica que se encuentra adjunto a este Acuerdo.	
Ortodoncia, médicamente necesaria		
Servicios de visión pediátrica (solo para miembros menores de 19 años)		
Examen integral de la visión (Examen limitado a uno por año calendario).	Sin cargo	
Anteojos con receta <i>Marcos</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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 por año calendario • Visión única, línea bifocal, línea trifocal, lentes lenticulares, lentes de policarbonato • Todos los lentes incluyen revestimiento resistente a los arañazos, protección ultravioleta (UV) 		
Lentes de contacto con receta <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 por año calendario: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estándar (un par anual) ○ Mensual (suministro de seis meses) ○ Quincenal (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; se aplica autorización previa).		

³ Tenga en cuenta que si lo atienden en una clínica de hospital, el costo compartido para pacientes ambulatorios en un hospital se aplicará a los gastos de centros y auxiliares. Los honorarios profesionales asociados, limitados a los servicios de evaluación y gestión (E&M, en inglés), serán procesados evaluando a su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) o los costos compartidos de especialistas.

⁴ Para los servicios de laboratorio y diagnóstico de rayos X que se proporcionan en el consultorio de un PCP o especialista, en la misma fecha de servicio que una visita al consultorio del PCP o especialista, usted solo será responsable de la cantidad del costo compartido que corresponde por 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 independiente, incluso si es el mismo día que una visita al consultorio.

Servicios de atención médica ambulatoria en un hospital o centro	En proveedores participantes, usted paga	
Cirugía ambulatoria y otros procedimientos		
Profesional (servicios quirúrgicos y no quirúrgicos)	20 %	Coseguro
Centros (servicios quirúrgicos y no quirúrgicos)	20 %	Coseguro
Servicios de exploración especializada (exploración por TC, PET, IRM) ⁵	\$325	Copago
Servicios de radiología	\$95	Copago
Pruebas de laboratorio	\$50	Copago
Trastorno de salud mental o conductual y consumo de sustancias (servicios profesionales y en centros)		
Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios	\$45	Copago
Tratamiento de salud conductual para el trastorno del espectro autista (TEA)	\$45	Copago

⁵ A menos que estos servicios de exploración especializada se realicen mientras usted está en un entorno de hospitalización, se aplicará la cantidad de costo compartido para estos servicios.

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	En proveedores participantes, usted paga	
Arancel del centro (p. ej., habitación) <ul style="list-style-type: none"> • Médico o quirúrgico • Cuidado de maternidad • Servicios de salud mental y conductual • Trastorno por el consumo de sustancias 	30 %	Coseguro, se aplica deducible
Honorarios del médico o cirujano profesional	30 %	Coseguro
Centro de enfermería especializada (limitado a 100 días por período de beneficio) ⁶	30 %	Coseguro, se aplica deducible
Cuidado paliativo	Sin cargo	

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

Cobertura de medicamentos con receta ⁷	En proveedores participantes, usted paga	
Nivel 1	\$16	Copago, se aplica deducible
Nivel 2	\$60	Copago, se aplica deducible
Nivel 3	\$90	Copago, se aplica deducible
Nivel 4	20 %	Coseguro, hasta un máximo de \$250 por receta, se aplica deducible
Medicamentos recetados pedidos por correo	Se ofrece un suministro de hasta 90 días en dos veces y media el costo compartido de un medicamento con receta en una farmacia minorista durante un mes.	

⁷ Consulte la sección **Cobertura de medicamentos con receta para obtener una descripción**. 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 limita a no ser más que el precio de venta minorista de la farmacia.

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

⁸ Los servicios deben ser facturados por una agencia proveedora de atención médica en el hogar asociada. Pueden aplicarse costos compartidos por separado para otros beneficios cubiertos que se prestan a domicilio (por ejemplo, medicamentos inyectables, equipo médico duradero, etcétera).

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

Emisión de pólizas: este Acuerdo y evidencia de cobertura y formulario de divulgación combinados (también llamado “Acuerdo”) de Molina Healthcare of California son emitidos por Molina Healthcare of California (“Molina”), para el suscriptor o miembro cuyas tarjetas de identificación se emiten con este Acuerdo. En 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 Acuerdo.

Incorporación por referencia: Este Acuerdo, sus enmiendas y cláusulas, el Programa de Beneficios correspondiente a este producto y cualquier solicitud presentada al Marketplace o a Molina a fin de obtener cobertura en virtud de este Acuerdo, incluida la hoja de tarifas aplicable para este producto, se incorporan en este Acuerdo por referencia y constituyen el contrato legalmente vinculante entre Molina y el suscriptor.

Cambios en el contrato: ninguna enmienda, modificación u otro cambio en la totalidad de este contrato legalmente vinculante entre Molina y el suscriptor será válido hasta que Molina lo apruebe y demuestre mediante un documento escrito firmado por un funcionario ejecutivo de Molina. Ningún agente de Molina tiene autoridad para cambiar este Acuerdo y los documentos incorporados o renunciar a cualquiera de sus disposiciones.

Zona horaria: salvo que se estipule expresamente lo contrario en este documento, todas las referencias a una hora específica del día se refieren a la hora específica del día en la zona horaria local de los Estados Unidos de América.

Solicitudes de comunicación confidencial: una “Solicitud de comunicación confidencial” es una solicitud que hace un Miembro a fin de que las comunicaciones sobre el plan que contienen Información médica se le comuniquen a una dirección postal o de correo electrónico específica o a un número de teléfono específico, según lo designe el Miembro. Los miembros pueden solicitar comunicaciones confidenciales en la forma y el formato solicitados por el miembro, si se pueden producir fácilmente en la forma y el formato solicitados, o en lugares alternativos. La solicitud de comunicación confidencial del Miembro debe realizarse por escrito o por transmisión electrónica. Los miembros pueden usar el formulario de solicitud de comunicación confidencial de Molina para realizar solicitudes de comunicación confidencial. Si desea realizar una solicitud de comunicación confidencial, visite <https://www.molinahealthcare.com/members> o llame al Centro de Atención al Miembro al número gratuito que figura en la tarjeta de identificación de miembro de Molina. Molina atenderá las solicitudes de comunicación confidencial, que serán válidas hasta que el miembro pida su revocación o presente una solicitud nueva. La solicitud de comunicación confidencial se aplicará a todas las comunicaciones que divulguen información médica, o el nombre y la dirección del proveedor en relación con la recepción de servicios médicos por parte del miembro que solicita la comunicación confidencial.

TENEMOS A SU DISPOSICIÓN, SI LA SOLICITA, UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE NUESTRAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS.

GRACIAS POR ELEGIR MOLINA.

Como organización que se ocupa del cuidado de los niños, los adultos y las familias desde hace 40 años, Molina se complace en ser su plan.

Le proporcionamos este Acuerdo para informarle lo siguiente:

- Cómo obtener servicios a través de Molina.
 - Cómo conseguir un intérprete.
 - Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP).
 - Cómo hacer una cita.
- Los términos y las condiciones de cobertura de este Acuerdo.
- Los beneficios y la cobertura como miembro de Molina.
 - Cómo revisar el estado de la autorización previa.
- Cómo comunicarse con Molina.

Lea este Acuerdo con atención. En el interior hay información sobre una amplia gama de necesidades de salud y servicios proporcionados. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Centro de Atención al Miembro en MolinaMarketplace.com o al número de teléfono que se encuentra en la página 2 de este Acuerdo.

¡Estamos a su disposición!

Molina Marketplace

DEFINICIONES

Algunas de las palabras o los términos utilizados en este Acuerdo no tienen su significado habitual. Los planes de salud usan estas palabras de una manera especial. Cuando una palabra con un significado especial se usa en una sola sección de este Acuerdo, se explica en dicha sección. Las palabras con un significado especial utilizadas en cualquier sección de este Acuerdo se explican en esta sección de “Definiciones”.

Ley de Atención Asequible: la ley de reforma integral de atención médica promulgada en marzo de 2010 (a veces conocida como Ley de Atención Asequible [ACA, en inglés], Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible [PACA, en inglés] u “Obamacare”).

Cantidad aprobada: es la cantidad máxima que pagará Molina por un servicio cubierto menos el costo compartido que deban pagar los miembros. Según corresponda:

1. *Para los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor participante:* estos servicios serán reembolsados a la tasa contratada con el proveedor participante por dichos servicios cubiertos.
2. *Para ciertos servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no participante:* sujeto a las excepciones expresamente permitidas por la ley, los servicios que se describen a continuación se reembolsarán a la tarifa fuera de la red, según se define y determina ese término en virtud de la ley federal aplicable:
 - Servicios de emergencia prestados por un proveedor no participante.
 - Servicios posteriores a la estabilización proporcionados por un proveedor no participante cuando dichos servicios cubiertos se tratan, para fines de reembolso, como servicios de emergencia según la ley estatal o la ley federal aplicable.
 - Servicios de ambulancia aérea prestados por un proveedor no participante.
 - Servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no participante durante una visita a un proveedor participante que sea un hospital, un hospital de acceso crítico, un centro quirúrgico ambulatorio u otro centro exigido por la ley.

En el caso de excepciones expresamente permitidas por la ley, la cantidad aprobada se determinará de acuerdo con los procedimientos (incluidos los procedimientos de resolución de disputas) u otros requisitos dictados por la ley estatal aplicable, cuando la ley federal se remite a la ley estatal para determinar los montos de reembolso a proveedores participantes, o ley federal, cuando la ley federal controle la cantidad del reembolso a los proveedores no participantes.

3. *Para todos los demás servicios cubiertos prestados por un proveedor no participante de conformidad con este Acuerdo:* salvo que la ley aplicable exija expresamente lo contrario, estos servicios se reembolsarán al mayor de (a) la tarifa media contratada de Molina para dichos servicios cubiertos, (b) el 100 % de la tarifa publicada de Medicare para dichos servicios cubiertos, (c) el método habitual y razonable de Molina para determinar el pago de dichos servicios cubiertos, o (d) una cantidad negociada acordada entre el proveedor no participante y Molina.

Máximo anual de gastos de bolsillo (“OOPM”, en inglés): lo máximo que un miembro debe pagar por los servicios cubiertos en un año del Plan. Después de que un miembro gasta esta cantidad en deducibles, copagos y coseguro, Molina paga el 100 % de los costos de los servicios cubiertos. Las cantidades que el suscriptor o los dependientes pagan por servicios no cubiertos por este plan no cuentan para el OOPM. El Programa de Beneficios puede incluir una cantidad de OOPM por cada individuo inscrito en virtud de este Acuerdo y una cantidad de OOPM por separado para toda la familia cuando hay dos o más miembros inscritos. Cuando dos o más miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo:

1. Se alcanzará el OOPM individual, con respecto al suscriptor o a un dependiente en particular, cuando esa persona alcanza la cantidad de OOPM individual.
2. El OOPM familiar se alcanzará cuando los costos compartidos de un miembro se sumen hasta la cantidad OOPM familiar.

Una vez que el costo total compartido para el suscriptor o un dependiente se suma hasta llegar al monto OOPM individual, Molina pagará el 100 % de los cargos por los servicios cubiertos para ese individuo por el resto del año calendario si siguen inscritos en este plan. Una vez que el costo compartido para dos o más miembros de la familia del miembro se sumen hasta llegar al monto OOPM familiar, Molina pagará el 100 % de los cargos por servicios cubiertos por el resto del año calendario para el miembro y cada miembro de su familia si siguen inscritos en este plan.

Factura de saldo o Facturación de saldo: cuando un proveedor factura a un miembro la diferencia entre el monto cobrado por el proveedor y la cantidad aprobada. Un proveedor participante de Molina no puede facturarle el saldo de los servicios cubiertos.

Cobertura solo para niños: se refiere a la cobertura conforme a este Acuerdo que contrata un adulto responsable para proporcionar cobertura de beneficios solo a un niño menor de 21 años.

Coseguro: un porcentaje de los cargos por servicios cubiertos que el miembro debe pagar cuando recibe determinados 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.

Copago: un monto fijo que el miembro pagará por un servicio cubierto. Cuando corresponda, los copagos se enumeran en el Programa de Beneficios.

Costos compartidos: la parte de los costos que un miembro pagará de su propio bolsillo por los servicios cubiertos. Este término incluye, por lo general, los deducibles, el coseguro y los copagos, pero no incluye las primas, los montos de la factura de saldo para los proveedores fuera de la red ni el costo de los servicios no cubiertos.

Servicio cubierto o Servicios cubiertos: servicios médicamente necesarios, incluidos algunos dispositivos médicos, equipos y medicamentos con receta, que los miembros son elegibles para recibir de Molina en virtud de este plan.

Deducible: el monto que los miembros deben pagar por los servicios cubiertos antes de que Molina comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte el Programa de

beneficios para ver qué Servicios cubiertos están sujetos al deducible y los montos deducibles del plan del miembro.

Dependiente: un miembro que cumple los requisitos de elegibilidad como dependiente, como se describe en este Acuerdo.

Sitio distante: el sitio en el que un médico u otro proveedor con licencia, que ofrece un servicio profesional, está físicamente ubicado en el momento en que el servicio se proporciona a través de la telemedicina.

Formulario de medicamentos o Formulario: una lista de medicamentos que cubre este plan de Molina. El formulario de medicamentos coloca los medicamentos en diferentes niveles o niveles de costos compartidos.

Equipo médico duradero o DME: equipos y suministros solicitados por un proveedor para uso diario o prolongado. El equipo médico duradero (DME, en inglés) puede incluir equipo médicamente necesario, como equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras reactivas de sangre para diabéticos.

Emergencia o afección médica de emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma (incluido el dolor intenso) o afección lo suficientemente grave como para que, en ausencia de atención médica inmediata, se pueda esperar razonablemente que tenga como resultado lo siguiente: 1) que ponga en grave peligro la salud de la persona, o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido; 2) que provoque graves daños en las funciones corporales o; 3) que provoque una falla grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Servicios de Emergencia: son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Estos servicios pueden brindarse en una sala de emergencias con licencia u otro centro que brinde tratamiento para condiciones médicas de emergencia.

Beneficios esenciales de salud (EHB): un conjunto estandarizado de beneficios esenciales de salud ofrecidos por Molina a los miembros o a sus dependientes, tal como se define en la Ley de Atención Asequible. Los beneficios de salud esenciales cubren al menos las siguientes 10 categorías de beneficios:

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

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

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

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

Información médica: cualquier información de identificación individual, en forma electrónica o física, en posesión o derivada de un proveedor de atención médica, un plan de servicios de atención médica, una compañía farmacéutica o un contratista con respecto al historial médico, el estado mental o físico, o el tratamiento de un paciente.

Necesidad médica o medicamento necesario: servicios o suministros cubiertos de atención médica necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas y que cumplen con los estándares médicos aceptados.

Miembro: un individuo que es elegible y está inscrito en virtud de este Acuerdo y para 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 o tutor legal) que solicite la cobertura solo para niños en virtud de este Acuerdo en nombre de un niño menor de 21 años. En ese caso, el suscriptor será responsable de realizar los pagos de la prima y el costo compartido para el miembro, y actuará como representante legal del miembro en virtud de esta política, pero no será un miembro.

Molina Healthcare of California (“Molina”): la corporación autorizada en California como una organización de mantenimiento de la salud y contratada con el Marketplace.

Acuerdo y evidencia de cobertura y formulario de divulgación combinados de Molina Healthcare of California: este documento, que tiene información sobre la cobertura conforme a este plan. También llamado “**Acuerdo**”.

Proveedor no participante: un proveedor que no ha celebrado un contrato con Molina para brindar servicios cubiertos a los miembros.

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

Proveedor participante: un proveedor que brinda cualquier servicio de atención médica y tiene licencia o está autorizado de otro modo para brindar dichos servicios y acuerdos con Molina y ha aceptado prestar servicios cubiertos a los miembros.

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

Plan: una cobertura de seguro de la salud emitida a un individuo y a sus dependientes, si corresponde, que proporciona beneficios para los servicios cubiertos. Según los servicios, es posible que se apliquen costos compartidos del miembro.

Servicios posteriores a la estabilización: artículos y servicios que se brindan (independientemente del departamento del hospital donde ocurran) después de que el miembro está estabilizado y como parte de la observación ambulatoria o una estadía como paciente hospitalizado o ambulatorio con respecto a la visita en la que se brindan los servicios de emergencia.

Proveedor de atención primaria o PCP: Un médico, incluido un M.D. (médico) o D.O. (doctor en medicina osteopática), enfermero practicante certificado, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permitido por la ley estatal y los términos del Plan, que proporciona, coordina o ayuda a un miembro a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Autorización previa: se necesita la aprobación de Molina antes de que los miembros obtengan un servicio médico o un medicamento para que el servicio o el medicamento estén cubiertos.

Proveedor: cualquier profesional de la salud, hospital, otra institución, organización, farmacia o persona que brinde servicios de atención médica y tenga licencia para brindar dichos servicios, excepto que esté cubierto de otra manera por este acuerdo, o cuyos servicios se consideren médicamente necesarios en el tratamiento de una enfermedad mental o trastorno por consumo de sustancias.

Programa de beneficios: una lista completa de los servicios cubiertos con los costos compartidos del miembro aplicables.

Área de servicio: área de servicio: se refiere al área geográfica donde el estado autorizó a Molina a comercializar productos individuales vendidos a través del Marketplace, inscribir a los miembros que obtienen cobertura a través del Marketplace y proporcionar beneficios a través de planes de salud individuales aprobados que se venden a través del Marketplace.

Especialista: un proveedor que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Ley estatal: el conjunto de leyes en California. Consiste en la constitución, los estatutos, los reglamentos, las orientaciones subreglamentarias, las directivas de los organismos reguladores del estado y el derecho común.

Servicios de emergencia y de atención médica de urgencia: atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona

razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD

Una persona debe estar inscrita como miembro de este plan para que los servicios cubiertos estén disponibles. Para inscribirse y convertirse en miembro de este Plan, una persona debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad establecidos por el Marketplace. Una persona que cumple con los requisitos de elegibilidad, cumple con los requisitos de pago de la prima y está inscrita por Molina es el suscriptor de este Plan.

Período de inscripción abierta: el Marketplace establecerá un período anual en el que las personas elegibles pueden presentar una solicitud e inscribirse en un plan de salud o cambiar de plan. La fecha de vigencia de la cobertura será el 1.º de enero o una fecha determinada por el Marketplace.

Período de inscripción especial: si no se inscribe durante un período de inscripción abierta, puede inscribirse durante un período de inscripción especial. Para calificar para un período de inscripción especial, una persona debe haber tenido ciertos cambios de vida establecidos por el Marketplace. En tal caso, en el Marketplace se determinará la fecha de vigencia de la cobertura del miembro. Para obtener más información sobre la inscripción abierta y los períodos de inscripción especial, visite: www.CoveredCA.com.

Cobertura solo para niños: Molina ofrece cobertura solo para niños, para personas menores de 21 años y un padre, madre o tutor legal que presenta la solicitud en nombre del menor. Para obtener más información sobre la elegibilidad y la inscripción, comuníquese con el Marketplace.

Dependientes: los suscriptores que se inscriban durante el período de inscripción abierta establecido por el Marketplace también pueden solicitar la inscripción de personas como dependientes elegibles. Los dependientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos por el Marketplace. Los dependientes están sujetos a los términos y condiciones de este Acuerdo. Molina no limita la elegibilidad de los dependientes en función de la dependencia financiera, la residencia, la condición de estudiante, el empleo, la elegibilidad para otra cobertura o el estado civil. Un niño de crianza no es elegible para la inscripción como dependiente. Los siguientes tipos de miembros de la familia se consideran dependientes:

- **Cónyuge:** el individuo legalmente casado con el suscriptor en virtud de la Ley estatal.
- **Niño o niños:** el hijo, la hija, el hijo adoptivo o el hijastro del suscriptor. Cada niño es elegible para solicitar la inscripción como dependiente hasta los 26 años.
- **Niño con una discapacidad:** un hijo que cumple 26 años es elegible para continuar como dependiente si cumple con los siguientes criterios de elegibilidad:

- El niño es incapaz de tener un empleo autosostenible debido a una lesión, enfermedad o afección que genere discapacidad física o mental.
- El niño depende principalmente del suscriptor para el apoyo y la manutención.

Un niño con discapacidad puede permanecer cubierto por Molina como dependiente mientras permanezca incapacitado y siga cumpliendo los criterios de elegibilidad antes descritos.

- **Pareja doméstica:** una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que convive y comparte una vida doméstica con el suscriptor pero que no está casada ni unida por unión civil con el suscriptor. La pareja doméstica debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y verificación de socios nacionales establecidos por el Marketplace o la ley estatal.
- Por lo general, **los nietos de los suscriptores** no califican como dependientes del suscriptor a menos que sean agregados como hijos recién nacidos de un niño dependiente cubierto o de un miembro cubierto por la cobertura solo para niños en virtud de este Acuerdo. La cobertura para niños de un niño dependiente cubierto o de un miembro en virtud de la cobertura solo para niños terminará cuando el niño dependiente cubierto o el miembro en virtud de la cobertura solo para niños ya no sea elegible en virtud de este Acuerdo.
- **Padre o padrastro dependiente del suscriptor:** los padres o padrastros dependientes del suscriptor que viven o residen dentro del área de servicio del plan califican como dependientes de acuerdo con el Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP, en inglés) del Departamento de la Tercera Edad de California.

Adición de nuevos dependientes: para inscribir a un dependiente que primero se convierte en elegible para inscribirse después de que se inscriba el suscriptor (como un nuevo cónyuge, un hijo recién nacido o un hijo recién adoptado), debe ponerse en contacto con el Marketplace y presentar cualquier solicitud, formularios e información solicitada para el dependiente. Las solicitudes para inscribir a un nuevo dependiente deben enviarse al Marketplace dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el dependiente se convirtió en elegible para inscribirse en el Plan.

- **Cónyuge:** se puede agregar un cónyuge como dependiente si el suscriptor presenta la solicitud a más tardar 60 días después de cualquier evento que se detalla a continuación:
 - Pérdida de la cobertura esencial mínima, según lo define la Ley de Atención Asequible.
 - La fecha de matrimonio con el suscriptor.
 - El cónyuge adquiere la condición de ciudadano, nacional o persona legalmente presente.
 - El cónyuge se traslada permanentemente al área de servicio.
- **Niños (menores de 26 años):** se pueden agregar niños como dependientes si el suscriptor presenta la solicitud a más tardar 60 días después de cualquier evento que se detalla a continuación:

- Pérdida de la cobertura esencial mínima, según lo define la Ley de Atención Asequible.
 - El niño se convierte en dependiente a través del matrimonio, el nacimiento, la adopción, la colocación para adopción, la manutención de los hijos u otra orden judicial.
 - El niño adquiere la condición de ciudadano, nacional o persona legalmente presente.
 - El niño se traslada permanentemente al área de servicio.
- **Niño recién nacido:** un hijo recién nacido de un suscriptor es elegible como dependiente al nacer. Un recién nacido está inicialmente cubierto por 31 días, incluida la fecha de nacimiento. Un hijo recién nacido es elegible para continuar con la inscripción si se inscribió en Molina dentro de los 60 días.

Nota importante: Las reclamaciones de recién nacidos para los servicios cubiertos elegibles se procesarán como parte de las reclamaciones de la madre y cualquier monto de deducible o máximo anual de gastos de su bolsillo (OOPM, en inglés) alcanzado a través del procesamiento de las reclamaciones de un recién nacido se acumulará como parte del deducible u OOPM de la madre. Sin embargo, si se recibe un expediente de inscripción para el recién nacido durante los primeros 31 días calendario, el recién nacido será agregado como dependiente a partir de la fecha de nacimiento, y cualquier reclamación incurrida por el recién nacido será procesada como parte de las reclamaciones del recién nacido, y cualquier monto de deducible u OOPM que se alcance a través del procesamiento de estas reclamaciones se acumulará como parte del deducible individual u OOPM del recién nacido (es decir, no está cubierto por el deducible y el OOPM de la madre inscrita). La reclamación de un recién nacido es una reclamación en la que el niño recién nacido se identifica como la persona que recibe los servicios.

Interrupción de la cobertura del dependiente: la cobertura para el dependiente será interrumpida como se indica a continuación:

- A las 11:59 p. m. del último día del año calendario en que el hijo dependiente cumpla 26 años, a menos que el hijo tenga una discapacidad y cumpla con los criterios especificados (ver “Niño con una discapacidad”).
- La fecha en que se ingresa una sentencia final de divorcio definitiva, anulación o disolución del matrimonio entre el cónyuge dependiente y el suscriptor.
- La fecha en que se ingresa la sentencia de terminación de la sociedad de hecho entre el suscriptor y la pareja doméstica.
- Para la cobertura solo para niños, a las 11:59 p. m. del último día del año calendario en el que el miembro no dependiente alcance la edad límite de 21 años. El miembro y sus dependientes pueden ser elegibles para inscribirse en otros productos ofrecidos por Molina a través del Marketplace.
- Fecha en que el suscriptor pierde la cobertura en virtud de este Plan.

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

- El miembro se vuelve abusivo o violento y amenaza la seguridad de cualquiera que trabaje con Molina Healthcare, incluidos los proveedores participantes.

- El miembro menoscaba en forma sustancial 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 un miembro ya no es elegible para la cobertura de este plan, Molina enviará una notificación por escrito al menos 10 días antes de la fecha de vigencia en la que el miembro perderá la elegibilidad. El miembro puede apelar la pérdida de elegibilidad con el Marketplace.

PAGO DE LAS PRIMAS

Para comenzar y mantener la cobertura en virtud de este Plan, Molina requiere que los miembros realicen pagos mensuales en contraprestación, conocidos como pagos de primas o primas. El pago de las primas para el próximo mes de cobertura vence a más tardar el día 25 del mes en curso (esta es la “**Fecha de vencimiento**”). Molina enviará una notificación por escrito al suscriptor informándole el monto adeudado por la cobertura para el próximo mes antes de la Fecha de vencimiento.

Crédito fiscal anticipado para la prima (APTC, en inglés): el crédito fiscal anticipado para la prima es un crédito fiscal que un suscriptor puede tomar por adelantado para reducir su prima mensual. Molina no determina ni proporciona créditos fiscales y los suscriptores deben comunicarse con el Marketplace para determinar si son elegibles. Si el suscriptor es elegible para un crédito fiscal anticipado para la prima, puede usar cualquier cantidad del crédito por adelantado para reducir su prima.

Pago: Molina acepta pagos de primas en línea, por teléfono, por correo y mediante giro postal. Si desea obtener más información, consulte MolinaPayment.com o comuníquese con el Centro de Atención al Miembro. No se aceptan pagos de primas en las oficinas de Molina.

Aviso de pago atrasado: Si el pago total de la prima no se recibe en la fecha de vencimiento o antes, Molina enviará un aviso de inicio del período de gracia o, si el suscriptor recibe un pago adelantado del crédito fiscal, un aviso de inicio del período de gracia federal a la dirección registrada del suscriptor.

Período de gracia: es un período después de que vence el pago de la prima de un miembro y no se ha pagado en su totalidad. Si un suscriptor no ha realizado el pago, puede hacerlo durante el período de gracia y evitar perder su cobertura. La duración del período de gracia está determinada por si el suscriptor recibe un APTC.

- **Período de gracia para suscriptores con APTC:** si un suscriptor recibe un APTC, Molina le otorgará al suscriptor y a los dependientes un período de gracia de 3 meses antes de cancelar o no renovar la cobertura debido a la falta de pago de la prima. El período de gracia comenzará el primer día del primer mes por el cual Molina no reciba la prima completa. Molina pagará por los servicios cubiertos recibidos durante el primer mes del período de gracia de tres meses. Si el suscriptor no paga la prima antes de que termine el primer mes del

período de gracia de tres meses, la cobertura en virtud de este plan será suspendida y Molina no pagará por los servicios cubiertos después del primer mes del período de gracia hasta que recibamos las primas morosas. Si no se reciben todas las primas vencidas y adeudadas al final del período de gracia de tres meses, este Acuerdo se cancelará a partir del día siguiente hasta el último día del primer mes del período de gracia. La rescisión o no renovación de este Acuerdo por falta de pago será efectiva **a partir de las 12:01 a. m.** del día siguiente al último día del primer mes del período de gracia.

- **Período de gracia para suscriptores sin APTC:** Si un suscriptor no recibe un APTC, Molina otorgará al suscriptor y a los dependientes un período de gracia de 30 días calendario antes de cancelar o no renovar la cobertura debido a la falta de pago de la prima. El período de gracia comenzará el primer día del primer mes por el cual Molina no reciba la prima completa. Molina seguirá ofreciendo cobertura conforme a los términos de este Acuerdo, lo que incluye el pago de los servicios cubiertos recibidos durante el periodo de gracia de treinta (30) días calendario. Si el suscriptor no paga la prima al final del período de gracia, este Acuerdo se cancelará al final del período de gracia. El suscriptor seguirá siendo responsable de cualquier prima no pagada que deba por el período de gracia. La rescisión o no renovación de este Acuerdo por falta de pago será efectiva **a partir de las 11:59 p. m.** del último día del período de gracia.

Notificación de rescisión por falta de pago: Al finalizar este Acuerdo, Molina enviará por correo un aviso de rescisión de la cobertura a la dirección de registro del suscriptor que especifica la fecha y hora en que finalizó la membresía.

Si usted afirma que Molina finalizó el derecho del miembro a recibir servicios cubiertos debido al estado de salud del Miembro, a los requisitos para los servicios de atención médica o a la falta de pago de las primas, puede solicitar una revisión al Departamento de Atención Médica Administrada. Para solicitar una revisión, póngase en contacto con el departamento a la siguiente dirección:

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

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

Restablecimiento después de la rescisión : Molina permitirá el restablecimiento de los Miembros, sin una interrupción en la cobertura, siempre que el restablecimiento sea una corrección de una acción errónea de rescisión o cancelación y que esté permitido por el Marketplace.

Reinscripción después de la rescisión por falta de pago: si un suscriptor es dado de baja por falta de pago de la prima y se inscribe en Molina durante el período de

inscripción abierta o un período de inscripción especial en el siguiente año del plan, Molina puede exigir que el suscriptor pague las primas vencidas. Molina también requerirá que se pague la prima del primer mes en su totalidad, antes de que Molina acepte la inscripción del suscriptor. Si el suscriptor paga todas las primas vencidas, las reclamaciones elegibles que fueron denegadas previamente como resultado de esa falta de pago serán reprocesadas para el pago.

Renovación de la cobertura: Molina renovará la cobertura para los miembros el primer día de cada mes si se recibieron todas las primas adeudadas. La renovación está sujeta al derecho de Molina de modificar este Acuerdo y la elegibilidad continua del miembro para este plan. Los miembros deben seguir todos los procedimientos requeridos por el Marketplace para determinar nuevamente la elegibilidad y la renovación garantizada para la inscripción cada año durante el período de inscripción abierta.

RESCISIÓN DE LA COBERTURA

La fecha de rescisión es el primer día que un exmiembro no está inscrito en Molina. Si por algún motivo finaliza la cobertura de un miembro, esta persona debe pagar todas las cantidades pagaderas relacionadas con su cobertura con Molina, incluidas las primas, por el período anterior a la fecha de finalización de la cobertura. Excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional, si se rescinde la cobertura de un miembro, cualquier pago de prima recibido en nombre del miembro cancelado aplicable a los períodos posteriores a la fecha de rescisión, menos cualquier monto adeudado a Molina o a sus proveedores por la cobertura de los servicios cubiertos prestados antes de la fecha de rescisión se reembolsará al suscriptor dentro de los 30 días. Molina y sus proveedores no tendrán ninguna responsabilidad u obligación adicional en virtud de este plan. En el caso de fraude o tergiversación intencional, Molina puede retener partes de este monto para recuperar las pérdidas debidas al fraude.

Usted puede solicitar una revisión del director del Departamento de Atención Médica Administrada si cree que este Acuerdo ha sido o será cancelado incorrectamente, rescindido o no renovado. Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada al número gratuito, al número 1 (888) 466-2219 o al número TDD para personas sordas o con problemas de audición, sin cargo, al 1 (877) 688-9891, o visitando www.dmhc.ca.gov.

Molina puede rescindir o no renovar a un miembro por cualquiera de los siguientes motivos:

Inelegibilidad para dependientes y niños solos debido a la edad: un dependiente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura requerida por el Marketplace y Molina debido a su edad. Consulte la sección “Interrupción de la cobertura del dependiente” para obtener más información sobre cuándo entrará en vigencia la rescisión.

Inelegibilidad de miembros: un miembro ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura requerida por el Marketplace y Molina. El Marketplace enviará al miembro una notificación de pérdida de elegibilidad. Molina también enviará al miembro una notificación por escrito cuando se le informe que el miembro ya no

reside dentro del área de servicio. La cobertura finalizará a las 11:59 p. m. del último día del mes siguiente al mes en el que se envía cualquiera de estos avisos al miembro. El miembro puede solicitar una fecha de vigencia de rescisión más temprana.

Falta de pago de las primas: consulte la sección “Pago de las primas”.

Fraude o tergiversación intencional: si el miembro realizó un acto o una práctica que constituye fraude o llevó a cabo una tergiversación intencional de un hecho material en relación con la cobertura, Molina enviará una notificación por escrito de rescisión y la cobertura del miembro finalizará a las 11:59 p. m. del día 30 a partir de la fecha en que se envíe la notificación. Si el miembro cometió fraude o tergiversación intencional de hechos materiales, es posible que Molina no acepte la inscripción del miembro en el futuro y puede denunciar cualquier presunto acto delictivo a las autoridades. Después de los primeros 24 meses de cobertura de un miembro, Molina no puede rescindir su cobertura debido a cualquier omisión, tergiversación o imprecisión intencional en su formulario de solicitud.

Solicitud de cancelación de inscripción del miembro: los miembros pueden enviar solicitudes de cancelación de inscripción al Marketplace. La membresía terminará a las 11:59 p. m. en el 14.º día calendario siguiente a la fecha de la solicitud o una fecha posterior si el miembro lo solicita. Molina puede, a su discreción, dar cabida a una solicitud para terminar su membresía en menos de 14 días calendario.

Cambio de planes de salud del Marketplace el miembro decide cambiar de Molina a otro plan de salud ofrecido a través del Marketplace, ya sea (i) dentro de los primeros 60 días calendario a partir de la fecha de vigencia de la cobertura si no está satisfecho con Molina, o (ii) durante un período anual de inscripción abierta u otro período especial de inscripción para el cual el miembro se le ha determinado elegible de acuerdo con los procedimientos de inscripción especiales del Marketplace o (iii) cuando el miembro busca inscribir a un nuevo dependiente. La membresía terminará a las 11:59 p. m. del día anterior a la fecha de vigencia de cobertura a través del nuevo plan de salud del miembro.

Interrupción de un producto en particular: Molina decide dejar de ofrecer un producto, de conformidad con la ley estatal. Molina proporcionará una notificación por escrito de la interrupción con al menos 90 días calendario de antelación a la fecha en que se suspenderá la cobertura.

Interrupción de toda la cobertura: Molina opta por dejar de ofrecer toda la cobertura de seguro médico en un estado de conformidad con la ley estatal. Molina enviará a los miembros una notificación por escrito de la interrupción con al menos 180 días calendario de antelación a la fecha en que se suspenderá la cobertura.

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

En caso de una emergencia, llame al 911. En caso de una emergencia, los miembros pueden llamar a una ambulancia o ir a cualquier centro de emergencias, incluso si es un proveedor no participante o fuera del área de servicio.

Línea de consejos de enfermería disponible las 24 horas: los enfermeros registrados están disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año para responder preguntas y ayudar a los miembros a acceder a la atención. El número de teléfono de la línea de consejos de enfermería se muestra en la página 2 del presente Acuerdo.

Requisito de proveedor participante: en general, un miembro debe recibir los servicios cubiertos de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no están cubiertos, el miembro será 100 % responsable del pago al proveedor no participante y los pagos no se aplicarán al deducible u OOPM del miembro. Sin embargo, un miembro puede recibir servicios cubiertos de un proveedor no participante para lo siguiente:

- Servicios de emergencia.
- Servicios de un proveedor no participante que están sujetos a autorización previa.
- Excepciones descritas a continuación en “Servicios de atención médica de urgencia fuera del área”.
- Excepciones descritas a continuación en “Proveedor no participante en un centro de proveedores participantes”.
- Excepciones descritas a continuación en “Proveedor no participante que proporciona un servicio cubierto”.
- Excepciones descritas a continuación en la sección “Continuidad de la atención”.
- Excepciones descritas a continuación en la sección “Transición de la atención”.
- Excepciones descritas a continuación en la sección “Segundas opiniones”.

Para encontrar un proveedor participante, consulte el directorio de proveedores en MolinaMarketplace.com o llame a Servicios para miembros.

Tarjeta de identificación de miembro: los miembros deben llevar siempre consigo su tarjeta de identificación (ID) de miembro. Los miembros deben mostrar su tarjeta de identificación cada vez que reciben servicios cubiertos. Para obtener una tarjeta de identificación de reemplazo, visite MiMolina.com o comuníquese con el departamento de Servicio para miembros. Las versiones digitales de la tarjeta de identificación están disponibles a través de MiMolina.com y la aplicación de Molina para dispositivos móviles.

Derecho del miembro a obtener servicios de atención médica fuera de la política: Molina no restringe a los miembros de hacer contratos con libertad y en cualquier momento a fin de obtener cualquier servicio de atención médica fuera de este Acuerdo en virtud de los términos o condiciones que puedan elegir. Sin embargo, los miembros serán 100 % responsables del pago de dichos servicios y los pagos de los mismos no se aplicarán a su deducible u OOPM para ninguno de los servicios en virtud de este Acuerdo. Para las excepciones, los miembros deben revisar la sección “Servicios cubiertos” del Acuerdo.

Proveedor de atención primaria (PCP): un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) se ocupa de sus necesidades de atención médica. Los PCP brindan a los miembros servicios como exámenes físicos, inmunizaciones o tratamiento para una enfermedad o lesión que no se necesita con carácter de urgencia o emergencia. Molina les pide a los miembros que seleccionen un PCP del directorio de proveedores. Si no se selecciona un PCP, Molina le asignará uno. Los miembros pueden solicitar cambiar su PCP en cualquier momento en MiMolina.com o comunicándose con Servicios para <Miembros.

Cada miembro de la familia puede seleccionar un PCP diferente. Un médico que se especializa en pediatría puede ser seleccionado como PCP del niño. Un médico que sea obstetra o ginecólogo puede ser seleccionado como PCP de un miembro sin necesidad de referencias.

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

- El PCP ya no es un proveedor participante de Molina.
- El PCP ya tiene el cupo de pacientes completo en este momento.

Servicios de telesalud: la telesalud es el uso de las telecomunicaciones y la tecnología de la información para brindar acceso a la evaluación, el diagnóstico, la intervención, la consulta, la supervisión y la información médica a distancia. La telesalud incluye tecnologías tales como teléfonos, máquinas de fax, sistemas de correo electrónico y dispositivos de monitoreo remoto de pacientes, que se utilizan con el fin de recopilar y transmitir datos de pacientes para su monitoreo e interpretación. Los servicios cubiertos también están disponibles a través de los servicios de telesalud, excepto que se indique específicamente en este Acuerdo. La telesalud incluye la telepsiquiatría. El contacto en persona con un proveedor no es requerido para estos servicios, y el tipo de establecimiento donde estos servicios son proporcionados no es limitado. Las siguientes disposiciones adicionales se aplican al uso de los servicios de telesalud:

- Los servicios deben obtenerse de un proveedor participante.
- Los servicios están destinados a ser utilizados cuando se necesita atención en el momento para asuntos médicos que no sean de emergencia.
- Los servicios son un método de acceso a los servicios cubiertos y no un beneficio independiente.
- 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.
- Los servicios cubiertos proporcionados a través de la tecnología Store y Forward deben incluir una visita en persona al consultorio para determinar el diagnóstico o el tratamiento.

Molina cubre los servicios prestados de forma adecuada a través de la telesalud sobre la misma base y en la misma medida que cubre el mismo servicio a través de un diagnóstico, una consulta o un tratamiento en persona. La cobertura no se limita solo a los servicios brindados por proveedores externos, selectos y corporativos de telesalud. Los servicios ofrecidos por un proveedor de telesalud corporativo externo también están disponibles a través del proveedor de atención primaria del Miembro u otro

proveedor de la red de Molina en persona o a través de telemedicina (si está disponible). Los miembros tienen derecho a acceder a sus registros médicos de conformidad con el capítulo 1 del Código de Salud y Seguridad de California (que comienza con la Sección 123100) de la parte 1 de la división 106, y de conformidad con este. El registro de cualquier servicio prestado a un miembro a través de un proveedor de telesalud corporativo externo se compartirá con el proveedor de atención primaria del miembro, a menos que el miembro se oponga. Los servicios recibidos a través de un proveedor de telesalud corporativo externo están disponibles a un costo no mayor que el costo compartido dentro de la red, y los gastos de bolsillo, si corresponde, se acumularán para cualquier deducible o gasto de bolsillo máximo aplicable.

Servicios de atención médica de urgencia fuera del área: mientras se encuentra fuera del área de servicio, el miembro puede recibir servicios de atención médica de urgencia de parte de un proveedor no participante a fin de evitar un deterioro grave de la salud como resultado de una enfermedad o lesión imprevista, cuyo tratamiento no se puede retrasar hasta que el miembro regrese al área de servicio. Para los servicios de atención médica urgente fuera de la zona, también puede ir a la sala de emergencias más cercana.

Proveedor no participante en un centro de proveedores participantes: un miembro puede recibir servicios cubiertos del centro de un proveedor participante en el cual, o como resultado de ello, recibe servicios proporcionados por un proveedor no participante. De ser así, el miembro no pagará más del mismo costo compartido que pagaría por los mismos servicios cubiertos recibidos de un proveedor participante.

Ningún proveedor participante proporciona un servicio cubierto: si no hay un proveedor participante que pueda proporcionar un servicio cubierto médicamente necesario que no sea de emergencia, Molina proporcionará el servicio cubierto a través de un proveedor no participante de la misma manera y sin un costo superior que los mismos servicios cubiertos cuando los proporcionan los proveedores participantes. Se requiere autorización previa antes del inicio del servicio por parte de un proveedor no participante.

Continuidad de la atención: si a un miembro se le asigna un PCP u hospital que está terminando un contrato con Molina, entonces Molina le proporcionará un aviso por escrito con 60 días calendario de anticipación informándole de la terminación del contrato entre Molina y el PCP o el hospital de atención aguda.

Si un miembro está recibiendo tratamiento por una de las afecciones enumeradas a continuación y el médico o el hospital del que estaba recibiendo tratamiento ya no es un proveedor participante de Molina, el miembro puede pedir permiso de Molina para continuar recibiendo servicios de parte del médico o el hospital en donde recibe atención en este momento.

Las siguientes condiciones pueden ser elegibles para la continuidad de la atención si el miembro ha recibido tratamiento por la misma afección en los últimos 12 meses:

- Un miembro tiene una enfermedad crónica grave. “Enfermedad crónica grave” se refiere a una afección médica debida a una enfermedad, afección u otro problema o trastorno médico de naturaleza grave, y que presenta cualquiera de las siguientes características:

- Persiste sin cura completa o empeora durante un período prolongado.
- Requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir que empeore.

Si el miembro tiene una enfermedad crónica grave, puede permanecer con el médico o el hospital hasta por 12 meses.

- Un miembro está cursando un embarazo. El miembro puede permanecer con el médico o el hospital mientras dura la enfermedad. La duración del embarazo incluye los tres trimestres del embarazo y el período inmediato posterior al parto.
- Un miembro presenta documentación escrita de haber sido diagnosticado con una afección médica mental materna de parte del proveedor de atención médica que lo trata. “Afección médica mental materna” significa una enfermedad mental que puede afectar a una mujer durante el embarazo, peri o posparto, o que surge durante el embarazo, en el peri o posparto, hasta un año después del parto. Si un miembro tiene una afección médica mental materna, puede continuar recibiendo tratamiento del médico o en el hospital hasta 12 meses desde el diagnóstico o desde el final del embarazo, lo que ocurra más tarde.
- Un miembro tiene una afección aguda. “Afección aguda” significa una afección que involucra un inicio repentino de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica rápida y que tiene una duración limitada. El miembro puede continuar recibiendo atención de parte del médico o en el hospital durante la duración de la afección aguda.
- Un hijo del miembro es un recién nacido o un niño de hasta 36 meses de edad. El hijo del miembro puede permanecer con el médico o el hospital hasta por 12 meses.
- Un miembro tiene una enfermedad terminal. El miembro puede continuar recibiendo atención de parte del médico o en el hospital por la duración de la enfermedad.
- Un miembro ha recibido autorización previa para una cirugía u otro procedimiento a realizarse dentro de los 180 días calendario desde la fecha en que el médico u hospital ya no estará con Molina.

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

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

A fin de enviar una solicitud para permanecer con el mismo médico u hospital para la continuidad de la atención, un miembro debe llamar a Servicios para miembros.

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

Transición de la atención: Molina proporciona los servicios cubiertos médicamente necesarios en su fecha de entrada en vigencia o después de dicha fecha de cobertura

con Molina, no antes. Una aseguradora previa (si no hubo interrupción en la cobertura antes de inscribirse en Molina) puede ser responsable de la cobertura hasta que la cobertura del miembro entre en vigencia con Molina.

Después de la fecha de entrada en vigencia 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. Molina puede coordinar la prestación de servicios cubiertos con cualquier proveedor no participante (médico u hospital) en nombre del miembro para la transición de registros médicos, gestión de casos y coordinación de transferencia a un proveedor participante de Molina.

Para servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados: con la ayuda del miembro, Molina puede comunicarse con cualquier aseguradora anterior (si corresponde) a fin de determinar la responsabilidad de la aseguradora anterior por el pago de los servicios de hospitalarios para pacientes hospitalizados hasta el alta de cualquier admisión de pacientes hospitalizados. Si no hay una transición de la provisión de cuidado a través de la aseguradora anterior o si un miembro 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 de entrada en vigencia de la cobertura con Molina, no antes.

Segundas opiniones: Un miembro o su PCP tal vez quieran que un segundo médico revise su afección. Puede ser un proveedor de atención primaria o un especialista. Este nuevo médico revisa el expediente médico del miembro. El médico puede ver al miembro en su consulta. Este médico puede sugerir un plan de atención. Esto se llama una segunda opinión.

El PCP de un miembro puede derivarlo a un proveedor participante para obtener una segunda opinión. Los miembros no necesitan permiso de Molina para obtener una segunda opinión de un proveedor participante. Si no hay ningún proveedor en la red que dé una segunda opinión, el miembro puede obtener una segunda opinión de un proveedor no participante. Si un miembro solicita una segunda opinión de un proveedor no participante, Molina lo revisará y le informará si se aprobó la segunda opinión.

Estas son algunas razones por las que un miembro puede obtener una segunda opinión:

- Los síntomas del miembro son complejos o confusos.
- El primer médico no está seguro de que el diagnóstico sea el correcto.
- El miembro ha seguido el plan de atención del médico y su salud no ha mejorado.
- El miembro no está seguro de si se necesita cirugía o cree que se necesita cirugía.
- El miembro no está de acuerdo con lo que su médico piensa que es su problema.
- El miembro no está de acuerdo con el plan de atención del médico.
- El médico no ha respondido a las preocupaciones del miembro sobre su diagnóstico o plan de atención.

- Puede haber otras razones.

El segundo médico escribirá un informe de lo que encuentra. El miembro y su PCP recibirán un informe escrito de la segunda opinión.

El miembro puede comunicarse con el Centro de Atención al Miembro a fin de obtener ayuda para obtener una segunda opinión.

Objeciones morales: algunos hospitales y otros proveedores pueden no proporcionar algunos de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos en virtud del contrato de su plan o que usted o un familiar puede necesitar: planificación familiar, control de la natalidad, incluyendo anticoncepción de emergencia, esterilización, (incluyendo ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y el parto), tratamientos para la infertilidad o aborto. Debe obtener más información antes de inscribirse. Llame al posible médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica, o llame al plan de salud al 1 (888) 858-2150 para asegurarse de que puede obtener los servicios de atención médica que necesita.

Acceso a la atención para los miembros con discapacidades: la Ley de estadounidenses con discapacidades (ADA, en inglés) prohíbe la discriminación por discapacidad. La ADA solicita que Molina y sus contratistas hagan adaptaciones razonables para los miembros con discapacidades. Los miembros con discapacidades deben comunicarse con el Centro de Atención al Miembro para solicitar asistencia con adaptaciones razonables.

Acceso físico se ha hecho todo lo posible para garantizar que las oficinas de Molina y las oficinas de los proveedores participantes sean accesibles para las personas con discapacidades. Los miembros con necesidades especiales deben llamar al Centro de Atención al Miembro de Molina al número que se muestra en la página 2 de este Acuerdo a fin de obtener ayuda para encontrar un proveedor participante apropiado.

Acceso para personas con discapacidad auditiva o del habla: llame al Centro de Atención al Miembro al número TTY 711 para obtener ayuda.

Acceso para personas ciegas o con visión deficiente: este Acuerdo y otros materiales importante sobre el producto estarán disponibles en formatos accesibles para personas con visión deficiente o ciegas. Hay disponibles formatos de letra grande y de disco de computadora ampliado. Este Acuerdo también está disponible en formato de audio. Si desea obtener formatos accesibles o ayuda directa para leer el Acuerdo y otros materiales, llame al Centro de Atención al Cliente.

Quejas formales de acceso para discapacitados: si un miembro cree que Molina o sus médicos no han respondido a sus necesidades de acceso debido a una discapacidad, puede presentar una queja formal ante Molina. Consulte la sección “Apelaciones y quejas formales” de este Acuerdo para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Acceso oportuno a la atención médica: en el consultorio del médico, deben programarle una cita dentro de los plazos establecidos a continuación. Se pueden

aplicar excepciones a estas normas de acceso oportuno si el departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, en inglés) ha encontrado que las excepciones son permisibles.

Tipo de cita	Acceso estándar
Citas de atención de urgencia que no requieren autorización previa (incluidas las citas de atención médica primaria o con un especialista)	dentro de las 48 horas
Citas de atención de urgencia que requieren autorización previa (incluidas las citas de atención médica primaria o con un especialista)	dentro de las 96 horas
Citas no urgentes para atención primaria	dentro de los 10 días hábiles
Citas no urgentes con un especialista	dentro de los 15 días hábiles
Citas no urgentes con proveedores no médicos de atención de salud mental o trastorno por consumo de sustancias	dentro de los 10 días hábiles
Citas de seguimiento no urgentes con un proveedor no médico de atención de salud mental o trastorno por consumo de sustancias	dentro de los 10 días hábiles siguientes a la cita previa
Citas no urgentes para servicios auxiliares para el diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otras condiciones de salud	dentro de los 15 días hábiles
Tiempo de espera de triaje telefónico	no debe exceder los 30 minutos

Molina puede prestar ayuda para programar una cita. Además, proporciona servicios de intérprete sin costo, las 24 horas del día. Solo llame al Centro de Atención al Miembro.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Molina debe aprobar su uso de algunos servicios médicos y medicamentos antes de que estén cubiertos. Esta aprobación se llama autorización previa (PA, en inglés). Los miembros pueden recibir muchos servicios cubiertos sin una PA. Si un servicio médico o medicamento necesita una PA, el proveedor del miembro obtendrá una en su nombre.

Visite MolinaMarketplace.com/CAGetCare para obtener una lista completa de los servicios cubiertos. La lista muestra qué servicios necesitan o no una PA. Los miembros también pueden llamar al Centro de atención al cliente.

Molina revisa una solicitud de PA después de recibir toda la información necesaria. El proveedor del miembro puede solicitar que Molina acelere el proceso de PA si la solicitud es urgente. Molina informará al proveedor del miembro sobre la decisión dentro del tiempo permitido por la legislación estatal y federal.

Se les informará a los miembros si la solicitud es denegada. Los miembros obtendrán información sobre cómo apelar la denegación.

Las reglas de PA pueden cambiar. Los miembros deben comunicarse con el Centro de atención al cliente o visitar MolinaMarketplace.com/CAGetCare antes de recibir ciertos servicios.

Plazos de una PA

Servicios médicos:

- Solicitudes de PA de rutina:
 - No exceder los 5 días hábiles a partir de la recepción por parte del plan de la información razonablemente necesaria y solicitada por el plan para tomar la determinación.
- **Solicitudes urgentes de PA:**
 - 72 horas a partir de la recepción de la solicitud.
 - Los plazos urgentes se aplican si usar los plazos estándar:
 - representa una amenaza grave para su vida o su salud;
 - representa una amenaza grave para su capacidad de recuperar el funcionamiento completo;
 - causaría un dolor intenso y no se puede manejar sin la atención solicitada, según su proveedor.
- **Afecciones médicas de emergencia y servicios posteriores a la estabilización:** no necesita una PA.

Medicamentos y medicamentos con receta: las decisiones de autorización previa y las notificaciones de medicamentos para acceder a medicamentos que no figuran en el formulario de Molina se proporcionarán tal como se describe en la sección de este Acuerdo titulada “Acceso a medicamentos que no están en el formulario”.

Necesidad médica: las determinaciones de autorización previa se realizan en base a una revisión de la necesidad médica para el servicio solicitado. Molina está aquí para ayudar a los miembros durante este proceso. Si un Miembro tiene preguntas sobre

cómo se puede aprobar un determinado servicio, visite MolinaMarketplace.com o llame al Centro de Atención al Miembro. Molina puede explicarle cómo se toma ese tipo de decisión.

Los criterios de determinación de necesidad médica para la cobertura de los servicios de atención médica incluyen si los servicios son apropiados para el diagnóstico o la afección del miembro en lo que respecta al tipo, la cantidad, la frecuencia, el nivel, el entorno y la duración. Las determinaciones de la necesidad médica se basan en pruebas médicas o científicas generalmente aceptadas y suelen ajustarse a los parámetros de la práctica aceptada.

Molina no aprobará una autorización previa si no se proporciona la información solicitada en relación con la revisión de la autorización previa. Si una solicitud de servicio no es médicamente necesaria, no se la aprobará. Si el servicio solicitado no está cubierto, no se lo aprobará. Los miembros recibirán una notificación por escrito informándoles por qué no se aprobó la solicitud de autorización previa. El miembro, el representante autorizado del miembro o el proveedor del miembro pueden apelar la decisión. En la carta de decisión de denegación se le informará a los miembros sobre el proceso para apelar esa decisión. Estas instrucciones también se encuentran en la sección de este Acuerdo titulada “Apelaciones y quejas formales”.

Si un miembro o el proveedor del miembro decide continuar con un servicio que Molina no ha autorizado, el miembro deberá pagar el costo de esos servicios.

Revisión de utilización: el personal autorizado de Molina procesa las solicitudes de autorización previa y lleva a cabo las revisiones actuales. Previa solicitud, los proveedores y miembros que soliciten autorización para los servicios cubiertos recibirán los criterios utilizados con el fin de tomar las determinaciones de cobertura. Molina brinda ayuda e informa a los miembros sobre las alternativas de atención cuando un miembro no recibe una autorización para un servicio.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

Esta disposición de coordinación de beneficios (“**COB**”, en inglés) se aplica cuando un miembro tiene cobertura de atención médica en virtud de más de un plan. Todos los beneficios proporcionados en virtud de este Acuerdo del plan están sujetos a esta disposición. A los efectos de esta disposición 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 admisible.

Beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica

En el caso del suministro de beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica, este plan se considera primario.

Definiciones (correspondiente 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 independientes.

1. El plan incluye lo siguiente:

- 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 en virtud de 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.
- Cualquier cobertura en virtud de 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 en virtud de otros planes gubernamentales federales, a menos que lo permita la ley.

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

- “Este plan” significa esa parte de este Acuerdo que proporciona los beneficios que están sujetos a esta disposición de la 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 determinados beneficios, como los dentales, coordinando solo con prestaciones 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 en virtud de 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 admisible. 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 a 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 admisible y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan que cubra al miembro no es un gasto admisible. 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 admisible.

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 admisible, 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 admisible.
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 admisible.
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 admisible 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 con el objetivo de 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 admisible. Ejemplos de este tipo de disposiciones del plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, precertificaciones de admisiones y contratos de proveedores preferidos.

“Período de determinación de 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 beneficios se aplican a fin de determinar los beneficios que

se otorgan a un miembro cubierto por este plan durante cualquier período de determinación de reclamación si, para los gastos permitidos incurridos como tal miembro durante ese período, la suma de lo siguiente:

(i) el valor de los beneficios que proporcionaría este plan en ausencia de esta disposición, y

(ii) los beneficios que se pagarían en virtud de todos los demás planes en ausencia de disposiciones de fines similares a esta disposición superarían esos gastos permitidos.

(B) En cuanto a cualquier período de determinación de reclamación al que sea aplicable esta disposición, los beneficios que se proporcionarían en virtud de este plan en ausencia de esta disposición para los gastos permitidos incurridos como tal miembro durante dicho período de determinación de reclamación se reducirán en la medida necesaria con el fin de que la suma de tales beneficios reducidos y todos los beneficios pagaderos por tales gastos permitidos en todos los demás planes, excepto como se estipula en el párrafo (C), no excederá el total de los gastos permitidos. Los beneficios pagaderos en virtud de otro plan incluyen los beneficios que habrían sido pagaderos si se hubiera reclamado por ello.

(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 de este plan, y (ii) las reglas establecidas en el párrafo (D) requerirían que este plan determine sus beneficios antes que ese otro, entonces los beneficios de ese otro plan serán ignorados a los fines de determinar los beneficios en virtud de este plan.

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

(1) Los beneficios de un plan que cubra al miembro en cuya reclamación de gastos no se basa como dependiente se determinarán antes que los beneficios de un plan que cubra a dicho miembro como dependiente, salvo que, si el miembro también es beneficiario de Medicare y, como resultado de las normas establecidas por el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (42 USC 1395 y siguientes) y los reglamentos de aplicación, Medicare es (i) secundario al plan que cubre al miembro como dependiente y (ii) primario al plan que cubre al miembro como no dependiente (por ejemplo, un empleado jubilado), entonces los beneficios del plan que cubre al miembro como dependiente se determinan antes que los del plan que cubre a ese miembro como no dependiente.

(2) Excepto en los casos de un miembro para el que la reclamación se haga como hijo dependiente cuyos padres estén separados o divorciados, los beneficios de un plan que cubra al miembro de cuya reclamación de gastos se base como dependiente de un miembro cuya fecha de nacimiento, excluido el año de nacimiento, se produzca antes de un año civil, se determinarán antes de los beneficios de un plan que cubra a dicho miembro como dependiente de una fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento. Si cualquiera de los dos planes no tiene las disposiciones de este apartado en relación con 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 una sentencia 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 en virtud de un derecho de continuación conforme con la ley federal o estatal también está cubierto en virtud de 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 en virtud de la continuación de la cobertura. Si el otro Plan no tiene las reglas antes descritas, 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 un orden de determinación de los beneficios, los beneficios de un plan que haya cubierto al miembro en cuya reclamación de gastos se basa el período de tiempo más largo se determinarán antes que los beneficios de un plan que haya cubierto a dicho miembro el periodo de tiempo más corto.

(E) Cuando esta disposición opere para reducir la cantidad total de beneficios que de otra manera se pagarán en relación con un miembro cubierto por este plan durante cualquier período de determinación de reclamación, cada beneficio que se pagaría en ausencia de esta disposición se reducirá de forma proporcional, y esa cantidad reducida se cobrará contra cualquier límite de beneficios aplicable de este plan.

Efecto sobre los beneficios de este plan

Cuando una reclamación en virtud de un plan con una disposición de COB implica otro plan, que también tiene una disposición de COB, los transportistas involucrados utilizarán las reglas anteriores a fin de decidir el orden en el que se determinarán los beneficios pagaderos en virtud de los planes respectivos.

Al determinar el período de tiempo que un individuo ha sido cubierto en virtud de un plan determinado, dos planes sucesivos de un grupo específico se considerarán como un plan continuo siempre y cuando el reclamante afectado haya sido elegible para recibir cobertura dentro de las 24 horas siguientes a la terminación del plan anterior. Por lo tanto, ni un cambio en la cantidad o el 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, etcétera), 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 con facilidad 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 que no son compatibles con esta regla. En tales casos, se insta a los planes a que utilicen los siguientes procedimientos de administración de reclamaciones: Un plan de grupo debe pagar primero si sería primario en virtud del orden de determinación de beneficios de COB. En los casos en

que un plan de grupo por lo general 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

Con el propósito de determinar la aplicabilidad e implementar los términos de esta disposición de este plan o de cualquier disposición de propósito similar de cualquier otro plan, el plan puede divulgar u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización o persona cualquier información, con respecto a cualquier persona, que el plan considere necesario para tales fines. Cualquier persona que reclame beneficios en virtud de este plan deberá proporcionar la información que sea necesaria para implementar esta disposición.

Facilidad de pago

Un pago realizado en virtud de otro plan puede incluir un monto que debería haber sido pagado en virtud de 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 en virtud de este plan. Molina no tendrá que volver a pagar ese monto. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios. En la medida de tales pagos, el plan 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 Molina debería haber pagado en virtud de esta disposición de COB, Molina podrá recuperar el exceso de una o más de las personas que pagamos o de las que habíamos pagado, o de 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 de forma correcta, primero debe intentar resolver el problema poniéndose en contacto con nosotros. Siga los pasos descritos en la sección “Apelaciones y quejas formales” a continuación. Si todavía no está satisfecho, puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) para obtener instrucciones sobre cómo presentar una queja de consumidor. Llame al 1 (888) 466-2219 , o visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) en www.dmhc.ca.gov.

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

COSTOS COMPARTIDOS

Molina requiere que los miembros paguen los costos compartidos por ciertos servicios cubiertos en virtud de este Acuerdo. Los miembros deben revisar su programa de beneficios para conocer todos los costos compartidos correspondientes a los servicios cubiertos. En el caso de determinados servicios cubiertos, como laboratorio y radiografías que se proporcionan en la misma fecha de servicio y en el mismo lugar que una visita al consultorio de un PCP o un especialista, los miembros solo serán responsables del monto de costo compartido aplicable para la visita al consultorio.

Los miembros recibirán una comunicación impresa por defecto con su saldo acumulado actualizado hacia su deducible anual y OOPM cada mes en el que se utilicen los beneficios hasta que el saldo acumulado sea igual al monto total del Deducible u OOPM. Si los miembros no desean recibir una comunicación impresa con esta información, pueden optar por no participar y acceder a esta información en tiempo real en el portal MiMolina o comunicándose con el Centro de Atención al Miembro. Los miembros que eligen no recibir comunicaciones impresas pueden optar por volver a recibirlas en cualquier momento comunicándose con el Centro de Atención al Miembro.

Los miembros que reciben servicios cubiertos en un hospital para pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada en la fecha de vigencia de este Acuerdo pagan el costo compartido vigente para este Acuerdo en la fecha de vigencia de la cobertura con Molina. En el caso de los artículos solicitados por adelantado, los miembros pagan el costo compartido vigente para este Acuerdo en la fecha de entrada en vigencia, solo para los servicios cubiertos. En el caso de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, la fecha del pedido es la fecha en que la farmacia del proveedor participante procesa el pedido después de recibir toda la información que necesitan para llenar la receta.

SERVICIOS CUBIERTOS

Esta sección describe los servicios cubiertos disponibles con este plan. Los servicios cubiertos están disponibles para los miembros actuales y están sujetos a costos compartidos, exclusiones, limitaciones, requisitos de autorización, aprobaciones y los términos y condiciones de este Acuerdo. Molina brindará un servicio cubierto y lo pagará solo si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- La persona que recibe los servicios cubiertos en la fecha en que se prestan los servicios cubiertos es un miembro.
- Los servicios cubiertos son médicamente necesarios o están aprobados por Molina.
- Los servicios se identifican como servicios cubiertos en este Acuerdo.
- El miembro recibe servicios cubiertos de un proveedor participante, excepto los servicios cubiertos que están cubiertos de forma expresa cuando los prestan proveedores no participantes según los términos de este Acuerdo.

Los miembros deben leer este Acuerdo en su totalidad y detenidamente a fin de comprender su cobertura y evitar ser responsables a nivel financiero de los servicios que no son servicios cubiertos en virtud de este Acuerdo.

Beneficios esenciales de salud: Los servicios cubiertos para los miembros incluyen beneficios esenciales de salud (EHB, en inglés) según lo define la Ley de Atención Asequible (ACA) y sus reglamentaciones federales correspondientes. Los servicios que no son EHB se describirán específicamente en este Acuerdo. La cobertura de EHB incluye al menos las 10 categorías de beneficios identificados en la ACA y sus correspondientes regulaciones federales. Los miembros no pueden quedar excluidos de la cobertura en ninguna de las 10 categorías de EHB. Los miembros no serán elegibles para los servicios cubiertos pediátricos de EHB en virtud de este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m., hora local, del último día del mes que cumple los 19 años. Esto incluye cobertura dental pediátrica y cobertura de la vista pediátrica.

Conforme con la ACA y sus correspondientes regulaciones federales que rigen los EHB:

- A Molina no se le permite fijar límites de por vida o límites anuales sobre el valor en dólares de los EHB previstos en este Acuerdo.
- Cuando los servicios preventivos de EHB son proporcionados por un proveedor participante, el miembro no tendrá que pagar ningún monto de costos compartidos.
- Molina debe asegurarse de que los costos compartidos que los miembros pagan por todos los EHB no exceda el límite anual que se determina en virtud de la ACA.

A los efectos de este límite anual de EHB, el costo compartido se refiere a cualquier costo que un miembro deba pagar para recibir los EHB. Los costos compartidos incluyen deducibles, coseguros y copagos, pero excluyen las primas y el gasto del miembro para servicios no cubiertos.

Servicios de acupuntura: Molina cubre los servicios de acupuntura que, por lo general, se proporcionan sólo para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral de manejo del dolor para el tratamiento del dolor crónico. En el caso de pacientes ambulatorios, se aplicará otro costo compartido de atención de otro profesional.

Ensayos clínicos aprobados: Molina cubre los costos rutinarios de atención al paciente para los miembros que califican que participan en ensayos clínicos aprobados para el cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal. Una enfermedad o afección potencialmente mortal es una enfermedad o afección con una alta probabilidad de muerte a menos que se interrumpa su curso. Nunca se los inscribirá a los miembros en un ensayo clínico sin su consentimiento.

Para calificar para la cobertura, un miembro inscrito debe tener un diagnóstico de cáncer u otra enfermedad o afección que amenace su vida, lo deben haber aceptado en un ensayo clínico aprobado (como se define a continuación) y debe haber recibido la autorización previa o la aprobación de Molina. Un ensayo clínico aprobado significa un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se realiza en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal y:

1. El estudio está aprobado o financiado por uno o más de los siguientes: los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y la

Calidad de la Atención Médica (Agency for Health Care Research and Quality), los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services), el Departamento de Defensa de los Estados Unidos (U.S. Department of Defense), el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (U.S. Department of Veterans Affairs), o el Departamento de Energía de los Estados Unidos (U.S. Department of Energy); o una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada en las .

2. El estudio o la investigación se lleva a cabo en virtud de una nueva aplicación de medicamentos en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).
3. El estudio o investigación es un ensayo de medicamentos que está exento de tener tal aplicación de nuevos medicamentos en investigación.

Todas las aprobaciones y requisitos de autorización previa que se aplican a la atención de rutina para los miembros que no participan de un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención de rutina para los miembros en ensayos clínicos aprobados. Si un miembro califica, Molina no puede negar su participación en un ensayo clínico aprobado. Molina no puede negar, limitar ni poner condiciones en su cobertura de los costos rutinarios del miembro asociados con su participación en un ensayo clínico aprobado para el cual este califica. A los miembros no se les negará ni excluirá de ningún servicio cubierto en virtud de este Acuerdo por su afección de salud o participación en un ensayo clínico. El costo de los medicamentos utilizados en el manejo clínico directo del Miembro estará cubierto a menos que el ensayo clínico aprobado sea para la investigación de ese medicamento o que el medicamento se proporcione en forma gratuita a los miembros en el ensayo clínico. 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 Asequible, incluso cuando el miembro incurre en estos costos mientras participa de un ensayo clínico aprobado. Los costos excluidos de la cobertura de su plan incluyen lo siguiente: el artículo, dispositivo o servicio en investigación en sí mismo, los artículos y servicios únicamente con fines de recopilación y análisis de datos, y no para el manejo clínico directo del paciente, y cualquier servicio que no concuerde con el estándar de atención establecido para el diagnóstico del paciente. Todas las aprobaciones y requisitos de autorización previa que se aplican a la atención de rutina para los miembros que no participan de un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención de rutina para los miembros en ensayos clínicos aprobados. En el caso de los servicios cubiertos relacionados con un ensayo clínico aprobado, el costo compartido se aplicará igual que si el servicio no estuviera específicamente relacionado con un ensayo clínico aprobado. Los miembros pagarán el costo compartido que pagarían si los servicios no estuvieran relacionados con un ensayo clínico. Los miembros deben ponerse en contacto con el Centro de Atención al Miembro para obtener más información.

Cirugía bariátrica: Molina cubre la atención hospitalaria relacionada con los procedimientos quirúrgicos bariátricos. Esto incluye sala y tabla, imágenes, laboratorio, procedimientos especiales y servicios médicos de proveedores participantes. Los servicios incluidos son los que se realizan para tratar la obesidad mórbida. El tratamiento significa cambiar el tracto gastrointestinal para reducir la ingesta y

absorción de nutrientes. Se deben cumplir todos los requisitos indicados a continuación para recibir estos servicios:

- El miembro debe completar el programa preparatorio educativo prequirúrgico aprobado por el grupo médico con respecto a los cambios en el estilo de vida. Estos cambios son necesarios para el éxito de la cirugía bariátrica a largo plazo.
- Un médico proveedor participante que es médico especialista en atención bariátrica determina que la cirugía es médicamente necesaria.

En el caso de los servicios cubiertos relacionados con la cirugía bariátrica, el miembro pagará el mismo costo compartido que pagaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con el procedimiento de la cirugía bariátrica. Por ejemplo, en el caso de la atención hospitalaria, el miembro pagaría el costo compartido que figura en el apartado “Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados” del programa de beneficios.

Tratamiento del cáncer: Molina brinda las siguientes coberturas para la atención y el tratamiento del cáncer, que incluyen, entre otras:

- Pruebas de detección y preventivas de cáncer (consulte la sección servicios preventivos de este acuerdo para obtener más información).
- Pruebas de biomarcadores sin necesidad de autorización previa para un miembro con cáncer avanzado o con metástasis en estadio 3 o 4.
- Pruebas de detección de diagnóstico, laboratorio y procedimientos.
- Evaluación dental, radiografías, tratamiento con flúor y extracciones necesarias a fin de preparar la mandíbula del miembro para la radioterapia de cáncer y otras enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello del miembro.
- Mastectomías (extirpación del seno) y disecciones de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de mama.
- Servicios relacionados con la mastectomía (consulte las secciones de “Cirugía reconstructiva” y “Dispositivos protésicos, ortopédicos, internos implantados y externos” de este acuerdo para obtener más información).
- Costos de atención de rutina del paciente para miembros que participan en un ensayo clínico aprobado para el cáncer (consulte la sección “Ensayos clínicos aprobados” de este Acuerdo para obtener más información).
- Medicamentos con receta para tratar el cáncer (consulte la sección “Medicamentos con receta” de este Acuerdo para obtener más información).

Servicios dentales y de ortodoncia: Molina se ha asociado con California Dental Network, Inc. a fin de administrar beneficios dentales pediátricos sólo para miembros de hasta 19 años. Los beneficios dentales pediátricos incluyen servicios preventivos, de diagnóstico, de rutina, de importancia y de ortodoncia, como se describe en el apéndice “Servicios dentales pediátricos” adjunto a este Acuerdo.

Por otro lado, los servicios dentales y de ortodoncia proporcionados en virtud de este acuerdo deben ser autorizados con anticipación y se limitan a lo siguiente:

- Servicios dentales para radioterapia.
- Anestesia dental cuando sea médicamente necesaria.
- Servicios dentales y de ortodoncia para el paladar hendido.

- Servicios para tratar el Síndrome de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Syndrome, TMJ) (Consulte la sección “Síndrome de la articulación temporomandibular” de este Acuerdo).
- Servicios dentales necesarios debido a una lesión accidental.

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

- Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes cuando las proporciona un proveedor participante.
- Exámenes oculares para diabéticos (exámenes retinianos dilatados).
- Materiales de educación sobre la salud para diabéticos fáciles de leer.
- Terapia de nutrición médica en un entorno de salud para pacientes ambulatorios, hospitalizados o en el hogar.
- Capacitación en autocontrol para pacientes ambulatorios.
- Atención de rutina de los pies para miembros con diabetes (incluido el cuidado de callos, juanetes, durezas o desbridamiento de uñas).
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando un proveedor participante podólogo los indica.
- Entre los servicios preventivos se incluyen los siguientes:
 - educación sobre diabetes y autocontrol;
 - prueba de detección de diabetes (tipo 2);
 - prueba de detección de diabetes gestacional;
- servicios de dietistas;
- asesoramiento nutricional.

Para obtener información sobre los suministros para la diabetes, consulte la sección “Medicamentos con receta”.

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

- Los servicios se proporcionan dentro de nuestra área de servicio.
- El miembro cumple con todos los criterios médicos desarrollados por Molina.
- Un médico del proveedor participante proporciona una referencia por escrito para el cuidado en el centro.

Después de que un miembro recibe el entrenamiento apropiado en un centro de diálisis aprobado y designado por Molina, Molina también cubre el equipo y los suministros médicos necesarios para la hemodiálisis y la diálisis peritoneal en el hogar dentro del área de servicio. La cobertura se limita al elemento estándar de equipo o a los suministros que se adapten de forma adecuada a las necesidades médicas del miembro. Molina decide si alquilar o comprar el equipo y los suministros, y selecciona al proveedor. El miembro debe devolver el equipo y cualquier suministro no utilizado a nosotros o pagarnos el precio justo de mercado del equipo y cualquier suministro no utilizado cuando ya no están cubiertos.

Equipo médico duradero (DME): Molina cubre el alquiler o la compra de ciertos equipos médicos duraderos (DME, en inglés). Molina también cubre reparaciones razonables, mantenimiento, entrega y suministros relacionados con el DME. El DME

debe ser proporcionado a través de un proveedor que tenga un contrato con Molina. Se requiere autorización previa.

Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los miembros. Los miembros que creen que están teniendo una emergencia deben llamar al 911 de inmediato e ir al centro de emergencias más cercano. Al recibir servicios de emergencia, los miembros deben llevar consigo su tarjeta de identificación de miembro. Los miembros que no creen que necesitan servicios de emergencia, pero que necesitan ayuda médica, deben llamar a la línea gratuita de consejos de enfermería disponible las 24 horas o comunicarse con su PCP. Los miembros no deben ir a una sala de emergencias del hospital si la afección no es una emergencia.

Servicios de emergencia cuando está fuera del área de servicio: Los miembros deben ir a la sala de emergencias más cercana para recibir atención cuando estén fuera del área de servicio de Molina si creen que tienen una emergencia. Póngase en contacto con el Centro de Atención al Miembro dentro de las 24 horas o tan pronto como pueda.

Servicios de emergencia de un proveedor no participante: Los servicios de emergencia para el tratamiento de una afección médica de emergencia están sujetos a costos compartidos. Esto es cierto tanto si proveedores participantes como proveedores no participantes proporcionan servicios de emergencia. Los miembros deben consultar los costos compartidos para servicios de emergencia en el programa de beneficios.

Importante: Salvo que la ley estatal exija lo contrario, cuando proveedores no participantes presten servicios de emergencia para el tratamiento de una afección médica de emergencia, las reclamaciones por los servicios de emergencia se pagarán hasta alcanzar la cantidad aprobada de Molina. Los proveedores no participantes de California no podrán facturar el saldo a los Miembros por la diferencia entre la cantidad aprobada de Molina y la tarifa que cobran por los cargos del proveedor para servicios de emergencia.

Traslado obligatorio a un hospital de proveedores participantes: Se requiere autorización previa para obtener servicios del hospital, excepto en el caso de servicios de emergencia. En el caso de los miembros que sean admitidos en un centro de proveedores no participantes para recibir servicios de emergencia, Molina se reserva el derecho de exigir su traslado a un centro de proveedores participantes una vez que el miembro se haya estabilizado lo suficiente. Si Molina exige una transferencia, trabajará con el miembro y el médico a fin de proporcionar transporte hacia una instalación de proveedores participantes. Si la cobertura del miembro finaliza durante una estadía en el hospital, los servicios recibidos después de la fecha de finalización no son servicios cubiertos. Si el proveedor del miembro determina que es estable para el traslado y Molina organiza el traslado a un centro de un proveedor participante, y el Miembro rechaza el traslado, los servicios adicionales prestados en el centro de un proveedor no participante no son servicios cubiertos, el miembro será 100 % responsable de los pagos, y los pagos no se aplicarán al deducible o al OOPM.

Servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos: Los servicios cubiertos incluyen servicios de emergencia mientras viaja fuera del área de servicio. Esto incluye viajes

fuera de los Estados Unidos. Si necesitan servicios de emergencia mientras viajan fuera de los Estados Unidos, los miembros deben utilizar el número de teléfono de emergencia de ese país o territorio o dirigirse a la sala de emergencias más cercana.

Los miembros que reciban servicios de emergencia mientras estén de viaje fuera de los Estados Unidos deberán pagar los cargos del proveedor no participante en el momento de obtener dichos servicios. Los miembros pueden enviar una reclamación de reembolso a Molina por los cargos que pagaron por los servicios cubiertos que le proporcionó el proveedor no participante.

Los miembros son responsables de asegurarse de que las reclamaciones o los registros de tales servicios se traduzcan de forma adecuada. También son responsables de asegurarse de que el tipo de cambio monetario se identifique con claridad al presentar reclamaciones por servicios recibidos fuera de los Estados Unidos. También se pueden requerir registros médicos de tratamiento y servicios para el reembolso apropiado de Molina. Las reclamaciones de reembolso por los servicios cubiertos deben enviarse a la dirección postal que figura en la primera página de este Acuerdo.

Molina debe verificar las reclamaciones de reembolso de los servicios cubiertos para los miembros que viajan fuera de los Estados Unidos antes de que se pueda realizar el pago. Molina calculará la cantidad aprobada que estará cubierta por los servicios de emergencia mientras viaja fuera del área de servicio, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

Como estos servicios son realizados por un proveedor no participante, los miembros solo recibirán el reembolso de la cantidad aprobada. La cantidad aprobada puede ser inferior al que el proveedor no participante le cobró al miembro. Los miembros no tendrán derecho al reembolso de los cargos por servicios o tratamientos de atención médica que no estén cubiertos por este Acuerdo.

Transporte médico de emergencia: se cubre el transporte médico de emergencia (ambulancia terrestre o aérea), o los servicios de transporte de ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia del 911 cuando sea médicamente necesario o cuando un miembro razonablemente cree que hay una emergencia. La facturación de saldos está prohibida en California.

Planificación familiar: Molina cubre los servicios de planificación familiar, que incluyen lo siguiente:

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) si están médicamente indicados, incluidos los kits de prueba en el hogar y el procesamiento de laboratorio para esos kits cuando lo solicite un proveedor participante.
- Suministros de anticonceptivos recetados, incluidos los de emergencia provistos por un farmacéutico proveedor participante o por un proveedor no participante, en el caso de una emergencia médica.
- Atención de seguimiento por cualquier problema que los miembros tengan al usar métodos anticonceptivos provistos por los proveedores de planificación familiar.

- Pruebas de laboratorio si se indican médicamente como parte de la decisión de qué métodos anticonceptivos puede ser que desee utilizar un miembro.
- Pruebas de embarazo y asesoramiento.
- Pruebas de detección, pruebas y asesoramiento de personas en riesgo de padecer VIH y referencias para el tratamiento.
- Servicios de esterilización voluntaria, incluidas ligaduras de trompas (para mujeres) y vasectomías (para hombres).
- Cualquier otra consulta ambulatoria, exámenes, procedimientos y servicios médicos que sean necesarios para recetar, administrar, insertar, mantener o retirar un dispositivo anticonceptivo.

Los condones para uso masculino están excluidos de la Ley de Atención Asequible y no están cubiertos por este Acuerdo.

Servicios de recuperación de las habilidades: Molina cubre los servicios y dispositivos de salud que ayudan a una persona con discapacidades o enfermedades crónicas a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida diaria. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional y del habla, así como otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos de pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Atención médica en el hogar: Molina cubre los servicios de atención médica en el hogar de forma intermitente y a tiempo parcial para un miembro confinado en su hogar debido a una enfermedad física, con autorización previa y provistos por una agencia de atención médica en el hogar contratada. Molina cubre los siguientes servicios de atención médica en el hogar:

- servicios de atención médica domiciliaria;
- servicios de asistencia médica domiciliaria;
- servicios sociales médicos;
- suministros médicos distintos de medicamentos y productos biológicos;
- dispositivos médicos necesarios, provistos en virtud de un plan de tratamiento aprobado;
- servicios de enfermería especializada a tiempo parcial por parte de personal de enfermería con licencia;
- terapia física, ocupacional, del habla o respiratoria.

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

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

Atención médica para pacientes terminales: Molina cubre la atención médica para pacientes terminales en el caso de los miembros que tienen una enfermedad terminal (una expectativa de vida de 12 meses o menos). Los miembros pueden elegir la atención médica para pacientes terminales en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por este plan. Molina cubre la atención médica para pacientes terminales en el hogar y una habitación semiprivada en un centro de atención médica para pacientes

terminales. Molina también cubre los cuidados paliativos hasta por siete días por ocurrencia.

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados: Los miembros deben tener una autorización previa para recibir los servicios hospitalarios cubiertos, excepto en el caso de una emergencia o de servicios de atención de urgencia fuera del área. Los servicios recibidos en un hospital de proveedores no participantes después de la admisión al hospital para recibir servicios de emergencia o de atención de urgencia fuera del área estarán cubiertos hasta que el miembro se haya estabilizado lo suficiente como para ser transferido a un centro de proveedores participantes, siempre que la cobertura del miembro con Molina no haya terminado. Molina trabajará con el miembro y su proveedor para proporcionar el transporte médicamente correspondiente a un centro de proveedores participantes. Si la cobertura con Molina finaliza durante una estadía en el hospital, los servicios recibidos después de la fecha de finalización del miembro no son servicios cubiertos. Después de la estabilización y de la provisión de transporte a una instalación de un proveedor participante, los servicios o la admisión proporcionados en un hospital de un proveedor no participante no son servicios cubiertos, el miembro será 100 % responsable de los pagos a cualquier proveedor no participante y estos pagos no se aplicarán al deducible o al OOPM.

Los servicios de hospitalización médicamente necesarios son proporcionados, por lo general y de forma habitual, por los hospitales generales de cuidados intensivos dentro del área de servicio. Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros, enfermería de guardia privada, bandejas para invitados y artículos de conveniencia para el paciente.

Pruebas de laboratorio, radiología (radiografías) y servicios de exploración especializados: Molina cubre los servicios de laboratorio, radiología (incluidas las radiografías) y los servicios de exploración en un proveedor participante. Los servicios de exploración cubiertos pueden incluir la exploración por TAC, la exploración por PET y la IRM con autorización previa. Molina puede ayudar a los miembros a seleccionar un centro apropiado para estos servicios. Se pueden aplicar costos compartidos por separado para servicios profesionales y servicios en centros. El miembro debe recibir estos servicios cubiertos de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no están cubiertos, el miembro será 100 % responsable del pago al proveedor no participante, y los pagos no se aplicarán al deducible u OOPM.

Servicios de salud mental: Molina cubre el tratamiento médicamente necesario para un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias, incluidos los servicios para el tratamiento de la disforia de género, solo cuando dicho trastorno figura en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o aparece en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM, en inglés) de Trastornos Mentales.

“Tratamiento médicamente necesario para un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias” significa un servicio o producto que aborda las necesidades específicas de ese paciente, con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, incluida la minimización de la progresión de esa enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, de la siguiente manera:

- De acuerdo con los estándares de la asociación profesional sin fines de lucro exigidos por el estado para la atención de la salud mental y los trastornos por el consumo de sustancias.
- Apropriados desde el punto de vista clínico debido al tipo, la frecuencia, la extensión, el sitio y la duración.
- No principalmente para el beneficio financiero del plan de servicios de atención médica y los suscriptores o para la comodidad del paciente, el médico tratante u otro proveedor de atención médica.

La atención ambulatoria para el tratamiento de un trastorno de salud mental no incluye la terapia o el asesoramiento a fin de que se realice un diagnóstico primario de cualquiera de los siguientes aspectos: asesoramiento o terapia profesional, matrimonial, de divorcio, parental o laboral.

Por lo general, Molina cubre los siguientes servicios de salud mental médicamente necesarios:

- atención para pacientes hospitalizados;
- estabilización de crisis;
- servicios de tratamiento residencial a corto plazo;
- programas de hospitalización parcial por salud mental;
- programas ambulatorios intensivos para adultos y tratamiento diario para niños;
- pruebas psicológicas y neuropsicológicas;
- servicios de salud conductual.

Trastorno del espectro autista: Molina cubre el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del espectro autista, incluidos el trastorno autista, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado, tal como se define en la versión más reciente del DSM.

Ley de Igualdad de Salud Mental y Equidad en Adicciones: Molina cumple con la Ley Federal de Igualdad de Salud Mental y Equidad en Adicciones. Molina se asegura de que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento en los servicios de salud mental o los beneficios para trastornos por consumo de sustancias proporcionados no sean más restrictivos que los de los beneficios médicos o quirúrgicos.

Transporte médico que no sea de emergencia: Los servicios de ambulancia y furgoneta de transporte psiquiátrico que no sean de emergencia están cubiertos si un proveedor participante determina que la afección de un miembro requiere el uso de servicios que solo una ambulancia autorizada o una furgoneta de transporte psiquiátrico puede proporcionar y que el uso de otros medios de transporte pondría en peligro su salud. Estos servicios solo están cubiertos cuando el vehículo transporta al miembro hacia o desde un centro de servicios cubiertos. El miembro debe tener autorización previa de Molina para estos servicios antes de que se presten los servicios.

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

Fenilcetonuria (PKU) y otros errores congénitos del metabolismo: Molina cubre las pruebas y el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU, en inglés). Molina también cubre otros errores congénitos del metabolismo que involucran aminoácidos. Esto incluye fórmulas y productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta recetada 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 función normal. Otras fórmulas especializadas y suplementos nutricionales no están cubiertos. Se aplicará el costo compartido de medicamentos con receta.

A efectos de esta sección, se aplican las siguientes definiciones: “Producto alimenticio especial” es un alimento recetado por un proveedor participante para el tratamiento de la PKU. También se puede recetar para otros errores congénitos del metabolismo. Se utiliza en lugar de productos alimenticios normales, como los alimentos de la tienda de comestibles. No incluye un alimento que sea bajo en proteína por su naturaleza. La “fórmula” es un producto entérico para uso en el hogar que es recetado por un proveedor participante.

Servicios médicos: Molina cubre los siguientes servicios médicos para pacientes ambulatorios, incluidos, entre otros:

- Visitas al consultorio, que incluyen:
 - suministros médicos asociados;
 - visitas prenatales y postnatales.
- Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor, ya sea que se administren en el consultorio de un médico, como paciente ambulatorio o como paciente hospitalizado.
- Procedimientos diagnósticos, incluidas colonoscopias; pruebas cardiovasculares, como estudios de función pulmonar; y procedimientos neurológicos o neuromusculares.
- Radioterapia.
- Exámenes de salud pediátricos y de adultos de rutina.
- Inyecciones, pruebas de alergia y tratamientos.
- Exámenes de rutina y atención prenatal proporcionados por un ginecólogo/obstetra. Los miembros pueden seleccionar un ginecólogo/obstetra como su PCP. Las mujeres dependientes tienen acceso directo a la atención obstétrica y ginecológica.
- Estudios del sueño (Es posible que se apliquen costos compartidos de instalaciones separadas).
- Pruebas de detección de experiencias adversas en la infancia (ACE, en inglés)

Embarazo y maternidad: Para la atención prenatal, los miembros pueden elegir cualquier proveedor participante de Molina que sea un obstetra/ginecólogo (OB/GYN, en inglés), un enfermero partero certificado o un enfermero practicante capacitado en la salud de la mujer. Molina cubre los siguientes servicios de atención de maternidad:

- Atención de maternidad ambulatoria, incluidos los suministros médicamente necesarios para un parto en el hogar.
- Servicios para complicaciones del embarazo, incluida aflicción fetal, diabetes gestacional y toxemia. “Complicaciones del embarazo” significa una afección debido al embarazo, trabajo de parto y parto que requiere atención médica a fin de prevenir daños graves a la salud de la madre o el feto. Las náuseas matutinas y una cesárea que no sea de emergencia no son complicaciones del embarazo.
- Pruebas de detección de las condiciones de salud mental materna
- Servicios de laboratorio
- Atención hospitalaria y en el centro de partos durante 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea. Las hospitalizaciones más largas requieren que los miembros o su proveedor notifique a Molina.

Después de hablar con un miembro, si el proveedor del miembro decide dar de alta al miembro ya su recién nacido antes del período de 48 o 96 horas, Molina cubrirá los servicios posteriores al alta y los servicios de laboratorio. Los costos compartidos de los servicios preventivos, de atención primaria y de laboratorio se aplicarán a los servicios posteriores al alta, según corresponda.

Interrupción del embarazo: Molina cubre los servicios de interrupción de embarazo sujetos a ciertas restricciones de cobertura requeridas por la Ley De Cuidado Asequible y por cualquier ley aplicable de California sin costos compartidos. Los procedimientos ambulatorios no requieren autorización previa. Si los servicios de interrupción del embarazo se proveen en un entorno de pacientes hospitalizados, se requiere autorización previa.

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

Servicios preventivos: De acuerdo con la Ley de Atención Asequible y como parte de los beneficios de salud esenciales para los miembros, Molina cubre los servicios preventivos sin costo compartido para los miembros. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Los artículos o servicios basados en evidencias que tienen, vigente, una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del grupo de tareas de servicios preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, en inglés). Visite el sitio web de USPSTF para obtener recomendaciones de servicios preventivos en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>
- Vacunas para uso rutinario en niños, adolescentes y adultos según lo recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés).
- Con respecto a los lactantes, los niños y los adolescentes, esa atención preventiva informada de la evidencia y las pruebas de detección previstos en las directrices integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, en inglés).
- Los servicios de atención preventiva y las pruebas 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 en virtud de este Acuerdo. A medida que sean publicadas las nuevas recomendaciones y directrices para los servicios preventivos por las fuentes del gobierno identificadas anteriormente, serán cubiertas por este Acuerdo. La cobertura comenzará durante los años del producto que comiencen un año después de la fecha en que se emita la recomendación o directriz o en la fecha que requiera la ACA y las reglamentaciones de implementación. El año del plan, 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 ACA, sus regulaciones federales correspondientes y la Ley estatal aplicable.

Dispositivos protésicos, ortopédicos, internos implantados y externos: Molina cubre los dispositivos protésicos y ortopédicos descritos en esta sección si se cumplen todos los requisitos a continuación:

- El dispositivo es de uso general, diseñado para uso repetido y se utiliza principalmente y por lo general con fines médicos.
- El dispositivo es el estándar que satisface de forma adecuada las necesidades médicas del miembro.
- El miembro recibe el dispositivo del proveedor que Molina seleccione.

La cobertura incluye la colocación y el ajuste del dispositivo, la reparación o el reemplazo del dispositivo (a menos que se deba a la pérdida o al mal uso) y los servicios para determinar si el Miembro necesita un dispositivo protésico u ortopédico. Si Molina cubre un dispositivo de repuesto, el miembro paga el costo compartido que correspondería por la obtención de ese dispositivo como se especifica a continuación.

Dispositivos internos implantados: Molina cubre los dispositivos internos implantados, como los marcapasos, las lentes intraoculares, los implantes cocleares, los dispositivos auditivos osteointegrados y las articulaciones de la cadera si estos dispositivos se implantan durante una cirugía que de otro modo está cubierta por Molina. Consulte las secciones “Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados” o “Servicios de atención médica ambulatoria en un hospital o centro” (según corresponda) del programa de beneficios a fin de ver el costo compartido aplicable a los dispositivos internos implantados.

Dispositivos externos: el costo compartido del equipo médico duradero se aplica a los siguientes dispositivos ortopédicos y protésicos 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 corpiños cada 12 meses cuando se requiere llevar una prótesis.
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) a fin de prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando son indicados por un podólogo participante.
- Prendas de comprensión para quemaduras y vendajes y prendas de linfedema.
- Fórmula enteral para los miembros que requieren alimentación por sonda de acuerdo con las directrices de Medicare.
- Prótesis para reemplazar toda o parte de una parte del órgano facial externo que ha sido removido o afectado como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito.

Cirugía reconstructiva: Molina cubre los siguientes servicios de cirugía reconstructiva con autorización previa:

- Cirugía reconstructiva a fin de corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedad, como una cirugía necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, en la medida de lo posible.
- Extirpación total o parcial de un seno (mastectomía), reconstrucción del seno luego de una mastectomía médicamente necesaria, cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica luego de la reconstrucción de un seno y tratamiento de complicaciones físicas, incluidos los linfedemas.

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

Cuidado de rutina de los pies: atención de rutina de los pies para miembros con diabetes, incluido el cuidado de callos, juanetes, durezas o desbridamiento de uñas.

Centro de enfermería especializada: Molina cubre 100 días por año del plan en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) para un miembro cuando el SNF es un proveedor participante y los servicios tienen autorización previa antes de que comiencen. Entre los servicios de SNF cubiertos, se incluyen los siguientes:

- habitación y pensión;
- servicios médicos y de enfermería;
- medicamentos e inyecciones.

Un período de beneficios comienza en la fecha en que el miembro es ingresado en un hospital o SNF en un nivel de atención calificado y termina en la fecha en que no ha

sido hospitalizado en un hospital o SNF, recibiendo un nivel de atención calificado, por 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios sólo puede comenzar después de que termine cualquier período de beneficios existente. No se requiere una estadía de tres días antes en un hospital de cuidados intensivos para comenzar un período de beneficios.

Trastorno por consumo de sustancias (pacientes hospitalizados y ambulatorios):

Molina cubre el tratamiento médicamente necesario para pacientes hospitalizados y ambulatorios por trastorno debido al consumo de sustancias según los criterios de una asociación profesional sin fines de lucro. La cobertura para pacientes hospitalizados, en un hospital de un proveedor participante, solo está cubierta para el manejo médico de los síntomas de abstinencia. Molina también brinda cobertura para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en un entorno de recuperación residencial de transición no médica cuando se cuenta con autorización previa. Molina cubre los siguientes cuidados ambulatorios para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias:

- programas residenciales a corto plazo;
- tratamiento diario o programas parciales;
- asesoramiento individual y grupal sobre el trastorno por consumo de sustancias;
- evaluación y tratamiento individual del trastorno por consumo de sustancias;
- programas ambulatorios intensivos;
- tratamiento médico para síntomas de abstinencia;
- tratamiento asistido por medicamentos (MAT, en inglés);
- programas de tratamiento de opioides (OTP, en inglés).

La atención ambulatoria para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias no incluye terapia ni asesoramiento para ninguno de los siguientes: carrera, matrimonio, divorcio, paternidad, trabajo, discapacidades de aprendizaje y discapacidad mental.

Cirugía (pacientes hospitalizados y ambulatorios): Molina cubre los servicios quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios que se enumeran a continuación cuando se brindan en un centro de proveedores participantes. Se requiere autorización previa.

Los servicios quirúrgicos para pacientes hospitalizados incluyen los siguientes:

- anestesia;
- fármacos quirúrgicos antineoplásicos;
- planificación del alta;
- quirófano y habitación de recuperación.

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

- centro de cirugía ambulatoria;
- quirófano hospitalario;
- clínica;
- consultorio del médico.

Se pueden aplicar costos compartidos por separado para servicios profesionales y servicios en centros. Consulte el programa de beneficios destinado a servicios de hospital o centro para pacientes ambulatorios o servicios de hospital destinado a pacientes hospitalizados a fin de determinar el costo compartido aplicable del miembro.

Servicios para el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ): Molina cubre los servicios para tratar el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ, en inglés) si se aplican todas las siguientes afecciones:

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

Servicios de trasplantes: Molina cubre trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea en las instalaciones de trasplante participantes cuando se autorizan previamente. Si un proveedor participante determina que un miembro no cumple con sus respectivos criterios para un trasplante, Molina solo cubrirá los servicios que el miembro recibió antes de que se tomara esa determinación. Molina no es responsable de encontrar, suministrar o asegurar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea. De acuerdo con las directrices para servicios para donantes de trasplante vivos, Molina proporciona ciertos servicios relacionados con donaciones a un donante o a un individuo identificado como un donante potencial, ya sea que el donante sea o no un miembro. Estos servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto para el miembro. Los servicios cubiertos pueden incluir ciertos servicios de evaluación, extracción de órganos, atención de seguimiento directo, extracción del órgano, tejido o médula ósea y para el tratamiento de complicaciones. Las pautas de Molina para los servicios de donantes están disponibles llamando al Servicio de Atención al Miembro.

Servicios de atención médica de urgencia: los Servicios de atención médica de urgencia están sujetos al costo compartido en el programa de beneficios. Los servicios de atención médica de urgencia son los servicios de atención de salud necesarios para prevenir el grave deterioro de la salud por una enfermedad o lesión médica imprevista. Para servicios fuera del horario de atención o de atención de urgencia, los miembros deben llamar al PCP o a la línea de consejos de enfermería. Si los miembros están dentro del área de servicio, pueden preguntar al PCP qué centro de atención médica de urgencia de proveedor participante deben usar. Es mejor averiguar el nombre del centro de atención médica de urgencia de un proveedor participante con anticipación. Los miembros deben recibir servicios de atención médica de urgencia de un proveedor participante, excepto que se encuentren fuera del área de servicio y puedan acudir a la sala de emergencias más cercana a fin de recibir servicios de atención médica de urgencia.

Servicios de la visión (adultos y pediátricos): todos los miembros están cubiertos para exámenes de la vista para diabéticos (exámenes de retina dilatada), así como servicios para el tratamiento médico y quirúrgico de lesiones y/o enfermedades que afectan los ojos.

No se cubren los gastos relacionados con los exámenes rutinarios de refracción de la vista, con la corrección de los defectos de refracción del ojo (como la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo), ni con la compra o adaptación de gafas o lentes de

contacto, excepto en los casos descritos en esta sección “Servicios de la visión”. La cirugía correctiva con láser no está cubierta.

Servicios especializados de visión: Molina cubre los siguientes lentes de contacto especiales cuando los receta un proveedor participante, sujeto al costo compartido de la visita al consultorio del especialista:

- Hasta dos lentes de contacto médicamente necesarios por ojo (incluido el ajuste y la administración) en cualquier período de 12 meses para tratar la aniridia (falta de iris), ya sea proporcionada por el plan durante el período de contrato actual o de 12 meses anterior.
- Hasta seis 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 proporcionada por el plan en virtud del contrato actual o anterior en el mismo año calendario.

Servicios pediátricos de la vista: Molina Healthcare cubre los siguientes servicios de visión para miembros de hasta 19 años:

- Prueba de detección rutinaria de la vista y examen ocular cada año calendario, incluida la refracción y la dilatación cuando esté indicada por un profesional.
- Un par de anteojos recetados (monturas y lentes) cada año calendario con lentes de cristal, plástico o policarbonato; disponibles en lentes monofocales, bifocales convencionales, trifocales convencionales y lenticulares en todas las potencias de lente.
- Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación), incluyendo adaptaciones estándar y premium cubiertas en su totalidad.
- Los lentes de contacto recetados están disponibles en lugar de anteojos. Los miembros pueden elegir entre cualquier material de lentes de contacto recetados disponible, incluido un suministro mínimo de 3 meses para cualquiera de las siguientes modalidades: estándar (1 par anual), mensual (suministro para 6 meses), quincenal (suministro para 3 meses), diarios (suministro para 3 meses).
- Los lentes de contacto necesarios están cubiertos en su totalidad para los miembros que tienen afecciones específicas para las cuales los lentes de contacto brindan una mejor corrección visual, en lugar de lentes y marcos recetados, para el tratamiento de aniridia, aniseiconia, anisometropía, afaquia, trastornos de la córnea, astigmatismo irregular, queratocono, miopía patológica, trastornos postraumáticos. Consulte la sección llamada “Servicios especializados de visión” para obtener cobertura de lentes de contacto especiales para aniridia y afaquia.
- Dispositivos ópticos de baja visión, incluidos 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 evaluación integral de visión deficiente cada 5 años;
 - gafas, lupas y telescopios de alta potencia médicamente necesarios;
 - atención de seguimiento, incluidas cuatro visitas en cualquier período de cinco años.

MEDICAMENTOS CON RECETA

Drogas, medicamentos y equipo médico duradero: Molina cubre los medicamentos ordenados por los proveedores, aprobados por Molina y surtidos a través de una farmacia contratada por Molina. Los medicamentos cubiertos incluyen medicamentos de venta libre (OTC, en inglés) y medicamentos con receta incluidos en el formulario. Molina también cubre los medicamentos con receta o administrados en un centro participante cuando se brindan en relación con un servicio cubierto. Es posible que se requiera una autorización previa para que se cubran ciertos medicamentos. Un proveedor al que se le permite legalmente escribir recetas, también conocido como médico prescriptor, puede solicitar una autorización previa en nombre de un miembro, y Molina notificará al miembro y al proveedor si la solicitud se aprueba o deniega según la revisión de la necesidad médica.

Farmacias: Molina cubre medicamentos en farmacias minoristas, farmacias especializadas y farmacias de pedidos por correo dentro de nuestra área de servicio. Es posible que los miembros deban surtir un medicamento con una farmacia especializada contratada si el medicamento está sujeto a restricciones de distribución de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés), requiere un manejo especial o coordinación del proveedor, o si se requiere educación especializada del paciente para garantizar un uso seguro y eficaz. Los medicamentos pueden estar cubiertos fuera del área de servicio solo para servicios de emergencia, previa solicitud. Para obtener una lista de las farmacias contratadas, visite MolinaMarketplace.com. Una copia impresa también está disponible si se solicita al Centro de Atención al Miembro.

Formulario de Molina: Molina establece una lista de medicamentos, dispositivos y suministros que están cubiertos por el beneficio de farmacia del plan. La lista de productos cubiertos se conoce como el “formulario”. La lista muestra todos los productos recetados y de venta libre que los miembros del plan pueden obtener en una farmacia, junto con los requisitos de cobertura, las limitaciones o las restricciones de los productos enumerados. El formulario está disponible para los miembros en MolinaMarketplace.com. Una copia impresa también está disponible si se la solicita. La lista de productos contenidos en el formulario es elegida por un grupo de profesionales médicos de dentro y fuera de Molina. Este grupo revisa el formulario con regularidad y realiza cambios cada tres meses en función de las actualizaciones en la práctica médica basada en la evidencia, la tecnología médica y los medicamentos genéricos y de marca nuevos en el mercado.

Solicitudes de excepción del formulario

Acceso a medicamentos no incluidos en el formulario: Los miembros de Molina pueden solicitar la cobertura de medicamentos clínicamente apropiados que no están en el formulario, o tienen “terapia escalonada” u otros requisitos que no se han cumplido. Es posible que el plan no cubra los medicamentos que no están en el formulario. Estos medicamentos pueden costar a los miembros más que medicamentos similares que se encuentran en el formulario si están cubiertos como “excepción”, como se describe en las siguientes secciones. Para solicitar que se cubran los medicamentos que no están en el formulario, un proveedor puede presentar una solicitud de excepción del formulario en nombre de un miembro. Las solicitudes de cobertura de medicamentos que no están en el formulario se considerarán para un uso médicamente aceptado

cuando no se puedan usar las opciones del formulario y se cumplan otros requisitos de cobertura. La respuesta de un miembro a las muestras de medicamentos de un proveedor o un fabricante de medicamentos no es motivo para pasar por alto las reglas estándar para la cobertura de medicamentos del plan.

Los medicamentos del formulario generalmente son recetados por los proveedores para que los miembros los obtengan en una farmacia y se los administren ellos mismos. La mayoría de los medicamentos inyectables que requieren la ayuda de un proveedor para usarlos están cubiertos por el beneficio médico en lugar del beneficio de farmacia. Los proveedores tienen instrucciones de Molina sobre cómo obtener aprobación anticipada para los medicamentos de los miembros. Se puede aprobar la obtención de algunos medicamentos inyectables a través del proceso de excepción en una farmacia mediante el beneficio de farmacia del plan.

Medicamentos no cubiertos: Los medicamentos no cubiertos, como las exclusiones de beneficios, no están cubiertos en absoluto. No se los puede aprobar para que tengan cobertura por excepción al formulario. Molina no cubre ciertos tipos de medicamentos que se enumeran como exclusiones de beneficios en la póliza del plan, incluidos los siguientes:

- drogas cosméticas;
- medicamentos no aprobados o autorizados por la FDA para su uso en Estados Unidos;
- medicamentos para tratar la disfunción eréctil u otros tipos de disfunción sexual;
- medicamentos experimentales y de investigación o usos de medicamentos;
- terapia genética;
- tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello;
- tratamientos homeopáticos y suplementos nutricionales;
- medicamentos para la infertilidad (que no sean el tratamiento y la causa subyacente de la infertilidad en sí);
- medicamentos de venta libre que no están en el formulario;
- medicamentos menos eficaces propuestos identificados por el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de Medicamentos (DESI, en inglés);
- ayuda para la pérdida de peso.

Solicitud de una excepción al formulario: el proceso de solicitud de una excepción al formulario es el mismo que el de solicitud de autorización previa para medicamentos del formulario que requieren aprobación avanzada a fin de tener cobertura. Las solicitudes se revisan según las normas estándar para determinar la necesidad médica.

Un proveedor puede enviar por fax un formulario completo de solicitud de autorización previa o excepción de medicamentos a Molina al 1 (866) 508-6445. El formulario se puede obtener en MolinaMarketplace.com en la página de formularios y documentos del proveedor. Se debe completar el formulario e incluir toda la información médica. De lo contrario, no será aceptado.

Molina otorgará una excepción para un medicamento fuera del formulario o un requisito de terapia escalonada si sus revisores determinan que la información de respaldo muestra cualquiera de los siguientes:

- El miembro tiene una contraindicación médica para el formulario o los medicamentos requeridos.
- Es probable que los medicamentos requeridos causen una reacción adversa clínicamente predecible si los toma el miembro.
- Se espera que el medicamento requerido sea ineficaz según las características clínicas documentadas del miembro.
- El miembro probó el medicamento requerido, un medicamento relacionado o un medicamento que funciona de manera similar y lo suspendió debido a la falta de eficacia, pérdida de efecto o evento adverso.
- El miembro está establecido en el medicamento como un tratamiento actual de una cobertura de seguro anterior. Si el medicamento establecido es un medicamento de marca y cubrimos el producto biológico genérico o intercambiable, se puede otorgar una excepción si cambiar al medicamento requerido probablemente cause reacciones adversas o daños clínicamente predecibles.
- La información médica de respaldo muestra claramente que los medicamentos del formulario o requeridos no son lo mejor para el miembro, porque es posible que se de una de estas situaciones:
 - presenta una barrera para la adherencia al plan de tratamiento;
 - afecta negativamente la afección comórbida de un miembro;
 - causar una interacción farmacológica negativa clínicamente predecible;
 - disminuye la capacidad del miembro de lograr o mantener una capacidad funcional razonable en el desempeño de las actividades diarias.

Después de recibir toda la información necesaria del proveedor del miembro, Molina notificará al proveedor tratante del miembro sobre la aprobación o denegación de la solicitud:

- dentro de las 72 horas para solicitudes estándar;
- dentro de las 24 horas siguientes a la solicitud.

Las solicitudes de excepción urgente se aplican cuando un miembro atraviesa una situación de salud que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones, o cuando está sometido a un tratamiento en curso con un medicamento que no está en el formulario.

Si se deniega la solicitud, Molina le enviará una carta al miembro y a su médico prescriptor. La carta explicará por qué se negó el medicamento o producto. El médico prescriptor puede solicitar hablar sobre la denegación con Molina. Si el miembro no está de acuerdo con la denegación de la solicitud, puede apelar la decisión de Molina. El médico que receta también puede solicitar que una organización de revisión independiente (IRO, en inglés) revise la decisión de Molina. La IRO notificará al proveedor solicitante de la decisión de la IRO a más tardar:

- 72 horas después de recibir una apelación de una solicitud de excepción estándar denegada;
- 24 horas después de recibir una apelación sobre una solicitud de excepción acelerada denegada.

Costos compartidos: Molina clasifica los medicamentos en diferentes niveles en función de qué tan bien mejoran la salud y su valor en comparación con tratamientos

similares. El programa de beneficios muestra los costos compartidos del miembro para un suministro de un mes según estos niveles.

Aquí hay más detalles sobre qué medicamentos están en qué niveles.

Categoría de medicamento	Descripción
Nivel 1	1) La mayoría de los medicamentos genéricos y marcas preferidas de bajo costo.
Nivel 2	1) Medicamentos genéricos no preferidos o; 2) Medicamentos de marca preferidos o; 3) Recomendados por el comité farmacéutico y terapéutico (P&T, en inglés) del plan en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento.
Nivel 3	1) Medicamentos de marca no preferidos o; 2) Recomendados por el comité de P&T en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento o; 3) Por lo general, tienen una alternativa terapéutica preferida y a menudo menos costosa en un nivel inferior.
Nivel 4	1) La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o el fabricante del medicamento limita la distribución a las farmacias especializadas o; 2) La autoadministración requiere formación, seguimiento clínico o; 3) El medicamento se ha fabricado mediante biotecnología o; 4) El costo del plan (neto de reembolsos) es superior a \$600.
Nivel 5	Medicamentos y formas de dosificación de servicios médicos preventivos reconocidos a nivel nacional, y medicamentos y dispositivos de planificación familiar (es decir, anticoncepción) con costo compartido de \$0
DME	Equipo médico duradero (DME): se aplica el coste compartido; algunos productos no farmacológicos del formulario tienen un costo compartido determinado por el coseguro del DME.

Los miembros no están obligados 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 el programa de beneficios, el precio de venta al por menor que el miembro paga por un medicamento cubierto constituirá el costo compartido aplicable. El pago del precio de venta al público se aplicará tanto al deducible, si lo hay, como al OOPM.

Costo compartido en excepciones al formulario: en cuanto a los medicamentos u otros productos que están aprobados en la excepción del formulario, el miembro tendrá un costo compartido de nivel 3 para productos que no sean de especialidad o un costo compartido de nivel 4 en el caso de productos de especialidad. Tenga en cuenta que,

para los productos de marca fuera del formulario que tienen un producto genérico incluido en el formulario, si la cobertura se aprueba por excepción, la parte del costo del miembro también incluirá la diferencia en el costo entre el medicamento genérico del formulario y el medicamento de marca.

Asistencia para costos compartidos de medicamentos y gastos de bolsillo: La reducción de costos compartidos para cualquier medicamento con receta obtenido por los miembros mediante el uso de una tarjeta de descuento, un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos con receta o cualquier forma de asistencia de costos compartidos de terceros para medicamentos recetados no se aplicará a ningún deducible, ni al OOPM en virtud del plan.

Medicamentos, productos y suplementos de venta libre: Molina cubre medicamentos, productos y suplementos de venta libre de acuerdo con las leyes estatales y federales. Solo se pueden cubrir los medicamentos, suministros y suplementos de venta libre que aparecen en el formulario.

Equipo médico duradero (DME) Molina cubrirá los costos de alquiler o compra de DME, incluido el uso con ciertos medicamentos, cuando se obtengan a través de un proveedor contratado. Molina cubre reparaciones razonables, mantenimiento, entrega y suministros relacionados con el DME. Los miembros pueden ser responsables de los costos necesarios de reparación o reemplazo del DME si es necesario debido al uso indebido o la pérdida del DME. Puede ser necesaria una autorización previa para que se cubra el DME. La cobertura puede estar en virtud del beneficio médico o el beneficio de farmacia, según el tipo de DME. Consulte el formulario para DME y otros productos no farmacéuticos cubiertos por el beneficio de farmacia. Consulte MolinaMarketplace.com o comuníquese con el Centro de Atención al Miembro para obtener más información sobre la cobertura.

Suministros para diabéticos: Molina cubre suministros para diabéticos en el formulario, como jeringas de insulina, lancetas y dispositivos de punción de lancetas, monitores de glucosa en sangre, DME para monitoreo continuo de glucosa, tiras reactivas de glucosa en sangre, tiras reactivas de orina y sistemas de administración de pluma selectos para la administración de insulina.

Medicamentos con receta para dejar de fumar: Molina cubre durante tres meses un suministro de medicamentos a fin de ayudar a los miembros a dejar de fumar, sin costo compartido. Los miembros deben consultar a su proveedor para determinar qué medicamento es adecuado para ellos. Los medicamentos cubiertos se enumeran en el formulario.

Límite de suministro diario: si bien los proveedores determinan la cantidad de medicamento, suministro de producto o suplemento que recetar, Molina solo puede cubrir un mes de suministro a la vez para ciertos productos. El formulario indica "MAIL" (Correo) para artículos que pueden estar cubiertos con un suministro de tres meses a través de una farmacia de pedido por correo contratada. Las cantidades que excedan los límites de suministro diario en el formulario no están cubiertas, con pocas excepciones.

Se permite un suministro de hasta 12 meses para un anticonceptivo hormonal autoadministrado y aprobado por la FDA cuando se dispensa o suministra a la vez para un inscrito por un proveedor, farmacéutico o en un lugar autorizado o autorizado para dispensar medicamentos o suministros. El límite de suministro de 30 días y el límite de suministro de 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 en forma anticipada.

Prorrateo y sincronización: Molina proporciona un prorrateo de medicamentos para un suministro parcial de un medicamento con receta si la farmacia del miembro notifica a Molina que la cantidad despachada es para sincronizar las fechas en que la farmacia entrega los medicamentos con receta, la sincronización es lo mejor para el miembro y el miembro acepta la sincronización. El prorrateo descrito se basará en el número de días de suministro del medicamento dispensado.

Analgésicos opioides para el dolor crónico: es posible que se requiera autorización previa de la cobertura de farmacia de analgésicos opioides para tratar el dolor crónico. Sin una autorización previa, las declaraciones de opioides tienen límites de seguridad, incluida la escasez de suministro por llenado y están sujetas a restricciones sobre medicamentos opioides de acción prolongada y dosis diarias totales combinadas. Estos requisitos no se aplican a los miembros en las siguientes circunstancias: Los analgésicos opioides se recetan a un miembro que es un paciente de hospicio, si al miembro se le diagnosticó una afección terminal o si está recibiendo tratamiento activo para el cáncer. Molina llevará a cabo una revisión de utilización para todas las solicitudes de autorización previa de opioides.

Medicamentos para el tratamiento del cáncer: Molina cubre los costos razonables de los medicamentos contra el cáncer y su administración. Las solicitudes de autorización previa para medicamentos que se van a utilizar con propósitos diferentes a los que aparecen en el etiquetado de la FDA (es decir, usos no indicados en la etiqueta) se revisan en función de la necesidad médica. Estas solicitudes se revisan con respecto a las recomendaciones estándar para el uso del medicamento y el tipo de cáncer que se está tratando. No se deniega ninguna solicitud basándose solo en un uso no contemplado en la etiqueta de la FDA. Los medicamentos con los que los proveedores tratan a los miembros estarán sujetos a los costos compartidos especificados para la quimioterapia en virtud del beneficio médico del lugar donde se administre el tratamiento. Los medicamentos que los miembros obtienen de las farmacias estarán sujetos a los costos compartidos especificados para el beneficio de farmacia. Consulte el programa de beneficios para ver los costos compartidos aplicables. La mayoría de los nuevos medicamentos contra el cáncer requieren un manejo y una educación especiales y se consideran medicamentos especializados del Nivel 4 según el beneficio de farmacia. Todos los medicamentos contra el cáncer tomados por vía oral y pagados en el marco del beneficio de farmacia estarán cubiertos sobre la misma base y sin mayor costo compartido que el impuesto en el marco del beneficio médico para los medicamentos contra el cáncer administrados por otras vías corporales por un proveedor. La cuota de costo compartido para un medicamento administrado de forma oral contra el cáncer es de \$250 por un suministro de hasta 30 días y no está sujeto a un deducible.

Tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): Molina cubre los medicamentos con receta para el tratamiento de la infección por VIH o una enfermedad o afección médica que surja o esté relacionada con el VIH. Los medicamentos deben ser recetados dentro del alcance de la práctica del proveedor y aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos, incluidos los medicamentos experimentales o de investigación de Fase III que están aprobados por la FDA y se administran de acuerdo con el protocolo.

Disponibilidad de pedidos por correo de medicamentos del formulario: Molina les ofrece a los miembros una opción de farmacia de pedido por correo en los niveles 1, 2, 3 y 5. Los medicamentos elegibles están marcados como “MAIL” (CORREO) en el formulario. Estos medicamentos con receta se pueden enviar por correo al miembro dentro de los 10 días siguientes a la solicitud de pedido y aprobación. A través de esta opción, los miembros pueden obtener un suministro de 3 meses de medicamentos elegibles a un costo compartido reducido. El costo compartido para un suministro de tres meses mediante pedido por correo se aplica a una tasa de dos veces el costo compartido del suministro de un mes en el nivel del formulario del medicamento. Los medicamentos de especialidad del nivel 4 no son elegibles para los programas de pedidos por correo, aunque la mayoría de los medicamentos de especialidad se enviarán directamente al miembro. Consulte [MolinaMarketplace.com](https://www.MolinaMarketplace.com) o comuníquese con el Centro de Atención al Miembro para obtener más información.

Medicamentos sin etiqueta: Molina no denegará la cobertura del uso de un medicamento sin etiqueta únicamente por el hecho de que el medicamento se utilizará fuera del etiquetado aprobado por la FDA. Molina sí cubre el uso de medicamentos no indicados en la etiqueta para tratar una enfermedad cubierta, crónica, incapacitante o potencialmente mortal. El medicamento debe estar aprobado por la FDA para al menos una indicación. El uso debe ser reconocido como estándar y efectivo para el tratamiento de la indicación en cualquiera de los compendios de referencia de medicamentos estándar o literatura médica revisada por pares sustancialmente aceptada. Molina puede exigir que se hayan probado otros tratamientos que también son estándar o que no son clínicamente apropiados si lo permite la ley estatal. La solicitud de uso de medicamentos fuera de etiqueta debe demostrar una necesidad médica para tratar una afección cubierta cuando se requiere Autorización previa.

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

- Medicamentos no aprobados o autorizados por la FDA para su uso en Estados Unidos
- Medicamentos de venta libre que no están en el formulario
- medicamentos menos eficaces propuestos identificados por el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de Medicamentos (DESI, en inglés;)
- Procedimientos experimentales o de investigación
- ayuda para la pérdida de peso.

Molina no cubre medicamentos para tratar afecciones que son exclusiones de beneficios, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Servicios cosméticos
- Tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello

- Disfunción eréctil
- Disfunción sexual

EXCLUSIONES

Ciertos equipos y servicios están excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo. Estas exclusiones se aplican a todos los servicios que de otro modo estarían cubiertos por este Acuerdo, sin importar si los servicios están dentro del alcance de la licencia de un proveedor, excepto si se indica expresamente lo contrario en esta sección, o si lo exige la ley estatal. Esta no es una lista exhaustiva de los servicios que están excluidos de la cobertura de este plan. Comuníquese con el Centro de Atención al Miembro de Molina si tiene preguntas sobre las exclusiones.

Terapia Acuática: la terapia acuática y otras terapias con agua no están cubiertas, a menos que sean médicamente necesarias como parte de un plan de tratamiento de fisioterapia cubierto por la sección “Servicios cubiertos” de este Acuerdo. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario por un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias.

Inseminación artificial y concepción por medios artificiales: todos los servicios relacionados con la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales, no están cubiertos.

Ciertos exámenes y servicios: esta exclusión no se aplica si un proveedor participante determina que los servicios son médicamente necesarios.

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

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

Servicios cosméticos: los servicios destinados principalmente a cambiar o mantener la apariencia física del miembro, no están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a ningún servicio específicamente cubierto en virtud de la sección “Servicios cubiertos” de este Acuerdo. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario por un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias.

Cuidado de custodia: no está cubierta la asistencia con las actividades de la vida cotidiana. 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 hospitalizados. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario por un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias.

Nutricionista: el servicio de un nutricionista no está cubierto, excepto en el caso de los beneficios de atención médica para pacientes terminales o como se describe en la

sección titulada “Fenilcetonuria (PKU) y otros errores congénitos del metabolismo”. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario por un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias.

Suministros desechables: no se cubren los suministros desechables para el uso en el hogar, como vendas, gasa, cinta, antisépticos, vendajes, vendas tipo Ace y pañales, protectores absorbentes y otros suministros para la incontinencia.

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

Servicios experimentales o de investigación: Molina no cubre los servicios experimentales o de investigación; sin embargo, esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos en la sección de ensayos clínicos aprobados.

Tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello: los artículos y servicios cuyo fin es la promoción, la prevención u otro tratamiento para la pérdida del cabello o su crecimiento no están cubiertos. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario por un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias.

Servicios de infertilidad: todos los servicios y suministros para la infertilidad no están cubiertos, excepto los servicios de preservación de la fertilidad iatrogénicos médicamente necesarios.

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

Artículos y servicios que no son de atención médica: Molina no cubre servicios que no son servicios de atención médica, por ejemplo:

- enseñanza de modales y etiqueta;
- servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación como la planificación de actividades diarias y de proyectos o tareas;
- artículos y servicios que aumentan el conocimiento o las habilidades académicas, enseñanza y servicios de apoyo para aumentar la inteligencia;
- entrenamiento académico o tutoría para habilidades como gramática, matemáticas y manejo del tiempo;
- enseñar a leer al miembro si tiene dislexia;
- pruebas educativas;
- enseñar arte, danza, equitación, música, juegos o natación, a menos que sea médicamente necesario para el tratamiento de un trastorno de salud mental o abuso de sustancias;
- 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;
- exámenes relacionados con el trabajo, atletismo (exámenes físicos para deportes) o rendimiento recreativo.

Terapia de masaje: la terapia de masaje no está cubierta, a menos que sea médicamente necesaria como parte de un plan de tratamiento de fisioterapia cubierto por la sección “Servicios cubiertos” de este Acuerdo.

Nutrición oral: la nutrición oral ambulatoria no está cubierta, como suplementos dietéticos o nutricionales, suplementos, suplementos herbarios, ayudas para la pérdida de peso y alimentos. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos en virtud de la sección “Fenilcetonuria (PKU) y otros errores congénitos del metabolismo” de este Acuerdo.

Servicio de enfermería privado: los servicios de enfermería prestados en un centro o en un hogar privado, por lo general a un solo paciente, no están cubiertos. Por lo general, los servicios de enfermería privada están a cargo de enfermeros contratados de forma independiente, en lugar de una agencia, como una agencia de atención médica en el hogar.

Atención residencial: atención en un centro donde el miembro pasa la noche no está cubierto; sin embargo, esta exclusión no se aplica cuando la estadía de una noche es parte de la atención cubierta en cualquiera de los siguientes casos:

- un hospital;
- un centro de enfermería especializada;
- cuidados paliativos para pacientes internos cubiertos en la sección “Atención médica para pacientes terminales”;
- un centro con licencia que brinda servicios residenciales de crisis cubiertos por la sección “Servicios de salud mental (pacientes hospitalizados y ambulatorios)”;
- una instalación autorizada que proporciona servicios de recuperación residencial de transición cubiertos por la sección de “Trastorno por abuso de sustancias (pacientes hospitalizados y ambulatorios)”.

Servicios no aprobados por la FDA: los medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y cualquier otro servicio que por ley requiera la aprobación de la 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 en la sección “Ensayos clínicos aprobados”. Consulte la sección “Apelaciones y quejas formales” de este Acuerdo para obtener información sobre solicitudes denegadas de servicios experimentales o de investigación.

Servicios prestados fuera del área de servicio: no están cubiertos los servicios y suministros prestados a un miembro fuera del Área de servicio si el miembro viajó con el fin de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos. Además, la atención de rutina, la atención preventiva, la atención primaria, la atención especializada y los servicios para pacientes hospitalizados no están cubiertos cuando se prestan fuera del área de servicio, excepto los servicios de emergencia y los servicios de atención de urgencia cubiertos en la sección “Servicios cubiertos” de este Acuerdo. . Si ocurre un fallecimiento fuera de los Estados Unidos, no se cubre la evacuación médica ni la repatriación de los restos. Para obtener más información, póngase en contacto con el Centro de Atención al Miembro.

Servicios prestados por personas sin licencia: los servicios prestados por personas que no están obligadas por la ley estatal a poseer licencias o certificados válidos para brindar servicios de atención médica no están cubiertos, excepto que estén cubiertos por este Acuerdo. Esta exclusión no se aplica a los servicios considerados médicamente necesarios como tratamiento de un trastorno de salud mental o de abuso de sustancias.

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

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

Subrogación de vientre: los servicios para cualquier persona en relación con un acuerdo de subrogación, excepto los servicios cubiertos de otra manera proporcionados a un miembro que subrogue el vientre. Un “acuerdo de subrogación” ocurre cuando una mujer (madre subrogada) se compromete a quedar embarazada y a entregar al bebé a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño. Consulte “Subrogación para un acuerdo de subrogación” en la sección de “Avisos legales” de este Acuerdo si desea obtener información sobre las obligaciones del miembro con Molina en relación con un acuerdo de subrogación, incluidas las obligaciones del miembro de reembolsar a Molina cualquier servicios cubierto que cubra y la obligación de proveer a Molina información sobre cualquier sujeto que sea financieramente responsable de los servicios cubiertos que el bebé o los bebés reciban.

Gastos de viaje y alojamiento: os gastos de viaje y alojamiento no están cubiertos. Molina puede pagar ciertos gastos que Molina preautoriza de acuerdo con las directrices de viaje y alojamiento. Las directrices de viaje y alojamiento de Molina están disponibles en el Centro de Atención al Miembro.

RECLAMACIONES

Presentación de una reclamación: los miembros o proveedores deben enviar de inmediato a Molina las reclamaciones por los servicios cubiertos prestados a los miembros. Todas las reclamaciones deben presentarse en un formulario aprobado por Molina y deben incluir todos los registros médicos relacionados con la reclamación si Molina lo solicita o si lo exigen las políticas y procedimientos. El miembro o el proveedor deben presentar la reclamación a Molina dentro de los 365 días calendario después de que haya ocurrido lo siguiente:

- se haya dado el alta para servicios destinados a pacientes hospitalizados o la fecha de servicios destinados a pacientes ambulatorios;
- se le haya proporcionado al proveedor el nombre y la dirección correctos de Molina.

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

Procesamiento de reclamaciones: el pago de las reclamaciones se realizará a los proveedores participantes de acuerdo con las disposiciones de puntualidad establecidas en el contrato del proveedor. A menos que el proveedor y Molina hayan acordado por escrito un cronograma de pago alternativo, Molina pagará al proveedor el servicio dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de un reclamación presentado con toda la documentación médica pertinente y que cumpla con las pautas y los requisitos de facturación de Molina. La fecha de recepción de un reclamación es la fecha en que Molina recibe el aviso escrito o electrónico del reclamación.

Pago a Molina: algunos proveedores participantes reciben un monto fijo por cada mes que un miembro está bajo su cuidado, ya sea que vea al proveedor participante o no. Algunos proveedores trabajan sobre la base de una tarifa por servicio, lo que significa que reciben un pago por cada servicio que realizan. Algunos proveedores pueden recibir incentivos para brindar atención preventiva de calidad. Molina no ofrece incentivos financieros para las decisiones de gestión de utilización que podrían dar lugar a denegaciones de autorización o subutilización. Para obtener más información sobre cómo se les paga a los proveedores, los miembros pueden llamar al Centro de Atención al Miembro. Los miembros también puede llamar al consultorio de su proveedor o al grupo médico de su proveedor para obtener esta información.

Reembolso: con la excepción de cualquier monto de costo compartido requerido, si un miembro ha pagado por un servicio cubierto o una receta médica que fue aprobado o no requiere aprobación, Molina le devolverá el dinero. El miembro debe enviar su reclamación dentro de los 12 meses posteriores a haber hecho el pago. Los miembros deben enviar esta información por correo al Centro de Atención al Miembro de Molina a la dirección que se encuentra en la primera página de este Acuerdo. El miembro deberá enviar por correo a Molina una copia de la factura por los servicios cubiertos del proveedor o centro y una copia del recibo. El miembro también debe incluir el nombre del miembro para el que está enviando la reclamación y su número de póliza. Si la factura es por una receta, el miembro deberá completar un formulario de reembolso. Incluya una copia de la etiqueta de la receta y el recibo de la farmacia cuando envíe este formulario a la dirección que se indica en el formulario.

Después de que Molina reciba la solicitud de reembolso, Molina responderá al miembro en un plazo de 30 días calendario. Si se acepta la reclamación, Molina enviará un cheque por correo al miembro para reembolsar al miembro. Si se niega la reclamación, Molina le enviará una carta al miembro explicando por qué se rechazó. Si el miembro no está de acuerdo con la denegación, puede presentar una apelación como se describe en este Acuerdo.

Pago de facturas: los miembros deben consultar el programa de beneficios a fin de conocer sus responsabilidades de costo compartido para los servicios cubiertos. Los

miembros pueden ser responsables de pagar el precio total de los servicios cuando ocurre lo siguiente:

- El miembro pide y recibe servicios médicos que no están cubiertos.
- Excepto en el caso de los servicios de emergencia o las excepciones enumeradas en la sección “Acceso a la atención médica” de este Acuerdo, el miembro solicita y obtiene servicios de atención médica de un proveedor o centro que no es un proveedor participante.

Si Molina no paga a un proveedor participante por restarle servicios cubiertos, el miembro no es responsable de pagar al proveedor participante por cualquier cantidad adeudada por Molina. Esto no se aplica a los proveedores no participantes.

AVISOS LEGALES

Responsabilidad de terceros: Molina tiene derecho al reembolso de cualquier servicio cubierto proporcionado a un Miembro en virtud de este plan a fin de tratar una lesión o enfermedad causada por un acto ilícito, una omisión o negligencia de un tercero, si un Miembro ha sido indemnizado por la lesión o enfermedad del tercero o sus representantes. Molina tendrá derecho al pago, el reembolso y la sustitución (recuperación de beneficios pagados cuando otro seguro proporciona cobertura) en recuperaciones de terceros y cooperará para asistir íntegra y completamente en la protección de los derechos de Molina, incluida la notificación rápida de un caso que implique una posible recuperación de un tercero. Los miembros deben reembolsar a Molina el costo razonable de los servicios pagados por Molina en la medida permitida por la ley estatal inmediatamente después de que el miembro cobre los daños, ya sea por acción o ley, acuerdo o de otro modo; y cooperar en su totalidad con la ejecución de Molina de sus derechos de gravamen por el valor razonable de los servicios prestados por Molina en la medida permitida por la ley estatal. El gravamen de Molina puede presentarse ante la persona cuyo acto causó las lesiones, su agente o el tribunal.

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

Renovación de la cobertura: Molina renovará la cobertura para los miembros el primer día de cada mes si se recibieron todas las primas adeudadas. La renovación está sujeta al derecho de Molina de modificar este Acuerdo y la elegibilidad continua

del miembro para este plan. Los miembros deben seguir todos los procedimientos requeridos por el Marketplace para determinar nuevamente la elegibilidad y la renovación garantizada para la inscripción cada año durante el período de inscripción abierta.

Cambios en primas y costos compartidos: cualquier cambio en este Acuerdo, incluidos, entre otros, cambios en las primas, los servicios cubiertos, el deducible, el copago, el coseguro y el monto máximo anual de gastos de bolsillo, será efectivo 60 días después del aviso enviado a la dirección de registro del suscriptor con Molina.

Actos que exceden el control de Molina: Si las circunstancias que exceden el control razonable de Molina, 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 y el proveedor participante 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 de los proveedores participantes. Ni Molina ni ningún proveedor participante tendrá ninguna responsabilidad u obligación por demora o falta de prestación de servicios cubiertos si tal retraso o fracaso es el resultado de cualquiera de las circunstancias descritas anteriormente.

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

No discriminación: Molina no discrimina en contratar personal o proveer atención médica basada en una afección de salud preexistente, color, credo, edad, origen nacional, identificación de grupo étnico, religión, discapacidad, incapacidad, orientación sexual o sexo e identidad de género.

Donación de órganos o tejidos: la Legislatura del Estado le ha pedido a Molina que le diga a los miembros que pueden convertirse en donantes de órganos o tejidos. Los avances médicos en la tecnología de trasplante de órganos han ayudado a muchos pacientes. Sin embargo, el número de órganos disponibles es mucho menor que el número de pacientes que necesitan un trasplante de órganos. Los miembros pueden elegir ser donantes de tejido orgánico contactando al Departamento de Vehículos Motorizados a fin de obtener una tarjeta de donación de órganos.

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

Cesión: un miembro no puede ceder este Acuerdo ni ninguno de los derechos, intereses, reclamaciones por dinero debido, beneficios u obligaciones en virtud de este documento sin nuestro consentimiento previo por escrito. El consentimiento puede ser denegado a discreción de Molina.

Ley aplicable: salvo en la medida en que prevalezca ley federal, este Acuerdo se regirá de acuerdo con la ley de Florida y cualquier disposición que se requiera para estar en este Acuerdo por ley estatal o federal será vinculante para Molina y los Miembros, esté o no establecido en este Acuerdo.

Nulidad: si cualquier disposición de este Contrato se considera ilegal, inválida o inaplicable en un procedimiento judicial, 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 en virtud de este Acuerdo será enviado a la dirección más reciente o registro que tenemos para el suscriptor. El suscriptor es responsable de reportar cualquier cambio de dirección poniéndose en contacto con el Marketplace.

Sustitución de un acuerdo de subrogación: si un miembro celebra un acuerdo de subrogación y el miembro o cualquier otro beneficiario tiene derecho a recibir pagos u otra compensación en virtud del mismo, el miembro debe reembolsar a Molina los servicios cubiertos que el miembro reciba en relación con la concepción, el embarazo, el parto o la atención posparto en relación con ese acuerdo (“Servicios de salud de subrogación”) en la medida máxima permitida por la Sección 3040 del Código Civil de California. Un “acuerdo de subrogación” es aquel en el que una mujer se compromete a quedar embarazada y a entregar el bebé (o los 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 madre subrogada. Nota: Esta sección de “Acuerdos de subrogación” no afecta la obligación del miembro o el pago del copago o del coseguro por parte del miembro para estos servicios cubiertos. Después de entregar a un bebé a los padres legales, el miembro no está obligado a reembolsar por los servicios cubiertos que recibe el bebé (los padres legales son los responsables financieros de cualquier servicio cubierto que recibe el bebé).

Al aceptar los servicios de salud de subrogación, el miembro automáticamente asigna a Molina su derecho a recibir pagos que son pagaderos al miembro o a cualquier otro beneficiario en virtud del acuerdo de subrogación, sin importar si esos pagos se caracterizan como ser para gastos médicos. A fin garantizar los derechos de Molina, 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 el gravamen de Molina. La asignación y el gravamen de Molina no excederán la cantidad total de la obligación del miembro a Molina en virtud del párrafo anterior.

Dentro de los 30 días siguientes a la entrada en un acuerdo de subrogación, el miembro debe enviar un aviso por escrito del acuerdo, incluyendo toda la información siguiente:

- Nombres, direcciones y números de teléfono de las otras partes del acuerdo.
- 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 acuerdo.
- Cualquier otra información que Molina solicite para satisfacer los derechos de Molina.

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

El miembro debe completar y enviar a Molina todos los consentimientos, las liberaciones, las autorizaciones, las formas de gravamen y otros documentos que sean razonablemente necesarios para que Molina determine la existencia de cualquier derecho que podamos tener en virtud de esta sección de “acuerdos de subrogación” y para satisfacer esos derechos. El miembro no puede aceptar renunciar, liberar o reducir los derechos de Molina en virtud de esta sección de “acuerdos de subrogación” sin el consentimiento previo y por escrito por parte de Molina.

Si el patrimonio, los padres, el tutor o el curador del miembro hacen valer una reclamación contra un tercero sobre la base del acuerdo de subrogación, el patrimonio, los padres, el tutor o el curador del miembro estarán sujetos a los embargos y otros derechos de Molina en la misma medida que si el miembro hubiera hecho valer la reclamación contra el tercero. Molina puede ceder los derechos de Molina para hacer cumplir los embargos y otros derechos de Molina.

Si el miembro tiene preguntas sobre las obligaciones del miembro en virtud de esta disposición, comuníquese con el Centro de Atención al Miembro.

Programa de bienestar y otros beneficios del programa: este Acuerdo incluye el acceso a un programa de bienestar que se ofrece para alentar a los miembros a realizar actividades de salud que respalden su salud en general. El programa es voluntario y está disponible sin costo adicional para todos los suscriptores. El programa también está disponible para los dependientes mayores de 18 años sin costo. Molina puede ofrecer a los miembros recompensas u otros beneficios por participar en ciertas actividades y programas de salud. Las recompensas y los beneficios del programa disponibles para el miembro pueden incluir créditos premium u otros beneficios, como tarjetas de regalo.

Los miembros deben consultar con su PCP antes de participar. El programa de bienestar es opcional y los beneficios están disponibles sin costo adicional para los miembros elegibles. Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Atención al Miembro.

Materiales educativos sobre la salud: Molina proporciona materiales fáciles de leer sobre temas como la nutrición, las directrices de los servicios de atención preventiva, el control del estrés, el ejercicio, la gestión del colesterol, el asma y la diabetes. Para obtener estos materiales, los miembros pueden visitar www.MolinaMarketplace.com.

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

los entrenadores capacitados conducen el programa para ayudar al miembro a cambiar ciertos aspectos de su estilo de vida. Les mostrarán cómo comer más sano, reducir el estrés y hacer más actividad física. El programa también incluye el apoyo de grupos de otros que comparten 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 se siente el miembro o incluso en cómo mira. El personal del DPP trabajará con los miembros para ver si están listos para inscribirse en el programa.

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

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

Los miembros pueden acceder al Programa de Prevención de la Diabetes de Molina visitando a su proveedor o llamando a Servicios de Atención al Miembro.

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

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

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

atención médica) o demandas de que los servicios médicos prestados en virtud del producto eran innecesarios o no estaban autorizados o fueron prestados de manera inapropiada entre los miembros (incluidas sus subsidiarias o afiliadas), y Molina , o cualquiera de sus compañías matrices, subsidiarias, sucesoras o compañías asignadas, serán sometidos a arbitraje obligatorio de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables, 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 en virtud de esta disposición se llevará a cabo de manera individual; no se permiten arbitrajes de clase y acciones de clase.

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

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

Las audiencias de arbitraje se llevarán a cabo en el condado en el cual el miembro vive o en cualquier otro lugar en el que las partes puedan llegar a un contrato 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, 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 puede asumir toda o parte de la participación del miembro en los honorarios y gastos de JAMS y del árbitro, siempre que el miembro presente una solicitud de penuria a JAMS. La aplicación de condiciones difíciles se realizará de manera y con la información y la documentación que requieran JAMS. JAMS (y no el punto muerto asignado para escuchar el caso) determinarán si se debe conceder la solicitud de privación del miembro.

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

APELACIONES Y QUEJAS FORMALES

Queja o queja formal: Una reclamación es una queja formal. Una queja formal es una expresión escrita u oral de insatisfacción que un miembro tiene con Molina o cualquier proveedor participante, incluidas preocupaciones sobre la calidad de la atención, e incluirá una queja, disputa, solicitud de consideración o apelación hecha por un miembro o un representante del miembro. Por ejemplo, el miembro 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 del Estado de California de la manera descrita a continuación

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

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

- Por teléfono al número del Servicio de Atención al Miembro de Molina que se encuentra en la página 2 de este Acuerdo.
- Por escrito por correo o por Internet a la siguiente dirección:

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

- Por correo electrónico a: MHCMemberGandA@molinahealthcare.com o por fax al: 1 (562) 499-0757.

Los miembros también pueden llamar al número gratuito del Departamento de Atención Médica Administrada del Estado de California (DHMC) al 1 (888) 466-2219.

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

Un miembro puede presentar una queja formal (también llamada reclamación) en persona, por escrito o por teléfono como se describe arriba.

Molina enviará una carta acusando recibo de la queja del miembro en un plazo de 5 días calendario y luego emitirá una respuesta formal en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha del contacto inicial del afiliado con Molina. Todos los niveles de quejas formales serán resueltos dentro de los 30 días calendario.

Si un miembro no está satisfecho con la respuesta de Molina a una queja formal, el miembro puede presentar una apelación con Molina si se recibe y puede ser procesada dentro de los 30 días calendario desde la recepción inicial de la queja formal. Molina enviará una carta en la que acuse recibo de la apelación dentro de 5 días calendario. Todos los niveles de los procedimientos de apelación y quejas formales de Molina se completarán en un plazo de 30 días calendario.

Los miembros deben presentar una queja formal en un plazo de 180 días calendario a partir del día en que se produjo el incidente o la acción que causó el descontento del miembro.

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

Revisión acelerada: si una queja formal implica una amenaza inminente y grave para la salud de un miembro, Molina la revisará de inmediato. 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 al miembro de inmediato sobre su derecho a comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada. Molina emitirá una respuesta formal a más tardar tres días calendario después del contacto inicial del miembro con Molina. El miembro también puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada de inmediato y no está obligado a participar en el proceso de quejas formales de Molina.

Revisión de excepciones externas no incluidas en el formulario: si un miembro no está de acuerdo con la denegación de una solicitud de excepción de “medicamento no incluido en el formulario” o de terapia escalonada, el miembro, su representante o el proveedor del miembro pueden presentar una queja formal solicitando una revisión externa de la excepción. La información sobre cómo solicitar una revisión también se incluirá en el aviso de denegación del miembro. Consulte la sección titulada “Apelaciones y quejas formales” para obtener información sobre cómo presentar una queja formal. El proceso de revisión de excepciones externas se suma al derecho del miembro a presentar una queja formal o solicitar una revisión médica independiente. Molina responderá a la solicitud de revisión externa dentro de:

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

Departamento de Atención Médica Administrada:

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es responsable de reglamentar los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al 1 (888) 858-2150 y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda con una queja formal que involucra una emergencia, una queja formal que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no se ha resuelto durante más de 30 días, puede comunicarse al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, en

inglés). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TDD gratuita (1-877-688-9891) para las personas con una discapacidad auditiva o del habla. El sitio web del departamento www.dmhc.ca.gov tiene formularios de reclamación, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Revisión médica independiente: un miembro puede solicitar una revisión médica independiente (IMR) de un Servicio de Atención Médica en Disputa al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) si el miembro cree que los servicios de atención médica han sido negados, modificados o retrasados indebidamente por Molina o uno de sus proveedores participantes. Un “Servicio de Atención Médica en Disputa” es cualquier servicio de atención médica elegible para la cobertura y el pago (también llamados servicios cubiertos) que ha sido negado, modificado o retrasado por Molina o uno de sus proveedores participantes, en su totalidad o en parte porque el servicio no es médicamente necesario.

El proceso de IMR se suma a cualquier otro procedimiento o remedio que pueda estar disponible para los miembros. Los miembros no pagan ninguna aplicación o tasa de procesamiento de ningún tipo para la IMR. Los miembros tienen derecho a dar información en apoyo de la solicitud de una IMR. Molina le dará a los miembros un formulario de solicitud de IMR con cualquier carta de disposición que deniegue, modifique o retrase los servicios de atención médica. La decisión de no participar en el proceso de la IMR puede hacer que el miembro pierda cualquier derecho legal a emprender acciones legales contra Molina en relación con el servicio de atención médica en disputa.

Elegibilidad para la IMR: El DMHC revisará su solicitud de una IMR para confirmar lo siguiente:

1. O bien:
 - A. El proveedor del miembro ha recomendado un servicio de atención médica como médicamente necesario.
 - B. El miembro ha recibido servicios de atención de urgencia o de emergencia que un proveedor determinó que era médicamente necesario.
 - C. El miembro realizó una consulta con un proveedor participante a fin de recibir el diagnóstico o tratamiento de la afección médica para la cual el miembro busca revisión médica.
2. El Servicio de Atención Médica 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.
3. El miembro ha presentado una queja formal ante Molina o su proveedor participante y la decisión en disputa se mantiene o la queja sigue sin resolverse

después de 30 días calendario. El miembro no tiene que esperar una respuesta de Molina por más de 30 días calendario.

Si la queja formal requiere una revisión acelerada, el miembro puede llevarla de inmediato a la atención del DMHC. El miembro no tiene que esperar una respuesta de Molina por más de 3 días calendario. El DMHC puede renunciar al requisito de que los miembros sigan el proceso de quejas formales de Molina en casos extraordinarios y convincentes.

Si un 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. El miembro recibirá una copia de la evaluación realizada en el caso. Si la IMR determina que el servicio es médicamente necesario, Molina proporcionará el servicio de atención médica.

Para casos no urgentes, la organización de IMR designada por el DMHC debe proporcionar su determinación dentro de los 30 días calendario de la recepción de la solicitud y documentos de apoyo del miembro. Para casos urgentes que involucren una amenaza inminente y seria a la salud del miembro, incluido, entre otros, a dolor serio, pérdida potencial de vida, miembro, o función corporal importante, o deterioro inmediato y serio de la salud, la organización de IMR debe proveer su determinación dentro de tres días calendario.

Para obtener más información sobre el proceso de IMR, o pedir un formulario de solicitud, llame a Servicios de Atención al Miembro de Molina.

Revisión médica independiente para negación de terapias experimentales o de investigación: los miembros también pueden tener derecho a una revisión médica independiente sobre la decisión de Molina de negar cobertura para el tratamiento que Molina determine que es experimental o de investigación.

- El tratamiento debe ser para una afección que pueda resultar en la muerte o que genere una debilidad grave.
- Molina notificará por escrito al miembro la oportunidad de solicitar una revisión médica independiente de una decisión que deniegue una terapia experimental o de investigación dentro de los cinco días hábiles de la decisión de negar la cobertura.
- Un miembro no está obligado a participar en el proceso de quejas formales de Molina antes de solicitar una revisión médica independiente de la decisión de Molina de negar la cobertura de una terapia experimental o de investigación.
- La revisión médica independiente se completará dentro de los 30 días calendario desde la recepción por parte del Departamento de Atención Médica Administrada de la solicitud y la documentación de respaldo del miembro. Si el médico de un miembro determina que la terapia propuesta sería mucho menos efectiva si no se inicia de inmediato, la decisión de la revisión médica independiente se emitirá dentro de los siete días calendario de la solicitud completada para una revisión acelerada.

Your Extended Family.

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

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

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

- Ayudas y servicios para personas con discapacidad.
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas.
 - Material escrito en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, braille).
- Servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés.
- Intérpretes especializados.
- Material escrito traducido en su idioma.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con los Servicios de Atención al Miembro de Molina. El número del Centro de Atención al Miembro 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, nosotros le 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 reclamación 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 a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

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

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

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

03/11/19 - Global

Quejas formales: el procedimiento de quejas está disponible en la sección del Acuerdo titulada “Reclamaciones y apelaciones”. Consulte esa sección para saber cómo presentar una queja, incluido el nombre del representante del plan y el número de teléfono, dirección y dirección de correo electrónico del representante del plan que puede ser contactado acerca de la queja, y cómo presentar la queja al Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) para su revisión después de completar el proceso de queja o participar en el proceso por lo menos 30 días.

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. (Inglés)

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. (Español)

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。(Chino)

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. (Vietnamita)

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. (Tagalo)

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

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

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. (Criollo francés)

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. (Ruso)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե դուք խոսում եք հայերեն, կարող եք անվճար օգտվել լեզվի օժանդակ ծառայություններից: Չանգահարել՝ Հանախորդների սպասարկման բաժին: Հեռախոսի համարը նշված է ձեր Անդամակցության նույնականացման քարտի ետևի մասում: (Armenio)

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。(Japonés)

توجه! اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی رایگان در اختیار شما است. با خدمات اعضاء تماس بگیرید. شماره تلفن مربوطه در پشت کارت عضویت شما درج شده است. (Farsi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਜ (Member Services) ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਮੈਂਬਰ 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. (Alemán)

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. (Francés)

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 ntwm koj daim npav tswv cuab. (Hmong)

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មាននេះក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗគ្នាដូចជាអូឌីយ៉ូ ប៊ែលឬព្រឹត្តិបត្រអក្សរធំដោយសារតែតម្រូវការពិសេសឬភាសារបស់អ្នកដោយមិនគិតថ្លៃឡើយ។ (Jemer)

ADENDA PARA 2023

ANEXO DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS

Proporcionado por California Dental Network, Inc.



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

California Dental Network

A DentaQuest company

DEFINICIONES

“**Atención dental de emergencia**” significa el servicio necesario para aliviar inmediatamente los síntomas agudos asociados con una afección dental de emergencia.

“**Condición médica de emergencia**” se refiere a una afección médica que incluye dolor severo o sangrado asociado con problemas dentales, o afecciones 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 (incluido el dolor severo) de tal manera que la ausencia de atención médica inmediata podría, de modo razonable, esperar resultar en cualquiera de los siguientes:

- Poner la salud del paciente en grave peligro.
- Provocar 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 en virtud de este plan.

“**Proveedor dental**” se refiere a aquellos dentistas, que han contratado con la CDN, e incluye a cualquier higienista o asistente que actúe bajo la supervisión del dentista, para proporcionar servicios a los miembros.

“**Especialista Dental**” se refiere a un dentista que es responsable del cuidado dental de un miembro en un campo de la odontología, como la endodoncia, la periodoncia, la pedodoncia, la cirugía oral o la ortodoncia.

“**Máximo anual de gastos de bolsillo**” (OOPM) es la cantidad máxima de costos compartidos que un miembro tendrá para pagar por servicios cubiertos en un año del plan. Después de que el miembro gaste esta cantidad en deducibles, copagos y coseguros, la CDN paga el 100 % de los costos de los beneficios dentales esenciales cubiertos para los miembros pediátricos (niños hasta los 19 años). Las cantidades que el suscriptor o los dependientes pagan por servicios no cubiertos por este plan no cuentan para el OOPM. El programa de beneficios puede incluir un monto OOPM por cada individuo inscrito en virtud de este Acuerdo y un monto OOPM por separado para toda la familia cuando hay dos o más miembros inscritos. Cuando dos o más miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo: 1) el OOPM individual se cumplirá, con respecto al suscriptor o a un dependiente, cuando esa persona alcance el monto del OOPM individual; o 2) el OOPM familiar se cumplirá cuando el costo compartido de la familia de un miembro sume el monto del OOPM familiar. Una vez que el total de los costos compartidos del suscriptor o de un dependiente sume el monto del OOPM individual, la CDN pagará el 100 % de los costos de los beneficios dentales esenciales de salud cubiertos para los miembros pediátricos (niños hasta los 19 años) durante el resto del año del plan para el inscrito pediátrico. Una vez que el costo compartido de dos o más miembros de la familia sume el monto del OOPM familiar, la CDN pagará el 100 % de los costos de los beneficios de salud esenciales dentales cubiertos para los miembros pediátricos (niños hasta los 19 años) durante el resto del año del plan para el miembro y cada miembro pediátrico (niños hasta los 19 años) de su familia.

“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 en virtud de la Ley De atención Médica Asequible (ACA). Los beneficios pediátricos esenciales para la salud cubren la atención y servicios dentales como limpiezas, radiografías y rellenos para personas de hasta 19 años.

“Dentista primario” significa el dentista principal al que el miembro ha elegido o ha sido asignado para su tratamiento dental y es un proveedor dental participante.

“Atención dental Urgente” significa la atención necesaria para prevenir un grave deterioro de la salud de un Miembro, tras el inicio de una afección imprevista. La atención urgente es necesaria dentro de las 24 a 72 horas, e incluye sólo los servicios necesarios para prevenir el grave deterioro de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista para la cual no se puede retrasar el tratamiento.

¿CÓMO USO MIS BENEFICIOS?

Además de su EOC de Molina Healthcare of California, usted recibirá una carta de la Red Dental de California (CDN por sus siglas en inglés) con el número de teléfono y la dirección de Su oficina dental.

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

¿CÓMO CAMBIO MI PROVEEDOR DENTAL?

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

Usted puede seleccionar a cualquier Proveedor Dental Participante de la CDN para su cuidado dental. Usted puede cambiar a su proveedor de atención primaria (PCP) en cualquier momento. Comuníquese con el Departamento de Servicio de Atención al Cliente Dental al 1-855-424-8106 para cambiar a su dentista primario. Cualquier solicitud recibida antes del 20 de cada mes entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Cualquier cambio que se reciba después del 20 del mes estará vigente el primer día del segundo mes calendario. Podemos requerir hasta 30 días para procesar una solicitud.

PROVEEDORES DENTALES

Las oficinas dentales participantes de la CDN están abiertas durante el horario comercial normal y algunas oficinas están abiertas el sábado. Consulte el directorio de su proveedor para obtener más información sobre las horas de oficina del proveedor y los idiomas que se hablan en las oficinas participantes. Si tiene dificultades para localizar a un proveedor dental participante en su área dentro de los estándares de acceso del plan, comuníquese con el Departamento de Servicio de Atención al Cliente Dental al 1-855-424-8106 para recibir autorización para servicios fuera de la

red. Usted podrá seleccionar un proveedor de su elección en el área inmediata. Se dará autorización para el examen y las radiografías, todo el tratamiento debe ser sometido para su aprobación.

¿Cómo puedo obtener servicios de emergencia?

La atención dental urgente y de emergencia está cubierta las 24 horas del día, los siete días de la semana, para todos los Miembros. La atención dental de emergencia se reconoce como tratamiento dental para el alivio inmediato de una afección médica de emergencia y cubre sólo los servicios dentales necesarios para aliviar los síntomas de tales condiciones. Se requiere atención urgente dentro de las 24 a 72 horas, y se necesitan servicios para prevenir el grave deterioro de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista para la cual el tratamiento no se puede retrasar. El Plan proporciona cobertura para servicios dentales urgentes sólo si se requieren los servicios para aliviar síntomas como dolor o sangrado severos o si un miembro cree razonablemente que la afección, si no se diagnostica o se trata, puede llevar a una discapacidad, deterioro o disfunción. Los beneficios cubiertos son el alivio de los síntomas agudos solamente (por ejemplo: dolor severo o sangrado) y no incluye la restauración completa. Comuníquese con su dentista Participante para atención dental urgente o de emergencia. Si su proveedor dental no está disponible durante el horario comercial regular, llame a Servicio de Atención al Cliente Dental al 1-855-424-8106.

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

Se recomienda a los afiliados que utilicen adecuadamente el sistema de respuesta de emergencia “911”, en áreas donde el sistema está establecido y en funcionamiento, cuando usted tiene una afección 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 afección urgente o de emergencia. Si usted está fuera del área, es después del horario comercial normal de la CDN, o no puede contactar a la CDN para redirigirle a otro dentista contratado, póngase en contacto con cualquier dentista autorizado para recibir atención de emergencia o urgente. Se le requiere que presente una declaración detallada del dentista tratante con una lista de todos los servicios proporcionados. Las reclamaciones de los miembros se deben presentar dentro de los 60 días y reembolsaremos a los miembros dentro de los 30 días por cualquier gasto de emergencia o atención urgente. Un padre no cubierto de un niño cubierto puede presentar una reclamación por una emergencia fuera del área sin la aprobación del padre cubierto, en ese caso el padre no cubierto será reembolsado. Envíe todas las reclamaciones a la CDN a esta dirección:

California Dental Network, Inc.
23291 Mill Creek Dr. Ste. 100
Laguna Hills, CA 92653

La atención dental de emergencia se reconoce como tratamiento dental para el alivio inmediato de una afección médica de emergencia y cubre sólo los servicios dentales necesarios para aliviar los síntomas de tales condiciones. La atención urgente es el tratamiento requerido dentro de 24 a 72 horas, y son servicios necesarios para prevenir el grave deterioro de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista para la cual el tratamiento no se puede retrasar. El plan proporciona cobertura para servicios dentales urgentes o de emergencia sólo si se requieren los servicios para aliviar síntomas como dolor o sangrado severos, o si un miembro cree razonablemente que la afección, 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 referencia 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 la CDN al 1-855-424-8106. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque 711 para comunicarse con 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 en virtud de este plan dental, entonces los beneficios de este plan se coordinarán con el otro plan de acuerdo con las regulaciones sobre “Coordinación de beneficios”. El diseño de beneficios estándar de Covered California requiere que el pagador de beneficios dentales primario sea un plan de salud comprado a través de Covered California que incluye beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica. Cualquier plan dental independiente que ofrezca el beneficio de salud dental esencial pediátrico ya sea como un beneficio separado o combinado con un beneficio dental familiar, cubre los beneficios como un pagador secundario del plan de beneficios dentales. El pagador principal de beneficios dentales es este plan de salud comprado a través de Covered California e incluye beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica.

Se puede obtener una copia de las normas de coordinación de beneficios de la CDN.

El Plan 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 afección de un miembro sea tal que el miembro se enfrente a una amenaza inminente y grave para su salud (incluida, pero no limitada a, la pérdida potencial de vidas, miembros u otras funciones corporales), la solicitud de un segundo dictamen se autorizará dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud por el Plan, siempre que sea posible.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA: ENFERMEDAD AGUDA O ENFERMEDAD CRÓNICA GRAVE

A petición del inscrito, el Plan, en ciertas circunstancias, organizará la continuación de los servicios cubiertos prestados por un dentista Participante terminado a un inscrito que esté recibiendo un tratamiento de un dentista Participante terminado por una enfermedad aguda o una enfermedad crónica grave. En el caso de que el inscrito y el dentista Participante terminado califiquen, el Plan proporcionará los servicios dentales en una base oportuna y apropiada hasta 90 días o más si es necesario, para una transferencia segura a otro dentista Participante según lo determinado por el Plan en consulta con el dentista Participante terminado, consistente con una buena práctica profesional.

El pago de copagos, deducibles u otros componentes de participación en los costos por parte del afiliado durante el período de continuación de la atención con un dentista Participante terminado será el mismo 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 en virtud de 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 afección 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 afección 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 período prolongado.
- (b) Requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir que empeore.

Para solicitar la consideración de la continuidad de los servicios de un dentista participante terminado porque usted tiene una afección crónica aguda o seria, llame o escriba el plan.

ACCESO OPORTUNO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y DE 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 afección 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 interpretación están a disposición de los miembros en todos los puntos de contacto, incluso cuando un miembro está acompañado por un familiar o amigo que puede prestar servicios de interpretación, sin costo alguno para el afiliado. Para coordinar los servicios de intérprete en su cita dental y otro punto de contacto comuníquese con el Centro de Atención al Miembro de la CDN.

DIVULGACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Todos los historiales personales y médicos (incluyendo cualquier información personal o privilegiada, historiales médicos, historiales de pacientes, etc.) serán 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 Médica Administrada, la Junta Dental y los representantes legales de la CDN u otras agencias según lo requerido por la ley.

Un miembro del plan o el padre no cubierto de un niño cubierto puede solicitar acceso o una copia de la información personal y los expedientes médicos.

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

Los suscriptores y afiliados de la CDN pueden solicitar comunicación confidencial por correo directo o mediante comunicación electrónica. Envíe las solicitudes a la siguiente dirección:

California Dental Network, Inc.
23291 Mill Creek Drive, Suite 100
Laguna Hills, CA 92653
O llame al teléfono:
(949) 830-1600: Número gratuito (877) 425-4164

La CDN implementará solicitudes de comunicaciones confidenciales dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de una solicitud electrónica o telefónica o dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción por correo de primera clase.

La CDN no requiere que una persona protegida obtenga la autorización del suscriptor principal o de otro inscrito para recibir servicios confidenciales o para presentar un reclamación por servicios confidenciales si la persona protegida tiene derecho a dar su consentimiento para la atención.

La CDN no divulga información médica relacionada con servicios de atención médica confidenciales proporcionados a una persona protegida al suscriptor principal ni a ningún afiliado del plan que no sea la persona protegida que recibe atención, en ausencia de una autorización expresa de la persona protegida.

La CDN permite y acepta solicitudes de comunicaciones confidenciales en la forma y el formato solicitados por la persona protegida, si se pueden producir fácilmente en la forma y el formato solicitados, o en ubicaciones alternativas.

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

La política de confidencialidad de la CDN 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 dentista participante que tenga la custodia de los registros. En caso de que el dentista participante deniegue al miembro la solicitud de añadir un anexo, el miembro deberá ponerse en contacto con la CDN para recibir asistencia.

TENEMOS A SU DISPOSICIÓN, SI LA SOLICITA, UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA CDN PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS.

TELEODONTOLOGÍA

Este plan incluye cobertura para servicios dentales prestados adecuadamente a través de servicios de teleodontología. En general, la teleodontología se puede utilizar para realizar diagnósticos básicos, clasificar emergencias y responder preguntas sobre el cuidado bucal. Durante una visita virtual, el dentista puede determinar que necesita que lo atiendan ahora para recibir atención de emergencia o decidir que puede esperar hasta que se reanuden las citas regulares en el

consultorio. Los servicios están cubiertos sobre la misma base y en la misma medida en que está cubierto el mismo servicio a través de un diagnóstico, una consulta o un tratamiento en persona. La cobertura no se limita solo a los servicios brindados por proveedores externos, selectos y corporativos de telesalud.

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 CDN supervisa los pagos de bolsillo durante el transcurso del año del plan. La CDN proporcionará al afiliado pediátrico su saldo acumulado para su deducible anual y OOPM anual por cada mes en el que se usaron los beneficios y hasta que el saldo anual sea igual al monto total de OOPM. Los afiliados pediátricos pueden solicitarnos su saldo acumulado más actualizado para su OOPM anual en cualquier momento. Cuando esos pagos alcancen el desembolso máximo para el plan de un miembro, enviaremos una carta tanto al miembro como al dentista participante seleccionado por el miembro para garantizar que no sean responsables de los copagos por servicios futuros.

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

- Los afiliados que optaron por no recibir avisos por correo pueden optar por volver a recibirlos en cualquier momento.
- Las actualizaciones de acumulación pueden incluirse con evidencia de declaraciones de beneficios.

Los suscriptores y afiliados de la CDN pueden solicitar comunicación confidencial por correo directo o mediante comunicación electrónica. Envíe las solicitudes a la siguiente dirección:
California Dental Network, Inc.
23291 Mill Creek Drive, Suite 100
Laguna Hills, CA 92653

O llame al teléfono:
(949) 830-1600: Número gratuito (877) 425-4164

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 gastos de su bolsillo.

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

Beneficios y límites para los servicios de diagnóstico:

- Evaluación oral periódica (D0120): Una vez cada seis meses, por proveedor.
- Evaluación oral limitada, centrada en el problema (D0140): Una vez por paciente por proveedor.
- Evaluación oral integral (D0150): Una vez por paciente por proveedor para la evaluación inicial.
- Evaluación oral detallada y extensa (D0160): centrada en el problema, por informe, una vez por paciente por proveedor.
- Reevaluación, limitada, centrada en el problema (visita no postoperatoria) (D0170) : un beneficio para el cuidado sintomático continuo de la disfunción de la articulación temporomandibular; hasta seis veces en un período de tres meses, hasta un máximo de 12 en un período de 12 meses.
- Radiografías , intraorales, series completas (incluido mordeduras) (D0210): Una vez por proveedor cada 36 meses.
- Radiografías (rayos X), intraoral, primera película periapical (D0220): Un beneficio para un máximo de 20 periapicales en un período de 12 meses por el mismo proveedor, en cualquier combinación de lo siguiente: Primera imagen radiográfica intraoral-periapical (D0220) e intraoral-periapical cada imagen radiográfica adicional (D0230).
- Radiografías (rayos X), intraorales, periapicales cada película adicional (D0230): Un beneficio para un máximo de 20 periapicales en un período de 12 meses para el mismo proveedor, en cualquier combinación de lo siguiente: Primera imagen radiográfica intraoral- periapical (D0220) e intraoral- periapical cada imagen radiográfica adicional (D0230).
- Radiografías (rayos X), intraoral, película oclusal (D0240): Un beneficio de hasta un máximo de dos en un período de seis meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X), Extraorales (D0250): Un beneficio una vez por fecha de servicio.
- Radiografías (rayos X), mordida , película simple (D0270): Un beneficio una vez por fecha de servicio.
- Radiografías (rayos X), mordeduras, dos películas (D0272): Un beneficio una vez cada seis meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X), mordeduras, cuatro películas (D0274): Un beneficio una vez cada seis meses por proveedor.
- Radiografías , 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 período de 12 meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X) película panorámica (D0330): Un beneficio una vez en un período de 36 meses por proveedor, excepto cuando se documenta como esencial para un examen de seguimiento/ postoperatorio (como después de la cirugía oral).
- Radiografías , imagen radiográfica cefalométrica (D0340): Un beneficio dos veces en un período de 12 meses por proveedor.

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

Beneficios y límites para los servicios preventivos:

- Profilaxis infantil (D1120): Un beneficio una vez en un período de seis meses para pacientes menores de 21 años.
- Barniz de fluoruro tópico (D1206): Un beneficio una vez en un período de seis meses para pacientes menores de 21 años. Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica del fluoruro (D1208). Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica del fluoruro (D1208).
- Aplicación tópica de fluoruro (D1208): Un beneficio una vez en un período de seis meses para pacientes menores de 21 años. Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de barniz de flúor (D1206). Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de barniz de flúor (D1206).
- Sellador, por diente (D1351): Un beneficio, para los molares permanentes primero, segundo y tercero que ocupan la segunda posición molar; sólo en las superficies oclusales que están libres de caries o restauraciones; para pacientes menores de 21 años; una vez por diente cada 36 meses por proveedor independientemente de las superficies selladas.
- Restauración de resina preventiva en un paciente con riesgo de caries moderado a alto, diente permanente (D1352): Un beneficio para los molares permanentes primero, segundo y tercero que ocupan la segunda posición molar; sólo para una lesión cavitaria activa en un foso o fisura que no cruza el DEJ; para pacientes menores de 21 años; una vez por diente cada 36 meses por proveedor independientemente de las superficies selladas.
- Mantenedor de espacio, fijo, unilateral (D1510): Un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes menores de 18 años; sólo para mantener el espacio para un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, maxilar (D1516): Un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular (D1517): Un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, extraíble, unilateral (D1520): Un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes

menores de 18 años; sólo para mantener el espacio para un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación

- Mantenedor de espacio, extraíble, bilateral, maxilar (D1526): Un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, removible, bilateral, mandibular (D1527): Un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Nueva cementación o colocación del mantenedor de espacio bilateral-maxilar (D1551): Un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años.
- Nueva cementación o colocación del mantenedor de espacio bilateral-mandibular (D1552): Un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años.
- Nueva cementación o colocación del mantenedor de espacio unilateral-por cuadrante (D1553): Un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años. Beneficios y límites para los servicios restaurativos:
- Dientes primarios, restauraciones de amalgama: una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro o más superficies (D2161): Un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, restauraciones de amalgama: una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro o más superficies (D2161): Un beneficio una vez en un período de 36 meses.
- Dientes primarios, restauraciones compuestas a base de resina (anterior): una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro o más superficies o que impliquen un ángulo incisal (D2335): Un beneficio una vez en un período de 12 meses, cada superficie dental única sólo se paga una vez por diente por fecha de servicio.
- Dientes permanentes, restauraciones compuestas a base de resina (anterior): una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro o más superficies o que impliquen un ángulo incisal (D2335): un beneficio una vez en un período de 36 meses, cada superficie dental única sólo se paga una vez por diente por fecha de servicio
- Dientes primarios, corona compuesta a base de resina (anterior) (D2390): Por lo menos cuatro superficies se implicarán: un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, corona compuesta a base de resina (anterior) (D2390): Por lo menos cuatro superficies se involucrarán: un beneficio una vez en un período de 36 meses

- Dientes primarios, restauraciones compuestas a base de resina (posterior): una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro o más superficies (D2394): Un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, restauraciones compuestas a base de resina (posterior): una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro o más superficies (D2394): Un beneficio una vez en un período de 36 meses.
- Corona, compuesto a base de resina (indirecta), dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2710): un beneficio una vez en un período de cinco años; para cualquier corona compuesta basada en resina que sea fabricada indirectamente. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.
- Corona, 3/4 compuesto a base de resina (indirecta), dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2712): un beneficio una vez en un período de cinco años; para cualquier corona compuesta basada en resina que sea fabricada indirectamente. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos, o para 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 período de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.
- Corona, sustrato de porcelana/cerámica, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2740): Un beneficio una vez en un período de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.
- Corona, porcelana fusionada a predominantemente metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2751): Un beneficio una vez en un período de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.
- Corona, 3/4 de fundición predominantemente metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2781): Un beneficio una vez en un período de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.
- Corona, 3/4 porcelana/cerámica, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2783): Un beneficio una vez en un período de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.

- Corona, fundición total predominantemente metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2791): Un beneficio una vez en un período de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o apoyos fundidos.
- Restauración de la cobertura parcial, de la vivienda o de la vivienda (2910): Un beneficio una vez en un período de 12 meses, por proveedor.
- Corona de recuperación (D2920): No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una re- cementación previa por parte del mismo proveedor.
- Corona de porcelana/cerámica prefabricada - diente permanente (D2928): Un beneficio una vez en un período de 36 meses. No beneficia a los terceros molares , a menos que el tercer molar ocupe la primera y segunda posición molar .
- Corona de porcelana/cerámica prefabricada - diente primario (D2929): Un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario (D2930): Un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente (D2931): Un beneficio una vez en un período de 36 meses. No beneficia a los terceros molares , a menos que el tercer molar ocupe la 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 período de 12 meses.
- Dientes permanentes, corona de resina prefabricada (D2932), corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina (D2933): Un beneficio una vez en un período de 36 meses. No beneficia a los terceros molares , a menos que el tercer molar ocupe la primera y segunda posición molar .
- Restauración protectora (D2940): Un beneficio una vez por diente en un período de seis meses, por proveedor. No es un beneficio cuando se realiza en la misma fecha de servicio con una restauración o corona permanente, para el mismo diente; en los dientes tratados con el canal de la raíz.
- Retención de pasador - por diente, además de restauración (D2951): Un beneficio sólo para los dientes permanentes; cuando se facturan con una amalgama o restauración compuesta en la misma fecha de servicio; una vez por diente independientemente del número de pasadores colocados; para una restauración posterior cuando la destrucción implica tres o más superficies conectadas y al menos una cúspide; o para una restauración anterior cuando la destrucción coronal extensa implica el ángulo incisal.
- Poste y núcleo además de corona, de fabricación indirecta (D2952): Un beneficio una vez por diente independientemente del número de puestos colocados; sólo en conjunción con las coronas permisibles (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en los dientes permanentes tratados con el canal de la raíz.
- Poste prefabricado y núcleo además de corona (D2954): Un beneficio una vez por diente independientemente del número de puestos colocados; sólo en conjunción con las coronas permisibles (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en los dientes permanentes tratados con el canal de la raíz.
- Reparación de la corona necesaria por fallo del material restaurador (D2980): Un beneficio para las coronas procesadas en laboratorio en dientes permanentes. No es un

beneficio dentro de los 12 meses posteriores a la colocación inicial de la corona o a la reparación previa para el mismo proveedor.

Beneficios y Límites para los Servicios Endodónticos:

- Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final) - eliminación de la pulpa coronal a la unión dentinomial y aplicación del medicamento (D3220): Un beneficio una vez por diente primario. No es un beneficio para un diente primario cerca de la exfoliación; para un diente primario con una pulpa necrótica o una lesión periapical; para un diente primario que no es restaurable; o para un diente permanente.
- Desbridamiento pulpal, dientes primarios y permanentes (D3221): Un beneficio para los dientes permanentes o para los dientes primarios sobremantenedidos sin sucesor permanente; una vez por diente.
- Pulpotomía parcial para apexogénesis - diente permanente con desarrollo de raíces incompleto (D3222): Un beneficio una vez por diente permanente. No es una prestación para los dientes primarios; para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial fija existente o una dentadura parcial removible con ganchos o apoyos fundidos.
- Terapia pulpal (relleno reabsorbible) – diente anterior, primario (D3230) o posterior, diente primario (D3240), (excluyendo restauración final): Un beneficio una vez por diente primario. No es un beneficio para un diente primario cerca de la exfoliación; con una pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final) (D3220), misma fecha de servicio, mismo diente; o con desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes (D3221), misma fecha de servicio, mismo diente.
- Terapia con el canal radicular, diente anterior (D3310), (excluyendo la restauración final): un beneficio una vez por diente para el tratamiento inicial de la terapia del canal de la raíz. Para el retratamiento de la terapia con el canal de la raíz, use el retratamiento de la terapia anterior con el canal de la raíz (D3346).
- Tratamiento del canal radicular, diente bicúspide (D3320), (excluyendo la restauración final): un beneficio una vez por diente para el tratamiento inicial de la terapia del canal de la raíz. Para el retratamiento de la terapia con el canal de la raíz, use el retratamiento de la terapia con el canal de la raíz anterior (D3347).
- Tratamiento del canal radicular, molar (excluyendo la restauración final) (D3330): un beneficio una vez por diente para el tratamiento inicial de la terapia del canal de la raíz. Para el retratamiento de la terapia con el canal radicular, use el retratamiento de la terapia con el canal radicular anterior: Molar (D3348). No es una prestación para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial fija existente o una dentadura parcial removible con ganchos o apoyos fundidos.
- Retratamiento de la terapia anterior del canal de la raíz – anterior (D3346), bicúspide (D3347): No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses posteriores al tratamiento inicial.
- Retratamiento de la terapia previa del canal radicular – molar (D3348): No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses del tratamiento inicial; para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial fija existente o una dentadura parcial removible con ganchos o apoyos fundidos

- Apexificación/recalcificación/regeneración pulpal - visita inicial (cierre apical/reparación calcifica de perforaciones, reabsorción de raíces, desinfección del espacio de pulpa, etc.) (D3351): Un beneficio una vez por diente permanente. No es una prestación para los dientes primarios; para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial fija existente o una dentadura parcial removible con ganchos o apoyos fundidos.
- Apexificación/recalcificación – provisional (D3352): Un beneficio una vez por diente permanente; sólo después de la apexificación/recalcificación- visita inicial (cierre apical/reparación calcifica de perforaciones, reabsorción de raíces, etc.) (D3351). No es una prestación para los dientes primarios; para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura parcial fija existente o una dentadura parcial removible con ganchos o apoyos fundidos.
- Apicoectomía/cirugía periradicular anterior (D3410): Un beneficio sólo para los dientes anteriores permanentes. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días posteriores a la terapia con el canal radicular, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses posteriores a una apicoectomía previa/cirugía periradicular.
- Apicoectomía/cirugía periradicular bicúspide (primera raíz) (D3421): Un beneficio 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 primer 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 entrada y cierre de la solapa): Cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante (D4260): un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 36 meses.

- Cirugía ósea (incluyendo la entrada de la solapa y los cierres) - de uno a tres dientes contiguos o espacios limitados a los dientes - por cuadrante (D4261): un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Escalamiento y planeo de raíces periodontales - cuatro o más dientes por cuadrante (D4341) o uno o tres dientes por cuadrante (D4342): un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 24 meses.
- Mantenimiento periodontal (D4910): Un beneficio sólo para los pacientes que residen en un centro de enfermería especializada (SNF) o en un centro de cuidados intermedios (ICF); sólo cuando están precedidos por un escalamiento y un planeo de raíces periodontales (D4341-D4342); sólo después de la finalización de todas las escalaciones y planos de raíces necesarios; una vez en un trimestre natural; sólo en el período de 24 meses posterior a la última escalación y al planeo de raíces.
- Cambio no programado de vestidura (por alguien que no sea el dentista que trata) (D4920): Para pacientes de 13 años o más; una vez por paciente por proveedor; dentro de los 30 días posteriores a la fecha de servicio de gingivectomía o gingivoplastia (D4210 y D4211) y cirugía ósea (D4260 y D4261)

Beneficios y Límites para los Servicios Protodóntico:

- Los servicios de prostodoncia prestados exclusivamente con fines cosméticos no son un beneficio.
- Las dentaduras temporales o provisionales que se utilizarán mientras se construye una dentadura permanente no son un beneficio.
- Las dentaduras de reserva o de respaldo no son un beneficio.
- La evaluación de una dentadura sobre una base de mantenimiento no es un beneficio.
- Dentadura completa – superior (D5110), inferior (D5120): cada uno un beneficio una vez en un período de cinco años a partir de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura completa anterior.
- Dentadura inmediata – superior (D5130), inferior (D5140): cada uno es un beneficio una vez por paciente. No es un beneficio como una dentadura temporal. Las dentaduras completas subsiguientes no son un beneficio dentro de un período de cinco años de una dentadura inmediata.
- Dentadura parcial a base de resina (incluidos materiales retentivos y de sujeción, apoyos y dientes), superior (D5211) o inferior (D5212): cada uno de ellos se beneficia una vez en un período de cinco años; cuando se reemplaza un diente o 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 premolar en el mismo lado. No es un beneficio para reemplazar los terceros molares faltantes.
- Dentadura parcial a base de resina metálica fundida (incluyendo materiales retentivos o de sujeción cualquier cierre convencional, descansos y dientes) superior (D5213) o inferior (D5214): cada uno de ellos se beneficia una vez en un período de cinco años; cuando se reemplaza un diente o 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 premolar 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 período de 12 meses por proveedor. No un beneficio: Misma fecha de servicio o en el transcurso de los seis meses posteriores a la fecha de servicio de una dentadura postiza completa, maxilar (D5110) mandibular (D5120), dentadura postiza inmediata, maxilar (D5130) mandibular (D5140) o sobredentadura, maxilar (D5863) o mandibular (D5865); misma fecha de servicio o en el transcurso de los seis meses posteriores a la fecha de servicio de rebasado de dentadura postiza completa (consultorio) maxilar (D5730) mandibular (D5731), rebasado de dentadura postiza completa (laboratorio) maxilar (D5750) mandibular (D5751) y preparación de tejido, maxilar (D5850) mandibular (D5851); misma fecha de servicio o en el transcurso de los seis meses posteriores a la fecha de servicio de la reparación de la base de dentadura postiza completa rota (D5511 O D5512) y reemplazo de dientes rotos o faltantes, dentadura postiza completa (D5520).
- Ajuste la dentadura parcial: Superior (D5421), inferior (D5422): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un período de 12 meses por proveedor. No se trata de un beneficio igual a la fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio de: Un marco de base de resina parcial maxilar (D5211) mandibular (D5212) o un marco de metal fundido parcial de dentadura con bases de resina dentadura maxilar (D5213) mandibular (D5214) maxilar (D5740), tejido mandibular (D5741) (D5760), acondicionamiento parcial de la mandarina (D5761) (mandarina) (D5850) (mandarina parcial), mandarina parcial), mandarina (D5851) La misma fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio de la base de la dentadura de resina reparada (D5611 O D5612), reparar la estructura de fundición (D5621 O D5622), reparar o reemplazar la abrazadera rota (D5630), reemplazar los dientes rotos por diente (D5640), añadir el diente a la dentadura parcial existente (D5650) y añadir la pinza a la dentadura parcial existente (D5660).
- Reparar la base de la dentadura completa rota--inferior(D5511) o superior (D5512): Un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un período de 12 meses por proveedor. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la dentadura maxilar completa (presidente) (D5730), la dentadura mandibular completa (presidente) (D5731), la dentadura maxilar completa (laboratorio) (D5750) y la dentadura mandibular completa (laboratorio) (D5751).
- Sustituir los dientes que faltan o están rotos - dentadura completa (cada diente) (D5520): Un beneficio hasta un máximo de cuatro, por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de a12-mes por proveedor.
- Reparar la base de la dentadura de resina—inferior (D5611) o superior (D5612): Un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor; sólo para dentaduras parciales. No es un beneficio para la misma fecha de servicio que la dentadura parcial maxilar (consultorio) (D5740), la dentadura parcial mandibular (consultorio) (D5741), la dentadura parcial maxilar (laboratorio) (D5760) y la dentadura parcial mandibular (laboratorio) (D5761).
- Reparar el bastidor fundido—inferior (D5621) o superior (D5622): un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.

- Repare o sustituya el cierre roto (D5630): un beneficio hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.
- Sustituir los dientes rotos - por diente (D5640): Un beneficio: Hasta un máximo de cuatro, por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor; sólo para dentaduras parciales.
- Agregar diente a la dentadura parcial existente (D5650): Un beneficio: Hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; una vez por diente. No es un beneficio para añadir los terceros molares.
- Agregar cierre a la dentadura parcial existente (D5660): un beneficio: hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.
- Dentadura completa (presidente) superior (D5730): Un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una dentadura-maxilar inmediata (D5130) o una sobredentadura inmediata (D5863) que requiriera extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura (remota) completa (D5110) o extractivas (D5863). No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura maxilar completa de relina (laboratorio) (D5750).
- Dentadura completa de relina (costado de la silla) inferior (D5731): Cada beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una dentadura mandibular inmediata (D5140) o una sobredentadura mandibular inmediata (D5865) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura (remota) mandibular completa (D5120) o una sobredentadura (remota) mandibular (D5865) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura mandibular completa (laboratorio) con renina (D5751).
- Dentadura parcial (costado de la silla) superior (D5740): Un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para el maxilar de base de dentaduras-resina parcial (D5211) o el marco de metal fundido de dentadura parcial con bases de dentadura de resina maxilar (D5213) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para las bases de dentadura parcial (D5211) o el marco de metal fundido parcial con bases de resina maxilar (D5213) (no requirieron). No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura parcial de relina (laboratorio) maxilar (D5760).
- Dentadura parcial de relina (consultorio) inferior (D5741): Un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para la base mandibular de la dentadura parcial (D5212) o el marco de metal fundido parcial de la dentadura con bases mandibulares de resina (D5214) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para las extracciones mandibulares parciales de la base de la resina (D5212) o el marco de metal fundido parcial de la dentadura con bases de resina que no requirieron extracciones (D5214). No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura parcial de relina (laboratorio) mandibular (D5761).
- Parte superior de la dentadura completa de relina (laboratorio) (D5750): Cada beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para un maxilar de dentadura (D5130) o un maxilar de sobredentadura (D5863) inmediato que requiriera extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una dentadura (remota) maxilar (D5110) o una sobredentadura (remota) maxilar (D5863) completa que

no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura completa (lado de la silla) maxilar (D5730).

- Dentadura completa de relina (laboratorio) inferior (D5751): Cada beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una dentadura mandibular inmediata (D5140) o una sobredentadura mandibular inmediata (D5865) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura (remota) mandibular completa (D5120) o una sobredentadura (remota) mandibular (D5865) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura completa (en la silla) mandibular (D5731).
- Dentadura parcial superior con relina (laboratorio) (D5760): Un beneficio: Una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para el marco de metal de dentadura parcial maxilar con bases de dentadura de resina (D5213) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para el marco de metal de dentadura parcial maxilar con bases de dentadura de resina (D5213) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura parcial maxilar (lado de la silla) (D5740); para una base de dentadura parcial maxilar (D5211).
- Dentadura parcial inferior de relina (laboratorio) (D5761): Un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para el marco de metal de la dentadura parcial mandibular con bases de dentadura de resina (D5214) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para el marco de metal de dentadura parcial mandibular con bases de dentadura de resina (D5214) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura parcial mandibular (en la silla) (D5741); para una base de dentadura parcial mandibular (D5212).
- Acondicionamiento de tejidos, superior (D5850): un beneficio dos veces por prótesis en un período de 36 meses. No se beneficia la misma fecha de servicio que la dentadura maxilar completa (presidenta) (D5730), la dentadura parcial maxilar (presidenta) (D5740), la dentadura maxilar completa (laboratorio) (D5750) y la dentadura parcial maxilar (laboratorio) (D5760); o la misma fecha de servicio que una prótesis que no requería extracciones.
- Acondicionamiento del tejido, inferior (D5851): un beneficio dos veces por prótesis en un período de 36 meses. No es un beneficio la misma fecha de servicio que la dentadura mandibular completa (en la silla) (D5731), la dentadura parcial mandibular (en la silla) (D5741), la dentadura mandibular completa (laboratorio) (D5751) y la dentadura parcial mandibular (laboratorio) (D5761), o la misma fecha de servicio que una prótesis que no requería extracciones.
- Sobredentadura axilar (D5863): un beneficio una vez en un período de cinco años.
- Sobredentadura-mandibular (D5865): un beneficio una vez en un período de cinco años.

Beneficios y Límites para los prótesis Maxilofaciales

- Prótesis ocular (D5916): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis ocular, provisional (D5923).
- Prótesis ocular, provisional (D5923): No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis ocular (D5916).

- Prótesis de obturador, quirúrgica (D5931): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, la prótesis definitiva (D5932) y la prótesis de obturador, provisional (D5936)
- Prótesis de obturador, definitiva (D5932): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, la quirúrgica (D5931) y la prótesis de obturador, provisional (D5936).
- Prótesis de obturador, modificación (D5933): Un beneficio dos veces en un período de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, quirúrgica (D5931), la prótesis de obturador, definitiva (D5932) y la prótesis de obturador, provisional (D5936).
- Prótesis de obturador, provisional (D5936): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, la quirúrgica (D5931) y la prótesis de obturador, definitiva (D5932).
- Ayuda a la alimentación (D5951): Un beneficio para los pacientes menores de 18 años.
- Prótesis de ayuda al habla, pediátrica (D5952): Un beneficio para los pacientes menores de 18 años.
- Prótesis de ayuda al habla, adulto (D5953): Un beneficio para los pacientes menores de 18 años.
- Prótesis de elevación palatal D5955, definitiva (D5955): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de elevación palatal, provisional (D5958).
- Prótesis de elevación palatal, provisional (D5958): No es un beneficio en la misma fecha de servicio con prótesis de elevación palatal, definitiva (D5955).
- Prótesis de elevación palatal, modificación (D5959): Un beneficio dos veces en un período de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de elevación palatal, la prótesis de elevación definitiva (D5955) y la prótesis de elevación palatal, provisional (D5958).
- Prótesis de ayuda al habla, modificación (D5960): Un beneficio dos veces en un período de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de ayuda al habla, la pediátrica (D5952) y la prótesis de ayuda al habla, la adulta (D5953).
- Portador de gel de fluoruro (D5986): Un beneficio sólo en conjunción con radioterapia dirigida a los dientes, las quiebres o las glándulas salivales

Beneficios y Límites para los Servicios de implantación

- Los servicios de implante son un beneficio sólo cuando las condiciones médicas excepcionales están documentadas y serán revisadas por la Red Dental de California por necesidad médica para autorización previa. Las condiciones médicas excepcionales incluyen, pero no se limitan a:
 - cáncer de la cavidad oral que requiere cirugía ablativa 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 artrogryposis, displasia ectodérmica, anodoncia parcial y displasia cleidocraneal).

- destrucción traumática de la mandíbula, la cara o la cabeza donde las estructuras óseas restantes no pueden apoyar prótesis dentales convencionales.
- Los proveedores deberán presentar la documentación completa de los casos (como radiografías, exploraciones, informes operativos, informes de paneles craneofaciales, difusiones de diagnóstico, fotografías y trazas intraorales/extraorales) necesarios para demostrar la necesidad médica de los servicios de implante solicitados.
- Los implantes de un solo diente no son un beneficio de la HMO Dental de niños de la Red Dental de California.
- Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: Implante endosteal (D6010): Los servicios de implante son un beneficio sólo cuando se documenten condiciones médicas excepcionales y se revisen por necesidad médica. Consulte las políticas generales de Servicios de implante para conocer los requisitos específicos.
- Colocación quirúrgica: Implante eposteal (D6040): Consulte D6010
- Colocación quirúrgica: Implante transosteal (D6050): Consulte D6010
- Barra de conexión: Soporte del implante o soporte de pilar (D6055): Consulte D6010
- Pilar prefabricado - incluye modificación y colocación (D6056): Consulte D6010
- Pilar fabricado a medida - incluye colocación (D6057): Consulte D6010
- Corona de porcelana/cerámica con soporte de pilar (D6058): Consulte D6010
- Porcelana con soporte de pilar fusionada a corona de metal (metal noble alto) (D6059): Consulte D6010
- Porcelana con soporte de pilar fusionada a corona de metal (predominantemente metal base) (D6060): Consulte D6010
- Porcelana con soporte de pilar fusionada a corona de metal (metal noble) (D6061): Consulte D6010
- Corona de metal fundido con apoyo de pilar (metal noble alto) (D6062): Consulte D6010
- Corona de metal fundido con apoyo de pilar (predominantemente metal base) (D6063): Consulte D6010
- Corona de metal fundido apoyada (metal noble) (D6064): Consulte D6010
- Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante (D6065): Consulte D6010
- Corona soportada por implante, porcelana fusionada con aleaciones altamente nobles (D6066): Consulte D6010
- Corona metálica soportada por el implante (aleaciones altamente nobles) (D6067): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana/cerámica (D6068): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida a metal FPD (metal noble alto) (D6069): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para porcelana fusionada a metal FPD (predominantemente metal base) (D6070): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida a metal FPD (metal noble) (D6071): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal noble alto) (D6072): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (predominantemente metal base) (D6073): Consulte D6010

- Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal noble) (D6074): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante para FPD cerámico (D6075): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante para FPD de porcelana fundida con aleaciones muy nobles (D6076): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante para FPD de metal con aleación muy noble (D6077): Consulte D6010
- Procedimientos de mantenimiento de implantes, incluyendo la extracción de prótesis, limpieza de prótesis y pilares y re inserción de prótesis (D6080): Consulte D6010
- Corona con soporte de implante (porcelana fundida predominantemente con aleaciones base [D6082]): Consulte D6010
- Corona con soporte de implante (porcelana fundida con aleaciones nobles [D6083]): Consulte D6010
- Corona con soporte de implante (porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio) (D6084): Consulte D6010
- Corona con soporte de implante (predominantemente aleaciones base [D6086]): Consulte D6010
- Corona con soporte de implante (aleaciones nobles [D6087]): Consulte D6010
- Corona con soporte de implante (titanio y aleaciones de titanio) (D6088): Consulte D6010
- Reparar la prótesis con soporte de implante, según el informe (D6090): Consulte D6010
- Sustitución de la pieza reemplazable del aditamento de semiprecisión o precisión (componente macho o hembra) de la prótesis soportada por implante o pilar, por aditamento (D6091): Consulte D6010
- Corona con soporte de implante/pilar reacondicionado (D6092): No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una re- cementación previa por parte del mismo proveedor.
- Implante/pilar de reconstrucción con prótesis parcial fija (D6093): No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una re- cementación previa por parte del mismo proveedor.
- Corona con apoyo de pilar (titanio) (D6094): Consulte D6010
- Reparar el pilar del implante, según el informe (D6095): Consulte D6010
- Corona apoyada sobre pilar: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio (6097): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante: porcelana fundida con aleaciones predominantemente base (D6098): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante para FPD - porcelana fundida con aleaciones nobles (6099): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio (6120): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante para FPD de metal, predominantemente aleaciones base (6121): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante para FPD de metal, aleaciones nobles (6122): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante para FPD de metal: titanio y aleaciones de titanio (6123): Consulte D6010

Beneficios y Límites para los Servicios de Prostodoncia fija:

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

parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.

- Corona - 3/4 de fundición predominantemente de metal base (D6781): Un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona - 3/4 porcelana/cerámica (D6783): Un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Retenedor corona $\frac{3}{4}$ de titanio y aleaciones de titanio (D6784): Un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona - fundición total predominantemente metal base (D6791): Un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Puente de recuperación (D6930): No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una re- cementación previa por parte del mismo proveedor.
- Reparación parcial de dentaduras fijas necesaria por fallo del material restaurador (D6980): No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a la colocación inicial o a la reparación previa, el mismo proveedor.

Beneficios y Límites para Servicios de Cirugía Oral

- Extracción, restos coronales - diente deciduo (D7111): No es un beneficio para los dientes asintomáticos.
- Extracción, diente en erupción o raíz expuesta (elevación o extracción de fórceps) (D7140): No es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial del diente.
- Extirpación quirúrgica del diente en erupción que requiere elevación del colgador y extracción del hueso o seccionamiento del diente, incluida la elevación del flap mucoperiosteal, si se indica (D7210): Un beneficio cuando la extracción de cualquier diente que se produzca requiere la elevación de un flap mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial o 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 hueso (D7230): Un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un flap mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial. Una de las alturas proximales del contorno de la corona estará cubierta de hueso.
- Extracción del diente impactado - completamente ósea (D7240): Un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un flap mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial que cubra la mayor parte o toda la corona.
- Extracción del diente impactado - hueso completo con complicaciones quirúrgicas inusuales (D7241): Un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado

requiere la elevación de un flap mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial que cubra la mayor parte o toda la corona. La dificultad o complicación se debe a factores como la disección nerviosa o la posición dentaria aberrante.

- Extirpación quirúrgica de las raíces dentales residuales (procedimiento de corte) (D7250): Un beneficio cuando la raíz está completamente cubierta por hueso alveolar. No es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial del diente.
- Cierre De La Fístula Antral Oral (D7260): Un beneficio para la escisión de un tracto fistuloso entre el seno maxilar y la cavidad oral. No es un beneficio junto con los procedimientos de extracción (D7111 – D7250).
- Cierre primario de una perforación sinusal (D7261): Un beneficio en ausencia de un tracto fistuloso que requiera la reparación o cierre inmediato de la comunicación oroantral u oralnasal, posterior a la extracción de un diente.
- Reimplantación o estabilización de un diente accidentalmente expulsado o desplazado (D7270): Un beneficio una vez por arco independientemente del número de dientes involucrados, y sólo para dientes anteriores permanentes.
- Acceso quirúrgico de un diente retenido(D7280): No es un beneficio para los 3^{er} molares.
- Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado (D7283): Un beneficio sólo para pacientes en tratamiento ortodóncico activo. No beneficia a los terceros molares a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer y segundo molar.
- Biopsia de tejido oral duro (hueso, diente) (D7285): Un beneficio para la extracción del espécimen solamente; una vez por arco, por fecha de servicio independientemente de las áreas involucradas. No se beneficia con una apicoectomía/ cirugía periradicular (D3410-D3426), una extracción (D7111-D7250) y una escisión de cualquier tejido blando o lesión intraósea (D7410-D7461) en la misma zona o región en la misma fecha de servicio.
- Biopsia de tejido oral blando (D7286): Un beneficio para la extracción del espécimen solamente; hasta un máximo de tres por fecha de servicio. No se beneficia con una apicoectomía/cirugía periradicular (D3410-D3426), una extracción (D7111-D7250) y una escisión de cualquier tejido blando o lesión intraósea (D7410-D7461) en la misma zona o región en la misma fecha de servicio.
- Reposicionamiento quirúrgico de los dientes (D7290): Un beneficio sólo para los dientes permanentes; una vez por arco; sólo para los pacientes con tratamiento ortodóncico activo. No beneficia a los terceros molares a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer y segundo molar.
- Fibrotomía transeptal/fibrotomía suprapesal, por informe (D7291): Un beneficio una vez por arco; sólo para pacientes en tratamiento ortodóncico activo.
- Alveoloplastia junto con extracciones – cuatro o más dientes o espacios de dientes, por cuadrante (D7310): No es un beneficio cuando sólo se extrae un diente en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio.
- Alveoloplastia no en conjunto con extracciones – cuatro o más dientes o espacios de dientes, por cuadrante (D7320): Un beneficio sin importar el número de dientes o espacios de dientes. No es un beneficio dentro de los seis meses siguientes a las extracciones (D7140-D7250) en el mismo cuadrante, para el mismo proveedor.
- Vestibuloplastia – extensión de la cresta (epitelialización secundaria) (D7340): Un beneficio una vez en un período de cinco años por arco. No es un beneficio en la misma

fecha de servicio con una vestibuloplastia – extensión de la cresta (D7350) mismo arco; en la misma fecha de servicio con extracciones (D7111-D7250) mismo arco.

- Vestibuloplastia – extensión de la cresta (incluyendo injertos de tejido blando, reapego muscular, revisión del apego del tejido blando y manejo del tejido hipertrofiado e hiperplásico) (D7350): Un beneficio una vez por arco. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una vestibuloplastia – extensión de la cresta (D7340) mismo arco; en la misma fecha de servicio con extracciones (D7111-D7250) mismo arco.
- Escisión de lesión benigna, complicada (D7412): Una ventaja cuando hay un gran debilitamiento con el avance o el cierre rotacional de la solapa.
- Escisión de lesión maligna, complicada (D7415): Una ventaja cuando hay un gran debilitamiento con el avance o el cierre rotacional de la solapa.
- Extracción de la exostosis lateral (maxilar o mandíbula) (D7471): Un beneficio una vez por cuadrante; sólo para la extracción de exostosis bucal o facial.
- Retirada de torus palatinus(D7472): Un beneficio una vez en la vida del paciente.
- Remoción de torus mandibularis (D7473): Un beneficio una vez por cuadrante.
- Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea (D7485): Un beneficio una vez por cuadrante.
- Incisión y drenaje del absceso - tejido blando intraoral (D7510): Un beneficio una vez por cuadrante, la misma fecha de servicio. No es un beneficio cuando cualquier otro tratamiento definitivo se realiza en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio, excepto las radiografías o fotografías necesarias.
- Incisión y drenaje del absceso – tejido blando intraoral – complicado (incluye drenaje de múltiples espacios de la fascia). (D7511): Un beneficio una vez por cuadrante, la misma fecha de servicio. No es un beneficio cuando cualquier otro tratamiento definitivo se realiza en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio, excepto las radiografías o fotografías necesarias.
- Extracción del cuerpo extraño de la mucosa, piel o tejido alveolar subcutánea (D7530): Un beneficio una vez por fecha de servicio. No es un beneficio cuando se asocia con la extirpación de un tumor, quiste (D7440- D7461) o diente (D7111- D7250).
- Eliminación de reacciones que producen cuerpos extraños, sistema musculoesquelético (D7540): Un beneficio una vez por fecha de servicio. No es un beneficio cuando se asocia con la extirpación de un tumor, quiste (D7440- D7461) o diente (D7111- D7250).
- Ostectomía parcial/secuestrectomía para la extracción de hueso no vital (D7550): Un beneficio una vez por cuadrante por fecha de servicio; sólo para la eliminación de hueso suelto o deshuesado causado por infección o suministro de sangre reducido. No es un beneficio dentro de los 30 días de una extracción asociada (D7111-D7250).
- Sinotomía maxilar para la extracción del fragmento del diente o del cuerpo extraño (D7560): No es un beneficio cuando se recupera un fragmento de diente o un cuerpo extraño del zócalo de diente.
- Huesos faciales – reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos (D7680): Un beneficio para el tratamiento de fracturas simples.
- Huesos faciales – reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos (D7780): Un beneficio para el tratamiento de fracturas compuestas.
- Aparato ortopédico oclusal, por informe (D7880): Un beneficio para la disfunción de la ATM diagnosticada. No es un beneficio para el tratamiento del bruxismo.

- Terapia TMD no especificada, por informe (D7899): No es un beneficio para procedimientos como la acupuntura, la acupresión, la biorretroalimentación y la hipnosis
- Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm (D7910): No es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Sutura complicada: Hasta 5 cm (D7911): No es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Sutura complicada: Superior a 5 cm (D7912): No es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Injerto de piel (identifique defecto cubierto, localización y tipo de injerto) (D7920): No es un beneficio para el injerto periodontal.
- Injerto óseo, osteoperiosteal, o de cartílago de huesos mandibulares o faciales, autógenos o no autógenos, por informe (D7950): No es un beneficio para el injerto periodontal.
- Aumento sinusal con sustitutos óseos o óseos a través de un abordaje abierto lateral (D7951): Un beneficio sólo para pacientes con servicios de implante autorizados.
- Aumento sinusal con hueso o sustituto óseo mediante un abordaje vertical (D7952): Un beneficio sólo para pacientes con servicios de implante autorizados.
- Reparación del defecto del tejido blando o duro maxilofacial (D7955): No es un beneficio para el injerto periodontal.
- Frenectomía bucal o labial (frenulectomía) (D7961): Un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; sólo cuando han estallado los incisivos y los cúspides permanentes.
- Frenectomía lingual (frenulectomía) (D7962): Un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; sólo cuando han estallado los incisivos y los cúspides permanentes.
- Frenuloplastia (D7963): Un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; sólo 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.
- Retirada del aparato (no por el dentista que colocó el aparato), incluye la extracción de la barra de arco (D7997): Un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; sólo para la remoción de aparatos relacionados con procedimientos quirúrgicos. No es un beneficio para la eliminación de aparatos de ortodoncia y mantenedores de espacio.

Beneficios y Límites para los Servicios Ortodónticos

- Los procedimientos de ortodoncia son beneficios para casos de maloclusión por discapacidad médicamente necesarios, paladar hendido y tratamiento del crecimiento facial para pacientes menores de 21 años y deben estar autorizados previamente.
- Sólo aquellos casos con dentición permanente deben ser considerados para una maloclusión por discapacidad médicamente necesaria, a menos que el paciente tenga 13 años o más y los dientes primarios queden. Los casos de anomalía craneofacial y paladar hendido son un beneficio para las dentición primaria, mixta y permanente. Las anomalías craneofaciales se tratan utilizando el manejo del crecimiento facial.
- Todos los procedimientos necesarios que puedan afectar el tratamiento ortodóncico se deben completar antes de considerar el tratamiento ortodóncico.
- Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio solo cuando los difusiones de diagnóstico verifican una puntuación mínima de 26 puntos en El Formulario de hoja de puntuación para la modificación de California del Índice de desviación Labolingüe de

la discapacidad (Handicapping Labio-Lingual Deviation, HLD), DC016 (06/09) o una de las seis condiciones de calificación automática a continuación existen o cuando hay documentación escrita de una anomalía craneofacial de un especialista acreditado en su membrete profesional.

- Las condiciones de calificación automática son:
 - deformidad del paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en las difusiones de diagnóstico, se presentará la documentación escrita de un especialista acreditado, en su membrete profesional, con la solicitud de autorización previa,
 - anomalía craneofacial. La documentación escrita de un especialista acreditado se presentará, en su membrete profesional, con la solicitud de autorización previa,
 - una profunda sobremordida impactante en la que los incisivos inferiores están destruyendo el tejido blando del paladar,
 - una picadura cruzada de dientes anteriores individuales que causa la destrucción de tejido blando,
 - un resalte incisal superior a 9 mm o un sobrechorro inverso superior a 3,5 mm,
 - una desviación traumática grave (como la pérdida de un segmento premaxilar por quemaduras, accidente u osteomiomización u otra patología macroscópica). La documentación escrita del trauma o patología se presentará con la solicitud de autorización previa.
- Tratamiento ortodóncico integral de la maloclusión de la dentición adolescente (D8080): Un beneficio para casos de maloclusión con discapacidad, paladar hendido y tratamiento del crecimiento facial; para pacientes menores de 21 años; para dentición permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes primarios todavía presentes o tenga una anomalía craneofacial o paladar hendido); una vez por paciente por fase de tratamiento.
- Terapia con dispositivos extraíbles (D8210): un beneficio para los pacientes de 6 a 12 años; una vez por paciente. No es un beneficio para aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación; para mantenedores de espacio en la región anterior superior o inferior.
- Terapia con aparatos fijos (D8220): un beneficio para los pacientes de 6 a 12 años; una vez por paciente. No es un beneficio para aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación; para mantenedores de espacio en la región anterior superior o inferior.
- Visita de tratamiento pre-ortodóncico (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), o
 - Gestión Del Crecimiento Facial:
 - Dentición primaria- hasta un máximo de 4 visitas trimestrales. (Se autorizarán 2 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
 - Dentición mixta: Hasta un máximo de 5 visitas trimestrales. (Se autorizarán 3 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
 - Dentición permanente- hasta un máximo de 8 visitas trimestrales. (Se autorizarán 4 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
- Retención ortodoncia (retirada de aparatos, construcción y colocación de retenedores) (D8680): Un beneficio para pacientes menores de 21 años; para dentición permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes primarios todavía presentes o tenga un paladar hendido o anomalía craneofacial); una vez por arco para cada fase autorizada del tratamiento ortodóncico.
- Reparación del aparato de ortodoncia maxilar (D8696): Un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por aparato. No beneficia al proveedor original la sustitución o reparación de soportes, bandas o cables de arco.
- Reparación del aparato de ortodoncia mandibular (D8697): 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.
- Nueva cementación o colocación del retenedor fijo maxilar (D8698): Un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Nueva cementación o colocación del retenedor fijo mandibular (D8699): Un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Reparación de retenedores fijos, incluye el reacoplamiento, maxilar (D8701): Un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Reparación de retenedores fijos, incluye el reacoplamiento, mandibular (D8702): Un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Sustitución de un retenedor perdido o roto, maxilar, (D8703). Un beneficio: para pacientes menores de 21 años; una vez por arco; sólo dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de servicio de la retención de ortodoncia (D8680).

- Sustitución de un retenedor perdido o roto, mandibular, (D8704). Un beneficio: para pacientes menores de 21 años; una vez por arco; sólo dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de servicio de la retención ortodóntica.

Beneficios y Límites para los Servicios Complementarios

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

emocional que prohíbe al paciente responder a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento; para las vías de administración oral, de parche, intramuscular o subcutánea; una vez por fecha de servicio. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la sedación profunda/anestesia general (D9223), la analgesia, la ansiólisis, la inhalación de óxido nitroso (D9230) o la sedación/analgesia consciente intravenosa (D9239 O D9243); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.

- Llamada a la casa/centro de cuidados extendidos (D9410): Un beneficio una vez por paciente por fecha de servicio; sólo en conjunto con los procedimientos que se pagan.
- Llamada al hospital o al centro quirúrgico ambulatorio (D9420): Un beneficio por cada hora o fracción del mismo, tal como se documenta en el informe operativo. No es un beneficio: Para un cirujano asistente; para el tiempo dedicado a compilar la historia del paciente, escribir informes o para visitas postoperatorias o de seguimiento.
- Visita a la oficina para observación (durante las horas regularmente programadas) - no se realizan otros servicios (D9430): Un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor. No es un beneficio cuando se proporcionan procedimientos que no sean radiografías o fotografías necesarias en la misma fecha de servicio; para visitas a pacientes que residen en una casa o centro de atención extendida.
- Visita al consultorio - después de las horas programadas regularmente (D9440): Un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; sólo con tratamiento que sea un beneficio.
- Fármaco parenteral terapéutico, administración única (D9610): Un beneficio para hasta un máximo de cuatro inyecciones por fecha de servicio. No es un beneficio para la administración de un analgésico o sedante cuando se usa en conjunto con sedación profunda/anestesia general (D9223), analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230), sedación consciente intravenosa/analgesia (D9239 O D9243) o sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.
- Aplicación de medicamentos desensibilizantes (D9910): Un beneficio una vez en un período de 12 meses por proveedor; sólo para dientes permanentes. No es un beneficio cuando se utiliza como base, revestimiento o adhesivo bajo una restauración; la misma fecha de servicio que el fluoruro (D1206 y D1208).
- Tratamiento de complicaciones (post-quirúrgicas) - circunstancias inusuales, por informe (D9930): Un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; para el tratamiento de un vaso seco o sangrado excesivo dentro de los 30 días siguientes a la fecha de servicio de una extracción; para la eliminación de fragmentos óseos dentro de los 30 días posteriores a la fecha de servicio de una extracción. No es un beneficio para la eliminación de fragmentos óseos en la misma fecha de servicio que una extracción; para las visitas rutinarias postoperatorias.
- Análisis de oclusión – caso montado (D9950): Un beneficio una vez en un período de 12 meses; para pacientes de 13 años o más; sólo para la disfunción de la TMJ diagnosticada; para la dentición permanente. No es sólo un beneficio para el bruxismo.
- Ajuste oclusal – limitado (D9951): Un beneficio una vez en un período de 12 meses por cuadrante por proveedor; para pacientes de 13 años o más; sólo para dientes naturales. No es un beneficio dentro de los 30 días siguientes al tratamiento restaurativo definitivo, endodóntico, removible y fijo de la prostodoncia en el mismo cuadrante u opuesto.

Ajuste oclusal – completo (D9952): Un beneficio una vez en un período de 12 meses después de un caso montado en el análisis de la oclusión (D9950); para pacientes de 13 años o más; sólo para la disfunción de la ATM diagnosticada; para la dentición permanente.

DIVULGACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Todos los registros personales y médicos son confidenciales. Esta información confidencial puede ser revisada por la CDN según lo requiera su personal y el Comité de Garantía de calidad.

Esta información también puede ser puesta a disposición del Departamento de Atención Médica Administrada, la Junta Dental y los representantes legales de la CDN u otras agencias según lo requerido por la ley.

Un miembro del plan o el padre no cubierto de un niño cubierto puede solicitar acceso o una copia de la información personal y los expedientes médicos. El consentimiento por escrito para la divulgación de la información y los registros del paciente debe ser firmado por el paciente, junto con la tarifa apropiada, según lo permitido por la ley, antes de que cualquier registro sea liberado. La CDN responderá a la solicitud dentro de los 30 días posteriores a su recepción.

La política de confidencialidad de la Red Dental de California está disponible para su revisión a todos los miembros del plan bajo petición.

Un miembro del plan puede solicitar que se añada un 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 Acuerdo por cualquiera de los anteriores obligará a la CDN, sea o no prevista en este Contrato. En el caso de que la Ley o Reglamento establecido en virtud de la misma establezca cualquier requisito que no esté incluido en el presente Contrato o sea contrario al mismo, prevalecerá sobre las disposiciones aplicables del presente Contrato y será vinculante para las partes del mismo.
- Nada de lo contenido en este documento impedirá a la CDN cambiar la ubicación de cualquiera de sus oficinas dentales, siempre y cuando conserve una red de proveedores suficiente para proporcionar servicios dentales al Grupo.
- En el caso de que cualquiera de los proveedores de la CDN rescinda su relación con la CDN, incumpla su Contrato de Proveedor con la CDN o no pueda prestar servicios dentales en virtud del presente documento, y los Miembros se verían afectados de manera adversa

o material, la CDN dará a los Miembros afectados un aviso por escrito al respecto.

- Tras la terminación de un contrato de proveedor, la CDN será responsable de asegurar la terminación de los servicios cubiertos prestados por dicho Proveedor (excepto para los copagos definidos en la subdivisión (g) de la Sección 1345 de la Ley) a los miembros que conserven la elegibilidad en virtud de este Acuerdo o por la operación de la ley en virtud del 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 afección que amenaza la vida o enfermedad seriamente debilitante o para negaciones basadas en servicio que no sea médicamente necesario poniéndose en contacto con el Centro de Atención al Miembro dentro de los cinco días hábiles de la negación. La solicitud de una revisión médica independiente será revisada por el Director Dental o, si es necesario, se referirá al Comité de Garantía de calidad. Los plazos para considerar solicitudes de revisión médica independiente serán los mismos que para el procesamiento de quejas. Los miembros tienen derecho a presentar información en apoyo de la solicitud de revisión médica independiente.

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es responsable de reglamentar los planes de servicio de atención médica. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al (1-855-424-8106) y usar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda con una queja formal que involucra una emergencia, una queja formal que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja formal que no se ha resuelto durante más de 30 días, puede comunicarse al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, en inglés). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TDD gratuita (1-877-688-9891) para las personas con una discapacidad auditiva o del habla. El sitio web del departamento <http://www.dmhc.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

	<u>Niño Individual</u>	<u>Familia (2 o más niños)</u>
Deducible	Ninguno	Ninguno
Copago del consultorio	Sin cargo	Sin cargo
Período de espera	Ninguno	Ninguno
Límite de beneficios anuales	Ninguno	Ninguno

A continuación se incluye una lista de beneficios de salud esenciales dentales pediátricos cubiertos, junto con su participación en los costos, cuando son realizados por un proveedor dental participante de la CDN y sujetos a las exclusiones y limitaciones de esta EOC:

<u>Código</u>	<u>Descripción</u>	<u>Copago de Miembros</u>
<u>Diagnóstico</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	aleta de mordida - dos películas	Sin cargo
D0273	aleta de mordida - tres películas	Sin cargo
D0274	aleta 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	Imagen fotográfica 2D oral o facial obtenida intraoral o extraoralmente	Sin cargo
D0351	Imagen fotográfica 3D	Sin cargo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Sin cargo

D0470	Las emisiones de diagnóstico sólo 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
D0701	Imagen radiográfica panorámica: solo captura de imagen	Sin cargo
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica 2D: solo captura de imagen	Sin cargo
D0703	Imagen fotográfica bidimensional oral o facial obtenida por vía intraoral o extraoral: solo captura de imagen	Sin cargo
D0704	Imagen fotográfica en 3D: solo captura de imagen	Sin cargo
D0705	Imagen radiográfica dental posterior extraoral: solo captura de imagen	Sin cargo
D0706	Imagen radiográfica dental oclusal intraoral: solo captura de imagen	Sin cargo
D0707	Imagen radiográfica dental periapical intraoral: solo captura de imagen	Sin cargo
D0708	Imagen radiográfica de aleta de mordida intraoral: solo captura de imagen	Sin cargo
D0709	Serie completa de imagen radiográfica intraoral: solo captura de imágenes	Sin cargo
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	Sin cargo
Preventivo		
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 la prevención de enfermedades orales	Sin cargo
D1321	Consejería para el control y la prevención de efectos adversos para la salud oral, conductual y sistémica asociados con el consumo de sustancias de alto riesgo	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
D1355	Aplicación de medicamentos preventivos para 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	Mantenedores de espacio: removibles, bilaterales, maxilar	Sin cargo
D1527	Mantenedor de espacio - removible - bilateral, mandibular	Sin cargo
D1551	Nueva cementación o colocación del mantenedor de espacio bilateral-maxilar	Sin cargo
D1552	Nueva cementación o colocación del mantenedor de espacio bilateral-mandibular	Sin cargo
D1553	Nueva cementación o colocación del mantenedor de espacio unilateral-por cuadrante	Sin cargo
D1556	Extracción del mantenedor de espacio unilateral fijo por cuadrante	Sin cargo
D1557	Eliminación del mantenedor de espacio fijo maxilar	Sin cargo
D1558	Eliminación del mantenedor de espacio fijo mandibular	Sin cargo
D1575	Mantenedor de espacio de la zapata distal fijo unilateral, por cuadrante	Sin cargo
Restaurativo		

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
D2928	Corona de porcelana o cerámica prefabricada, diente permanente	\$120
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 corona para que quepa debajo del marco de dentadura parcial existente	\$35
D2980	Reparación de la corona, por informe	\$50
D2999	Procedimiento restaurador no especificado, por informe	\$40
Endodoncias		

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 pulpal, dientes primarios y permanentes	\$40
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis - diente permanente con desarrollo de raíces incompleto	\$60
D3230	Terapia pulpal (relleno reabsorbible) – diente anterior, primario (excluida la restauración final)	\$55
D3240	Terapia pulpal (relleno reabsorbible) – diente primario posterior (excluida la 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 obstrucción de endodoncia, 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
D3430	Obturación retrógrada - por raíz	\$90
D3471	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular anterior	\$160
D3472	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular premolar	\$160
D3473	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular molar	\$160
D3910	Procedimiento quirúrgico para el aislamiento del diente con un dique de goma	\$30
D3999	Procedimiento endodóntico no especificado, por informe	\$100
Periodoncia		
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 clínico de la corona– 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, por sitio	\$80
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	\$40
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
Prostodoncia, extraíble		
D5110	Dentadura completa – maxilar	\$300
D5120	Dentadura completa – mandibular	\$300
D5130	Dentadura inmediata - maxilar	\$300
D5140	Dentadura inmediata - mandibular	\$300
D5211	Dentadura parcial maxilar con base de resina (incluidos los materiales de retención/de sujeción , los apoyos y los dientes)	\$300
D5212	Dentadura parcial mandibular con base de resina (incluidos los materiales de retención/de sujeción , los apoyos y los dientes)	\$300
D5213	Dentadura parcial maxilar con marco de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/de sujeción, cualquier cierre convencional, apoyos y dientes)	\$335
D5214	Dentadura parcial mandibular con marco de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/de sujeción, cualquier cierre convencional, apoyos y dientes)	\$335
D5221	Dentadura parcial maxilar inmediata con base de resina (incluidos los materiales de retención/de sujeción , los apoyos y los dientes)	\$275
D5222	Dentadura parcial mandibular inmediata con base de resina (incluidos los materiales de retención/de sujeción , los apoyos y los dientes)	\$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 (lado de la silla)	\$60
D5731	Dentadura mandibular completa (lado de la silla)	\$60
D5740	Dentadura parcial maxilar (lado de la silla)	\$60
D5741	Dentadura parcial mandibular (lado de la silla)	\$60
D5750	Dentadura maxilar completa con renina (laboratorio)	\$90
D5751	dentadura mandibular completa (laboratorio)	\$90
D5760	Dealineación 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 de la dentadura mandibular	\$300
D5866	Sobredentadura mandibular parcial	\$300
D5899	Procedimiento prostodóntico removible no especificado, por informe	\$350
Prótesis maxilofacial		
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 del tabique 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 de ayuda al habla, pediátrica	\$350
D5953	Prótesis de ayuda al habla, adulto	\$350
D5954	Prótesis de aumento palatal	\$135
D5955	Prótesis de elevación palatal, definitiva	\$350
D5958	Prótesis de elevación del paladar, 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
Servicios de implantes		
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: Implante endosteal	\$350
D6011	Acceso quirúrgico a un cuerpo de implante (cirugía de implante en segunda etapa)	\$350
D6013	Colocación quirúrgica de mini implan	\$350
D6040	Colocación quirúrgica: Implante eosteal	\$350
D6050	Colocación quirúrgica: Implante transosteal	\$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	Corona soportada por implante, porcelana fusionada con aleaciones altamente nobles	\$335
D6067	Corona soportada por implante (aleaciones altamente nobles)	\$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 FPD (porcelana fundida con aleaciones nobles)	\$330
D6077	Retenedor con soporte de implante para FPD de metal (con aleación muy noble)	\$350
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes, incluido extracción de prótesis, limpieza de prótesis y pilares y re inserción 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
D6082	Corona con soporte de implante: porcelana fundida predominantemente con aleaciones base	\$335
D6083	Corona con soporte de implante: porcelana fundida con aleaciones nobles	\$335
D6084	Corona con soporte de implante: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$335
D6085	Corona de implante provisional	\$300
D6086	Corona con soporte de implante: predominantemente aleaciones base	\$340
D6087	Corona con soporte de implante: aleaciones nobles	\$340
D6088	Corona con soporte de implante: titanio y aleaciones de titanio	\$340
D6090	Reparar la prótesis apoyada por el implante, según el informe	\$65

D6091	Sustitución de la pieza reemplazable del aditamento de semiprecisión o precisión (componente macho o hembra) de la prótesis soportada por implante o pilar, por aditamento	\$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
D6097	Corona con soporte de pilar: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$315
D6098	Retenedor con soporte de implante: porcelana fundida predominantemente con aleaciones base	\$330
D6099	Retenedor con soporte de implante para FPD: porcelana fundida con aleaciones nobles	\$330
D6100	Extracción quirúrgica del cuerpo del implante	\$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
D6120	Retenedor con soporte por implantes: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$330
D6121	Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido: predominantemente metal base	\$350
D6122	Retenedor soportado por implantes para metal FPD: aleaciones nobles	\$350
D6123	Retenedor soportado por implantes para metal FPD. titanio y aleaciones de titanio	\$350
D6190	Índice radiográfico/implante quirúrgico, por informe	\$75
D6191	Pilar de semiprecisión: colocación	\$350
D6192	Pilar de semiprecisión: fijación	\$350
D6194	Corona de retención con apoyo de pilar para FPD (titanio)	\$265
D6195	Retenedor soportado por pilar: porcelana fusionada con titanio y titanio aleaciones	\$315
D6199	Procedimiento de implante no especificado, por informe	\$350
Prostodoncia fija		
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
D6784	Retenedor de corona ¾: titanio y aleaciones de titanio	\$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
Cirugía oral maxilofacial		
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 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 desnutrido	\$220
D7283	Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado	\$85
D7285	Biopsia de tejido oral duro (hueso, diente)	\$180
D7286	Biopsia de tejido oral: blando	\$110
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de los dientes	\$185
D7291	Fibrotomía transseptal/fibrotomía supra crestal, por informe	\$80
D7310	Alveoloplastia 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	Alvéoloplastia no en conjunto con extracciones – por cuadrante	\$120
D7321	Alvéoloplastia 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	Extirpación de lesión benigna, complicada	\$175
D7413	Extirpación de lesión maligna 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 exostosis lateral (maxilar o mandibular)	\$140

D7472	Extracción del torus palatino	\$145
D7473	Remoción de torus mandibularis	\$140
D7485	Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea	\$105
D7490	Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea	\$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 fasciales)	\$80
D7530	Extracción de un cuerpo extraño de la mucosa, la piel o un tejido alveolar subcutáneo	\$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	Sinusetomía maxilar para extracción de fragmento de diente o cuerpo extraño	\$235
D7610	Maxilar: Reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$140
D7620	Maxilar: Reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$250
D7630	Mandíbula – reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$350
D7640	Mandíbula – reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$350
D7650	Arco 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	Dissectomía quirúrgica, con/sin implante	\$350
D7852	Reparación de discos	\$350
D7854	Sinovectomía	\$350
D7856	Miotomía	\$350
D7858	Reconstrucción conjunta	\$350
D7860	Artrostomía	\$350
D7865	Artroplastía	\$350
D7870	Arthrocentesis	\$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 ortopédico oclusal, por informe	\$120
D7881	Ajuste del dispositivo ortopédico oclusal	\$30
D7899	Terapia TMD no especificada, por informe	\$350
D7910	Sutura de recientes heridas pequeñas de hasta 5 cm	\$35
D7911	Sutura complicada – hasta 5 cm	\$55
D7912	Sutura complicada – mayor de 5 cm	\$130
D7920	Injerto de piel (identifique defecto cubierto, localización y tipo de injerto)	\$120
D7922	Colocación de un apósito biológico intrazócalo para ayudar a la hemostasia o al coágulo Estabilización, por sitio	\$80
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 (maxilla – 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 o duro maxilofacial	\$200
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$120
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$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
Ortodoncia		
D8080	Tratamiento ortodóncico integral de la maloclusión de la dentición adolescente	\$1,000
D8210	Terapia con aparatos removibles	
D8220	Terapia del aparato fijo	
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	
D8696	Reparación del aparato de ortodoncia, maxilar	
D8697	Reparación del aparato de ortodoncia, mandibular	
D8698	Nueva cementación o colocación del retenedor fijo maxilar	
D8699	Nueva cementación o colocación del retenedor fijo mandibular	
D8701	Reparación de retenedores fijos, incluye el reacoplamiento, maxilar	
D8702	Reparación de retenedores fijos, incluye el reacoplamiento, mandibular	
D8703	Sustitución del retenedor perdido o roto, maxilar	
D8704	Sustitución del retenedor perdido o roto, mandibular	
D8999	Procedimiento ortodóncico no especificado, por informe	
Servicios generales adjuntos		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental - procedimiento menor	\$30
D9120	Seccionamiento parcial fijo de la dentadura	\$95
D9210	Anestesia local no en conjunto con procedimientos quirúrgicos ambulatorios	\$10
D9211	Anestesia de bloqueo regional	\$20
D9212	Anestesia de bloqueo de división trigémino	\$60
D9215	Anestesia local	\$15
D9222	Sedación profunda/anestesia general - primeros 15 minutos	\$45
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada incremento subsiguiente de 15 minutos	\$45
D9230	Analgesia óxido nitroso	\$15
D9239	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente): Primeros 15 minutos	\$60
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente) - 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
D9950	Análisis de oclusión – caso montado	\$120

D9951	Ajuste oclusal: limitado	\$45
D9952	Ajuste oclusal: completo	\$210
D9997	Manejo de casos dentales: pacientes con necesidades especiales de atención médica	Sin cargo
D9999	procedimiento adjunto no especificado, por informe	Sin cargo

Notas Finales de los Diseños del Plan de Beneficios Estándar Dental de 2023

Notas sobre la EHB para odontología pediátrica (sólo aplicable a la porción pediátrica del plan dental para niños, plan dental familiar o plan dental de grupo)

- 1) Los pagos de costo compartido realizados por cada niño individual por servicios cubiertos en la red se acumulan al máximo de bolsillo del niño. Una vez que se ha alcanzado el máximo de bolsillo individual del niño, el plan paga todos los costos por los servicios cubiertos para ese niño.
- 2) En un plan con dos o más hijos, los pagos de reparto de costos realizados por cada niño individual por servicios en la red contribuyen al deducible de la familia en la red, si es aplicable, así como al máximo de bolsillo de la familia.
- 3) En un plan con dos o más hijos, los pagos de reparto de costos realizados por cada niño individual por servicios cubiertos fuera de la red contribuyen al deducible fuera de la red de la familia, si es aplicable, y no se acumulan al máximo de su bolsillo de la familia.
- 4) La administración de estos diseños del plan debe cumplir con los requisitos del plan de referencia EHB para odontología pediátrica, incluyendo la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad médica tal como se define en el beneficio de prueba de detección, diagnóstico y tratamiento Periódicos Tempranos (EPSDT).
- 5) Los costos compartidos de los miembros para los servicios de ortodoncia médicamente necesarios se aplican 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.