



Marketplace de Molina Healthcare of California

2022 | Acuerdo y Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación Combinados

Molina Platinum 90 HMO

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

GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA

Servicio	Necesidad	Dónde Ir
Servicios de Emergencia	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de una Condición Médica de Emergencia. 	<p>Llame al 911 o vaya a cualquier Sala de Emergencias, incluso si se trata de un Proveedor No Participante o que se encuentra fuera del Área de Servicio.</p>
Cómo Obtener Atención	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado Urgente: <ul style="list-style-type: none"> Enfermedades Leves. Lesiones Menores. Atención Médica Virtual. Consejos las 24 horas sobre preguntas médicas y de salud mental. 	<p>Llame a su Médico</p> <p>Centros de Cuidado Urgente: Encuentre un Proveedor o un Centro de Cuidado Urgente. MolinaHealthcare.com/ProviderSearch.</p> <p>Atención Médica Virtual: www.teladoc.com/molinamarketplace. 1-800-TELADOC.</p> <p>Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas: 1 (888) 275-8750 (inglés). 1 (866) 648-3537 (español).</p>
Acceso en Línea	<ul style="list-style-type: none"> Encontrar o cambiar a su médico. Ver los beneficios y el Manual del Miembro. Ver o imprimir tarjeta de identificación (ID). Realizar un seguimiento de los reclamos. 	<p>Ingrese en MyMolina.com.</p> <p>Descargue la aplicación Molina Mobile.</p> <p>Consulte el Directorio de Proveedores: MolinaHealthcare.com/ProviderSearch.</p>
Detalles del Plan	<ul style="list-style-type: none"> Respuestas sobre el plan, los programas, los servicios o los medicamentos recetados. Apoyo con la tarjeta de identificación. Acceso a la atención médica. Cuidado prenatal. Consulta preventiva para bebé. Preguntas sobre pagos. 	<p>Departamento de Servicios para Miembros de Molina (Molina Member Services Center): 1 (888) 858-2150. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.</p> <p>Ingrese en MyMolina.com.</p> <p>Ingrese en MolinaPayment.com.</p>
Elegibilidad e Inscripción	<ul style="list-style-type: none"> Preguntas de elegibilidad. Agregar un dependiente. Informar el cambio de dirección o ingresos. 	<p>1 (800) 300-1506.</p> <p>Visite CoveredCA.com.</p>

Servicios de Intérprete: Molina ofrece servicios de intérprete para cualquier Miembro que necesite ayuda lingüística a la hora de comprender y obtener la cobertura médica conforme a este Acuerdo. Estos servicios se ofrecen sin costo adicional para el Miembro. Molina proporcionará servicios de interpretación oral y servicios de traducción por escrito de cualquier material fundamental para que un Miembro comprenda su cobertura para atención médica. Los Miembros con una discapacidad auditiva o del habla pueden usar el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones si llaman al 711.

ÍNDICE

GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA	2
PLAN DE BENEFICIOS	6
¡BIENVENIDO A MOLINA HEALTHCARE.....	11
DEFINICIONES.....	12
INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD.....	16
PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA	16
PERIODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN	16
DEPENDIENTES	17
ADICIÓN DE DEPENDIENTES NUEVOS.....	17
INTERRUPCIÓN DE LA COBERTURA DE DEPENDIENTES.....	18
CONTINUACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD	19
PAGO DE LA PRIMA	19
CRÉDITO FISCAL ANTICIPADO PARA LA PRIMA (ADVANCED PREMIUM TAX CREDIT, APTC)	19
PAGOS.....	19
AVISO DE PAGO ATRASADO	19
PERIODO DE GRACIA	20
NOTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO.....	20
REINTEGRACIÓN LUEGO DE LA TERMINACIÓN.....	21
REINSCRIPCIÓN LUEGO DE LA TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO	21
RENOVACIÓN DE LA COBERTURA.....	21
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.....	21
EL DEPENDIENTE O NIÑO NO REÚNE LOS REQUISITOS DEBIDO A SU EDAD.....	22
EL MIEMBRO NO REÚNE LOS REQUISITOS.....	22
FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS.....	22
FRAUDE O TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL	22
SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN POR PARTE DEL MIEMBRO.....	22
INTERRUPCIÓN DE UN PRODUCTO EN PARTICULAR	23
INTERRUPCIÓN DE TODA LA COBERTURA.....	23
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA	23
REQUISITO DE PROVEEDOR PARTICIPANTE	23
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO	24
DERECHO DEL MIEMBRO A OBTENER SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA POR FUERA DE LA PÓLIZA	24
PROVEEDOR DE CUIDADOS PRIMARIOS (PCP).....	24
SERVICIOS DE TELESALUD	24
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE FUERA DEL ÁREA	25
PROVEEDOR NO PARTICIPANTE EN UN CENTRO DE PROVEEDOR PARTICIPANTE	25
PROVEEDOR NO PARTICIPANTE QUE BRINDA UN SERVICIO CUBIERTO.....	25
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	25
TRANSICIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA	27
SEGUNDAS OPINIONES	27
OBJECIONES MORALES.....	28
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA PARA MIEMBROS CON DISCAPACIDADES.....	28
ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	29
AUTORIZACIÓN PREVIA:	29
PLAZOS DE DECISIÓN SOBRE LA AUTORIZACIÓN.....	30
REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN.....	31
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB).....	31
COSTO COMPARTIDO.....	37
SERVICIOS CUBIERTOS	38

BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES	38
SERVICIOS DE ACUPUNTURA	39
ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS	39
CIRUGÍA BARIÁTRICA	40
TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER	40
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA	41
SERVICIOS PARA LA DIABETES	41
SERVICIOS DE DIÁLISIS	42
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, DME).....	42
SERVICIOS DE EMERGENCIA.....	42
<i>Servicios de Emergencia cuando el Miembro se encuentra fuera del Área de Servicio</i>	42
<i>Servicios de Emergencia de un Proveedor No Participante</i>	42
<i>Traslado Obligatorio a un Hospital de un Proveedor Participante</i>	43
<i>Servicios de Emergencia Fuera de los Estados Unidos</i>	43
TRANSPORTE MÉDICO DE EMERGENCIA.....	44
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	44
SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE HABILIDADES	44
ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA	44
SERVICIOS PALIATIVOS	45
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS	45
ANÁLISIS DE LABORATORIO, SERVICIOS DE RADIOLOGÍA (RADIOGRAFÍAS) Y SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE EXPLORACIÓN	46
SALUD MENTAL Y CONDUCTUAL	46
<i>Trastorno del Espectro Autista:</i>	46
<i>Servicios de Salud Mental Ambulatorios</i>	46
<i>Programas de Tratamiento Psiquiátrico Intensivo para Pacientes Ambulatorios</i>	47
<i>Hospitalización Psiquiátrica para Pacientes Internados</i>	47
<i>Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción</i>	47
TRANSPORTE MÉDICO QUE NO SEA DE EMERGENCIA	47
FENILCETONURIA (PKU) Y OTROS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	47
SERVICIOS DE MÉDICO	48
EMBARAZO Y MATERNIDAD	48
INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO	49
SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS	49
DISPOSITIVOS PROTÉSICOS Y ORTÓTICOS, IMPLANTADOS INTERNAMENTE O EXTERNOS	50
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA.....	51
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	51
CENTROS DE CUIDADO EXPERTO	51
TRASTORNO POR EL USO DE SUSTANCIAS (PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS).....	52
CIRUGÍAS (PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS).....	52
SERVICIOS PARA TRATAR EL TRASTORNO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TEMPOROMANDIBULAR JOINT SYNDROME, TMJ).....	53
SERVICIOS DE TRASPLANTES	53
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE	53
SERVICIOS PARA LA VISTA (ADULTOS Y PEDIÁTRICOS)	53
<i>Servicios para la Vista Especializados</i>	54
<i>Servicios para la Vista Pediátricos</i>	54
MEDICAMENTOS RECETADOS	55
FÁRMACOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPO MÉDICO DURADERO	55
FARMACIAS	55
FORMULARIO DE MOLINA	55
ACCESO A MEDICAMENTOS FUERA DEL FORMULARIO.....	55
SOLICITUD DE UNA EXCEPCIÓN	56
COSTO COMPARTIDO.....	57
COSTO COMPARTIDO EN LAS EXCEPCIONES DEL FORMULARIO	58
ASISTENCIA CON EL COSTO COMPARTIDO Y LOS GASTOS DE SU BOLSILLO PARA MEDICAMENTOS	58
MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS DE VENTA LIBRE	58
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, DME):.....	58
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS	58

MEDICAMENTOS RECETADOS PARA DEJAR DE FUMAR.....	58
LÍMITE DE SUMINISTRO DIARIO	59
PRORRATEO Y SINCRONIZACIÓN	59
ANALGÉSICOS CON OPIOIDES PARA EL DOLOR CRÓNICO.....	59
MEDICAMENTOS CONTRA EL CÁNCER	59
TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS, HIV)	60
DISPONIBILIDAD DE PEDIDOS POR CORREO DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO:	60
MEDICAMENTOS PARA USO FUERA DE LO INDICADO	60
MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS	61
EXCLUSIONES	61
RECLAMOS.....	65
PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO.....	65
PROCESAMIENTO DE FACTURAS Y RECLAMOS	65
PAGO DE MOLINA	65
REEMBOLSOS.....	66
PAGO DE FACTURAS.....	66
AVISOS LEGALES.....	66
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS	66
INDEMNIZACIÓN AL TRABAJADOR	67
RENOVACIÓN DE LA COBERTURA.....	67
CAMBIOS EN LAS PRIMAS Y EL COSTO COMPARTIDO	67
ACTOS MÁS ALLÁ DEL CONTROL DE MOLINA.....	67
RENUNCIA.....	68
NO DISCRIMINACIÓN.....	68
ACUERDO VINCULANTE PARA LOS MIEMBROS	68
ASIGNACIÓN.....	68
LEY VIGENTE.....	68
FALTA DE VALIDEZ.....	68
AVISOS	68
SUBROGACIÓN PARA UN ACUERDO DE SUBROGACIÓN.....	68
PROGRAMA DE BIENESTAR Y OTROS BENEFICIOS DEL PROGRAMA.....	70
MATERIALES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	70
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES	70
ARBITRAJE VINCULANTE	71
APELACIONES Y QUEJAS.....	73
QUEJAS O RECLAMOS.....	73
REVISIÓN ACELERADA	74
REVISIÓN EXTERNA DE EXCEPCIONES NO INCLUIDAS EN EL FORMULARIO	74
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA (DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE):	75
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE.....	75
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE PARA LA DENEGACIÓN DE TERAPIAS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN	77
NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN	78
ANEXO PARA 2022 SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS	81

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA
PLAN DE BENEFICIOS
Molina Platinum 90 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 LAS LIMITACIONES.

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

Tipo de Deducible	En los Proveedores Participantes, Paga
Deducible Médico	
Individual	\$0
Familia Entera de 2 o más	\$0
Deducible del Medicamento Recetado	
Individual	\$0
Familia Entera de 2 o más	\$0
Deducible de Servicios Dentales Pediátricos	\$0

Máximo Anual de Gastos de su Bolsillo ¹	Usted Paga
Individual	\$4,500
Familia Entera de 2 o más	\$9,000

¹ Los Servicios de Emergencia Medicamente Necesarios y los Servicios de Atención Médica Urgente proporcionados por un Proveedor No Participante se aplicarán a su Máximo Anual de Gastos de su Bolsillo.

Sala de Emergencias y Servicios de Atención Médica Urgente	Usted Paga	
Sala de Emergencias²	\$150	Copago por consulta, se renuncia si es admitido.
Médico de Emergencia²	Sin cargo	
Cuidado Urgente	\$15	Copago por consulta

² No se aplica el costo combinado del centro y el médico en la Sala de Emergencias si es admitido directamente en el hospital para servicios de pacientes internados (consulte los Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados para saber el Costo Compartido aplicable).

Servicios Profesionales para Pacientes Ambulatorios ³	En los Proveedores Participantes, Paga	
Visitas al Consultorio⁴		
Atención Médica Preventiva (incluye prenatal, preconcepcional y primer examen postparto)	Sin cargo	
Atención Médica Primaria	\$15	Copago por consulta
Otros Cuidados Médicos	\$15	Copago por consulta
Atención Médica Especializada	\$30	Copago por consulta
Servicios de Recuperación de Habilidades	\$15	Copago.
Servicios de Rehabilitación	\$15	Copago.
Servicios de Salud Mental/Conductual y Trastornos por Abuso de Sustancias		
Visitas al Consultorio	\$15	Copago por consulta
Otros Artículos y Servicios	\$15	Copago por consulta
Planificación Familiar	Sin cargo	
Servicios Dentales Pediátricos (solo Para Miembros menores de 19 Años)		
Examen Bucal, Limpieza Preventiva, Radiografías, Selladores, Mantenedores de Espacio de Aplicaciones de Fluoruro: Fijo Ortodoncia: Médicamente Necesaria	Para obtener una lista completa del Costo Compartido, consulte el Anexo sobre Odontología Pediátrica que se encuentra adjunto en el Acuerdo.	
Servicios para la Vista Pediátricos (solo para Miembros menores de 19 Años)		
Examen Integral de la Vista (Examen limitado a uno por año natural).	Sin cargo	
Anteojos con Receta Médica <i>Monturas</i> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a un par de monturas cada año natural. • Limitado a una selección de monturas cubiertas. <i>Lentes</i> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a un par de monturas por año natural. • Visión única, línea bifocal, línea trifocal, lentes lenticulares, lentes de policarbonato. • Todos los lentes incluyen revestimiento resistente a los arañazos y protección UV. 		
Lentes de Contacto con Receta Médica <ul style="list-style-type: none"> • En lugar de anteojos recetados, lentes de contacto con receta médica cubiertos con un suministro mínimo de tres meses para cualquiera de las siguientes modalidades por año natural: <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 y se aplica Autorización Previa).		

- ³ Tenga en cuenta lo siguiente: si usted es visto en una clínica de hospital, el Costo Compartido de hospital ambulatorio se aplicará a los centros y a los cargos accesorios. Los honorarios profesionales asociados, limitados a los servicios de Evaluación y Gestión (Evaluation and Management, E&M), serán procesados evaluando a su Proveedor de Cuidados Primarios (Primary Care Provider, PCP) o Especialista de Costos Compartidos.
- ⁴ Para los servicios de laboratorio y diagnóstico de radiografías que se proporcionan en el consultorio de un PCP o Especialista, en la misma fecha de servicio que una visita al consultorio del PCP o especialista, usted solo será responsable de la cantidad de Costo Compartido aplicable para la visita al consultorio. Los Costos Compartidos para servicios de laboratorio y radiografías, como se muestra en el Plan de Beneficios, se aplicará si los servicios son prestados por un Proveedor Participante en un lugar separado, incluso si es el mismo día que una visita al consultorio.

Servicios de Atención Médica Ambulatoria en Un Hospital/Centro	En los Proveedores Participantes, Paga	
Cirugía Ambulatoria y Otros Procedimientos		
Profesional (Servicios Quirúrgicos y No Quirúrgicos)	10%	Coseguro
Centros (Servicios Quirúrgicos y No Quirúrgicos)	10%	Coseguro
Servicios de Exploración Especializada (TC, TEP, IRM)⁵	10%	Coseguro
Servicios de Radiología	\$30	Copago
Pruebas de Laboratorio	\$15	Copago.
Servicios de Salud Mental/Conductual y Servicios por Trastornos por Abuso de Sustancias (servicios profesionales y del centro)		
Programas de Tratamiento Psiquiátrico Intensivo para Pacientes Ambulatorios	\$15	Copago
Tratamiento de Salud Conductual para el Trastorno del Espectro del Autismo (Autism Spectrum Disorder, ASD)	\$15	Copago

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

Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	En los Proveedores Participantes, Paga	
Arancel del Centro (p. ej., habitación) <ul style="list-style-type: none"> • Médico/Quirúrgico. • Atención de Maternidad. • Servicios de Salud Mental y Conductual. • Trastorno por el Uso de Sustancias. 	10%	Coseguro
Honorarios del Médico/Cirujano Profesional	10%	Coseguro
Centro de Enfermería Especializada (limitado a 100 días por periodo de beneficio) ⁶	10%	Coseguro
Cuidado Paliativo	Sin cargo	

⁶ Los servicios deben ser facturados por un Proveedor Participante del Centro de Enfermería Especializada.

Cobertura de Medicamentos Recetados⁷	En los Proveedores Participantes, Paga	
Categoría 1	\$5	Copago
Categoría 2	\$15	Copago
Categoría 3	\$25	Copago
Categoría 4	10%	Coseguro, hasta un máximo de \$250 por receta
Medicamentos Recetados pedidos por correo	Se ofrece un suministro de hasta 90 días en dos veces el costo compartido del beneficio de medicamentos recetados para minoristas de 30 días.	

⁷ **Consulte la sección “Cobertura de Medicamentos Recetados” 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 recetado que usted obtenga mediante el uso de una tarjeta de descuento o un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos recetados, o cualquier otra forma de asistencia en los Costos Compartidos de medicamentos recetados de terceros, no se aplicará a ningún Deducible ni al Máximo Anual de Gastos de su Bolsillo del Plan. Los Costos Compartidos para los medicamentos recetados cubiertos se limitan a no ser más que el precio de venta minorista de la farmacia.

Servicios Auxiliares	En los Proveedores Participantes, Paga	
Equipo Médico Duradero	10%	Coseguro
Atención Médica Domiciliaria (limitada a 100 días por periodo de beneficios) ⁸	10%	Coseguro
Transporte Médico de Emergencia (Ambulancia) (los Servicios de Emergencia Médicamente Necesarios están cubiertos para los Proveedores Participantes y No Participantes).	\$150	Copago
Transporte Médico Que No Sea de Emergencia (Ambulancia)	\$150	Copago

⁸ Los servicios deben ser facturados por una agencia de Proveedor Participante de Atención Médica Domiciliaria. Pueden aplicarse Costos Compartidos por separado para otros Servicios Cubiertos que se prestan a domicilio (por ejemplo, medicamentos inyectables, Equipo Médico Duradero, etc.).

Otros Servicios	En los Proveedores Participantes, Paga	
Servicios de Diálisis	10%	Coseguro

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

Incorporación por Referencia: Este Acuerdo, sus enmiendas o cláusulas adicionales, el Programa de Beneficios aplicable a este plan y cualquier solicitud presentada al Marketplace o a Molina con el fin de acceder a la cobertura correspondiente a este Acuerdo, incluida la hoja de tarifas aplicable a 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 realizado a este contrato legalmente vinculante entre Molina y el Suscriptor será válido hasta que reciba la aprobación de Molina y se genere una evidencia por medio de un documento escrito firmado por un miembro del equipo ejecutivo de Molina. Ningún agente de Molina tiene la autoridad necesaria para modificar este Acuerdo y sus documentos incorporados ni para renunciar a ninguna de sus disposiciones.

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

¡BIENVENIDO A MOLINA HEALTHCARE!

Como parte de una organización que se dedica a cuidar de niños, adultos y familias desde hace 40 años, en Molina nos entusiasma ser su Plan.

Le entregamos este Acuerdo para informarle lo siguiente:

- La manera de obtener servicios a través de Molina.
- Los términos y condiciones de cobertura según este Acuerdo.
- Sus beneficios y cobertura como Miembro de Molina.
- La manera de comunicarse con Molina.

Lea este acuerdo cuidadosamente. En él, encontrará información sobre la amplia gama de necesidades de salud que se cubren y los servicios de atención médica que se proporcionan. Comuníquese con nosotros si tiene preguntas o inquietudes, o si necesita más información sobre los siguientes servicios:

- Obtener el servicio de un intérprete.
- Revisar el estado de una Autorización Previa.
- Escoger a un PCP.
- Pagar una prima o un Servicio Cubierto.
- Sacar un turno.
- Conocer los beneficios o su Plan.

Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) al número de teléfono que aparece en la página 2 de este Acuerdo.

¡Estamos a su disposición!

DEFINICIONES

Algunas de las palabras o términos utilizados en este Acuerdo no tienen su significado habitual. En los planes de salud, estas palabras se usan de una forma especial. Si una palabra con significado especial se utiliza en una sola sección de este Acuerdo, se explica dentro de la sección en cuestión. Las palabras con un significado especial utilizadas en cualquier sección de este Acuerdo se explican en esta sección de “Definiciones”.

Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio: La ley integral de reforma de la atención médica, promulgada en marzo de 2010 (en ocasiones conocida como “ACA”, “PPACA” u “Obamacare”).

Cantidad Autorizada: El monto máximo que Molina pagará por un Servicio Cubierto, menos cualquier Costo Compartido requerido del Miembro.

Servicios obtenidos de un Proveedor Participante: Esto significa la tarifa contratada para dichos Servicios Cubiertos.

Servicios de Emergencia y servicios de transporte de emergencia de un Proveedor No Participante: A menos que se requiera lo contrario por la ley o según lo acordado entre el Proveedor No Participante y Molina, la Cantidad Autorizada será la mayor de 1) la tarifa promedio contratada de Molina para dichos servicios, 2) el 100% de la tarifa publicada de Medicare para tales servicios o 3) el método usual y habitual de Molina para determinar el pago de dichos servicios.

Todos los demás Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor No Participante de conformidad con este Acuerdo: Esto significa la menor de la tarifa media contratada de Molina para tales servicios, el 100% de la tasa publicada de Medicare para tales servicios, la tarifa usual y habitual de Molina para tales servicios o una cantidad negociada acordada por el Proveedor No Participante y Molina.

Máximo Anual de Gastos de Su Bolsillo (también conocido como “OOPM” [Out-of-Pocket Maximum]): El máximo que un Miembro debe pagar por los Servicios Cubiertos en un año del Plan. Después de que un Miembro gasta este monto en Deducibles, Copagos y Coseguros, Molina paga el total de los costos de los Servicios Cubiertos. Los montos que pagan el Suscriptor o los Dependientes por los servicios no cubiertos por este Plan no se cuentan para el OOPM. El Programa de Beneficios puede incluir un monto OOPM por cada individuo inscrito bajo 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) Se alcanzará el OOPM individual, con respecto al Suscriptor o a un Dependiente, cuando esa persona alcance el monto OOPM individual.
- 2) Se alcanzará el OOPM familiar cuando el Costo Compartido de la familia del miembro alcance al monto OOPM familiar.

Una vez que el Costo Compartido total para el Suscriptor o un Dependiente se suma al total del OOPM individual, Molina pagará el 100% de los cargos por los Servicios Cubiertos para ese individuo durante el resto del año natural si sigue inscrito en este Plan. Una vez que el Costo Compartido de dos o más miembros de la familia se suma hasta llegar al monto OOPM familiar, Molina pagará el 100% de los cargos por

Servicios Cubiertos para el Miembro y cada integrante de su familia por el resto del año natural si siguen inscritos en este Plan.

Factura del Saldo o Facturación del Saldo: Cuando un Proveedor emite una factura a un Miembro por la diferencia entre el monto del cargo del Proveedor y la Cantidad Autorizada. Un Proveedor Participante de Molina no puede facturar un saldo a un Miembro por Servicios Cubiertos.

Cobertura Solo para Niños: La cobertura conforme a este Acuerdo que obtiene un adulto responsable para proporcionar una cobertura de beneficios solo a un niño menor de 21 años.

Coseguro: Es un porcentaje de los cargos por Servicios Cubiertos que el Miembro debe pagar cuando recibe ciertos Servicios de ese tipo. El monto del Coseguro se calcula como un porcentaje de las tasas que Molina ha acordado con el Proveedor Participante. Si corresponde, los Coseguros se enumeran en el Programa de Beneficios.

Copago: Un monto fijo que el Miembro pagará por un Servicio Cubierto. Si corresponde, los Copagos se enumeran en el Programa de Beneficios.

Costo Compartido: La cuota de los costos que un Miembro pagará de su propio bolsillo por los Servicios Cubiertos. En general, este término incluye los Deducibles, el Coseguro y los Copagos, pero no las Primas, los montos de Facturación de Saldos de proveedores que no pertenecen a la red ni el costo de los servicios no cubiertos.

Servicio Cubierto o Servicios Cubiertos: Los servicios Medicamento Necesarios, incluidos algunos dispositivos médicos, equipo y medicamentos recetados, 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 estos. Consulte el Programa de Beneficios para ver qué Servicios Cubiertos están sujetos a Deducibles y cuáles son esos montos Deducibles para el Plan del Miembro.

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

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

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

Equipo Médico Duradero o DME (Durable Medical Equipment): El equipo médico y los suministros solicitados por un Proveedor para uso diario o extendido. El DME puede incluir equipos de oxígeno Medicamento Necesarios, sillas de ruedas, muletas o tiras reactivas de sangre para diabéticos.

Emergencia o Condición Médica de Emergencia: Una enfermedad, una lesión, un síntoma (incluido el dolor intenso) o una afección tan grave que, si no se proporciona atención médica inmediata, podría esperarse, razonablemente, uno de los siguientes resultados: 1) poner la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, su salud y la del niño nonato) en grave riesgo; 2) causar daños graves en las funciones corporales; o 3) disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo.

Servicios de Emergencia: Servicios destinados a evaluar, tratar o estabilizar una Condición Médica de Emergencia. Estos servicios pueden prestarse en una sala de emergencias autorizada u otro centro que proporcione tratamiento por Condiciones Médicas de Emergencia.

Beneficios de Salud Esenciales o EHB (Essential Health Benefits): Un conjunto estandarizado de beneficios de salud esenciales que Molina debe ofrecerles a los Miembros o sus Dependientes, tal como se define en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los Beneficios de Salud Esenciales cubren al menos las siguientes 10 categorías de beneficios:

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

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

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

Marketplace: Un organismo gubernamental o una entidad sin fines de lucro que cumple con los estándares de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y ayuda a los residentes del Estado a adquirir coberturas de planes de salud aprobados de compañías aseguradoras o planes de salud, como los que ofrece Molina. El Marketplace en California también se conoce como Covered California.

Necesidad Médica o Medicamento Necesario: Servicios o suministros médicos necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, afección o sus síntomas, siempre que se cumplan los estándares médicos aceptados.

Miembro: Una persona que es elegible y se encuentra inscrita conforme a este Acuerdo, y para quien Molina ha recibido las Primas correspondientes. 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 bajo 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 del Costo Compartido para el Miembro y actuará como representante legal del Miembro conforme a este Acuerdo, pero no será un Miembro.

Molina Healthcare of California (“Molina”): La empresa autorizada en California como una organización para el mantenimiento de la salud y contratada por medio del Marketplace.

Acuerdo y Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación Combinados de Molina Healthcare of California: Este documento, que contiene información sobre la cobertura de este Plan. También se lo denomina “**Acuerdo**”.

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

Otro Proveedor Médico: Un Proveedor Participante que presta Servicios Cubiertos a los Miembros según el alcance de su licencia, aunque no es un Proveedor de Cuidados Primarios ni un Especialista.

Proveedor Participante: Un Proveedor que proporciona cualquier servicio de atención médica y que está autorizado de otro modo para proporcionar dichos servicios, además de los contratos con Molina, y que ha aceptado proporcionar Servicios Cubiertos a los Miembros.

Plan: Cobertura de seguro médico emitida para una persona y sus Dependientes, si corresponde, mediante la que se proporcionan beneficios para los Servicios Cubiertos. Según los servicios, se puede aplicar el Costo Compartido para los Miembros.

Proveedor de Cuidados Primarios o PCP: Un médico, incluidos un doctor en medicina (Medical Doctor, MD) o doctor en medicina osteopática (Doctor of Osteopathic Medicine, DO), una Enfermera Especializada Profesional, una enfermera clínica especializada o un Médico Asociado, según lo permitido por la ley estatal y los términos del Plan, que le proporciona a un Miembro acceso a una variedad de servicios de atención médica, y también coordina o lo ayuda para que acceda a estos.

Autorización Previa: Aprobación por parte de Molina que se puede requerir antes de que un Miembro reciba un servicio o surta una receta médica para que se cubran dicho servicio o receta médica.

Proveedor: Cualquier profesional de la salud, Hospital, otra institución, organización, farmacia o la persona que provee cualquier servicio de atención médica y está autorizada a proporcionar dichos servicios, a menos que esté cubierto de otro modo por este Acuerdo, o cuyos servicios se consideren médicamente necesarios para el tratamiento de un trastorno de salud mental o de abuso de sustancias.

Plan de Beneficios: Una lista integral de los Servicios Cubiertos con el Costo Compartido correspondientes de los Miembros.

Área de Servicio: El área geográfica en la que Molina, conforme a la autorización otorgada por el Estado, puede comercializar productos individuales 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 centra en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y enfermedades.

Ley Estatal: El cuerpo de leyes en California. Se compone de la constitución del estado, los estatutos, las reglamentaciones, las directivas de la guía subregulatoria del organismo regulador estatal y el derecho consuetudinario.

Cuidado Urgente o Servicios de Atención Médica Urgente: Atención de un paciente con una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención médica inmediata, 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 un Miembro de este Plan, una persona debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad que establece el Marketplace. La persona que cumple con los requisitos de elegibilidad y con los de pago de la Prima, y, además, se encuentra inscrita en Molina es el Suscriptor de este Plan.

Periodo de Inscripción Abierta: El Marketplace establecerá cada año un periodo en el que las personas elegibles podrán presentar una solicitud e inscribirse en un plan de salud o cambiarse de plan. La fecha de vigencia de la cobertura será a partir del 1.º de enero o una fecha determinada por el Marketplace.

Periodo Especial de Inscripción: Si una persona no se inscribe durante un Periodo de Inscripción Abierta, puede hacerlo durante un Periodo Especial de Inscripción. Si una persona desea calificar para un Periodo Especial de Inscripción, debe haber experimentado ciertos cambios cruciales en su vida establecidos por el Marketplace. El Marketplace determinará la fecha de vigencia de la cobertura del Miembro. Para obtener más información sobre el Periodo de Inscripción Abierta y el Periodo Especial de Inscripción, ingrese en www.CoveredCA.com.

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

Dependientes: Los Suscriptores que se inscriban durante el Periodo de Inscripción Abierta establecido por el Marketplace también pueden solicitar la inscripción de 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 del Dependiente según la dependencia financiera, la residencia, el estado como estudiante, el empleo, la elegibilidad para otra cobertura o el estado civil. Un hijo adoptivo no es elegible para la inscripción como Dependiente. Los siguientes individuos se consideran Dependientes:

- **Esposo(a):** La persona casada legalmente con el Suscriptor conforme a la Ley Estatal.
- **Niño o Niños:** El hijo, la hija, el niño 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 niño que cumple los 26 años de edad es elegible para continuar siendo un Dependiente si cumple los siguientes criterios de elegibilidad:
 - El niño es incapaz de tener un empleo autosostenible debido a una lesión, enfermedad o condición que genere discapacidad física o mental.
 - El niño depende principalmente del Suscriptor para el apoyo y la manutención.

Un niño discapacitado puede seguir siendo un Dependiente y contar con la cobertura de Molina mientras permanezca incapacitado y siga cumpliendo con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente.

- **Pareja Doméstica:** Una persona del mismo sexo, o del sexo opuesto, que vive y comparte la vida diaria con el Suscriptor, pero que no está casada ni unida a este por medio de una unión civil. La Pareja Doméstica debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y presentar documentos de prueba de situación de pareja doméstica establecidos por el Marketplace y la Ley Estatal.
- **Los nietos del Suscriptor** generalmente no califican como Dependientes del Suscriptor, a menos que se los agregue como hijos recién nacidos de un niño Dependiente cubierto o de un Miembro cubierto que cuenta con la Cobertura Solo para Niños en virtud de este Acuerdo. La cobertura para niños de un niño Dependiente cubierto o de un Miembro en virtud de la Cobertura Solo para Niños terminará cuando el niño Dependiente cubierto o el Miembro en virtud de la Cobertura Solo para Niños ya no sea elegible en virtud de este Acuerdo.

Adición de Dependientes Nuevos: Para inscribir a un Dependiente que primero se convierte en elegible para inscribirse después de que se inscribe al Suscriptor (como un[a] Esposo[a] nuevo[a], un hijo recién nacido o un niño recién adoptado), el Suscriptor debe ponerse en contacto con el Marketplace y presentar cualquier solicitud, formulario e información necesaria para el Dependiente. La solicitud para inscribir a un Dependiente nuevo se debe enviar al Marketplace durante los 60 días siguientes a la fecha en la que el Dependiente cumplió con los requisitos de elegibilidad para inscribirse en el Plan.

- **Esposo(a):** Se puede agregar a un(a) Esposo(a) como Dependiente si el Suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - El Niño pierde la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
 - La fecha de matrimonio con el Suscriptor.
 - El (la) Esposo(a) obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
 - El (la) Esposo(a) se traslada permanentemente al Área de Servicio.
- **Niños (Menores de 26 Años):** Los Niños pueden agregarse como Dependientes si el suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - El Niño pierde la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
 - El Niño se convierte en Dependiente a través del matrimonio, el nacimiento, la adopción, la colocación para adopción, la manutención de niños u otra orden judicial.
 - El Niño obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
 - El Niño se traslada permanentemente al Área de Servicio.
- **Niño Recién Nacido:** Un niño recién nacido de un Suscriptor es elegible como Dependiente a partir de su nacimiento. Inicialmente, un recién nacido tiene cobertura durante 31 días, incluido el día del nacimiento. Un niño recién nacido es elegible para continuar la inscripción en Molina si se presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a su nacimiento.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los reclamos de recién nacidos para los Servicios Cubiertos elegibles se procesarán como parte de los reclamos de la madre, y cualquier monto Deducible u OOPM alcanzado a través del procesamiento de los reclamos de un recién nacido se acumulará como parte del Deducible y el OOPM de la madre. Sin embargo, si se recibe un archivo de inscripción para el recién nacido durante los primeros 31 días de vida, se agregará al recién nacido como Dependiente a partir de la fecha de su nacimiento, y cualquier reclamo presentado en su nombre se procesará como parte de los reclamos de este, y cualquier monto Deducible u OOPM alcanzado a través del procesamiento de estos reclamos se acumulará como parte del Deducible o el OOPM individual del recién nacido (es decir, no bajo el Deducible y el OOPM de la madre inscrita). Un reclamo de recién nacido es un reclamo en el que el niño recién nacido se identifica como una persona que recibe servicios.

Interrupción de la Cobertura de Dependientes: La cobertura del Dependiente se interrumpirá en los siguientes momentos:

- A las 11:59 p. m. del último día del año natural en el que el niño Dependiente cumple 26 años, a menos que tenga una discapacidad y cumpla con los criterios especificados (consulte “Niño con una Discapacidad”).
- La fecha en que se ingresa un decreto final de divorcio, anulación o disolución del matrimonio entre el (la) Esposo(a) Dependiente y el Suscriptor.

- La fecha de finalización de la sentencia de pareja doméstica entre el Suscriptor y la Pareja Doméstica.
- En el caso de la Cobertura Solo para Niños, a las 11:59 p. m. del último día del año natural en el que el Miembro no Dependiente alcanza la edad límite de 21 años. Los Miembros y cualquiera de los Dependientes pueden ser elegibles para inscribirse en otros productos que ofrece Molina a través del Marketplace.
- Fecha en que el Suscriptor pierde la cobertura en virtud de este Plan.

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

Si un Miembro ya no es elegible para la cobertura de este Plan, Molina le enviará una notificación por escrito al menos 10 días naturales antes de la fecha de vigencia en la que el Miembro perderá la elegibilidad. El Miembro tiene derecho a apelar la pérdida de elegibilidad con el Marketplace.

PAGO DE LA PRIMA

Para comenzar y mantener la cobertura bajo este Plan, Molina exige que los Miembros realicen pagos mensuales para tal fin, conocidos como Pagos de la Prima o Prima. El Pago de la Prima para el próximo mes de cobertura vence el día establecido en la facturación de la Prima (esta es la “**Fecha de Vencimiento**”). Antes de la Fecha de Vencimiento, el personal de Molina enviará una notificación por escrito al Suscriptor, en la que le informará el monto adeudado por la cobertura para el próximo mes.

Crédito Fiscal Anticipado para La Prima (Advanced Premium Tax Credit, APTC): El Crédito Fiscal Anticipado para La Prima es el crédito fiscal que un Suscriptor puede tomar por adelantado para reducir su Prima mensual. Molina no determina ni ofrece créditos fiscales, y los Suscriptores deben comunicarse con el Marketplace para determinar si son elegibles. Si el Suscriptor es elegible para recibir un Crédito Fiscal Anticipado para La Prima, puede utilizar cualquier monto del crédito por adelantado para reducir la Prima.

Pagos: Molina acepta Pagos de Primas en línea, por teléfono, por correo postal y a través de giros postales. Para obtener más información, visite MolinaPayment.com o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services Department). No se aceptan pagos de Primas en las oficinas de Molina.

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

Periodo de Gracia: Un Periodo de Gracia es un plazo de tiempo posterior al vencimiento del Pago de la Prima del Miembro que no se ha pagado en su totalidad. Si un Suscriptor no ha efectuado el pago total, puede hacerlo durante el Periodo de Gracia y, de esa manera, evitar la pérdida de su cobertura. El hecho de que el Suscriptor reciba un APTC afecta la duración del Periodo de Gracia.

- **Periodo de Gracia para Suscriptores con APTC:** Si un Suscriptor recibe un pago del crédito fiscal anticipado para la prima, Molina le otorgará un periodo de gracia de tres (3) meses al Suscriptor y a los Dependientes antes de cancelar o no renovar su cobertura debido a la falta de pago de la Prima. El Periodo de Gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la Prima completa. Molina pagará por los Servicios Cubiertos recibidos durante el primer mes del periodo de gracia de tres (3) meses. Si el Suscriptor no paga la Prima antes de que termine el primer mes del periodo de gracia de tres (3) meses, se suspenderá su cobertura en virtud de este plan y Molina no pagará por los Servicios Cubiertos después del primer mes del periodo de gracia hasta que reciba las Primas en mora. Si no se reciben todas las Primas vencidas y adeudadas para el final del periodo de gracia de tres (3) meses, este Acuerdo se cancelará a partir del día siguiente al último día del primer mes del periodo de gracia. La rescisión o no renovación de este Acuerdo por falta de pago entrará en vigor **a partir de las 12:01 a. m.** del día siguiente al último día del primer mes del periodo de gracia.
- **Periodo de Gracia para Suscriptores sin APTC:** Si un Suscriptor no recibe un pago del crédito fiscal anticipado para la prima, Molina le otorgará al Suscriptor y los Dependientes un periodo de gracia de treinta (30) días naturales antes de cancelar o no renovar su cobertura debido a la falta de pago de la Prima. El Periodo de Gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la Prima completa. Molina seguirá ofreciendo cobertura conforme a los términos de este Acuerdo, lo que incluye el pago de los Servicios Cubiertos recibidos durante el periodo de gracia de treinta (30) días naturales. Si el Suscriptor no paga la Prima antes del final del periodo de gracia, este Acuerdo se cancelará al final del periodo de gracia. El Suscriptor seguirá siendo responsable de cualquier Prima no pagada que deba a Molina por el periodo de gracia. La rescisión o no renovación de este Acuerdo por falta de pago entrará en vigor **a partir de las 11:59 p. m.** del último día del periodo de gracia.

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

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

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 un reclamo al número de teléfono gratuito 1 (888) 466-2219; TDD: 1 (877) 688-9891 para personas con una discapacidad auditiva o del habla; FAX: 1 (916) 255-5241. El sitio web del Departamento es www.dmhc.ca.gov.

Reintegración luego de la Terminación: Molina permite la reintegración de Miembros, sin que se produzca una interrupción en la cobertura, cuando se trate de la corrección de una acción errónea de terminación o cancelación y si lo permite el Marketplace.

Reinscripción luego de la Terminación por Falta de Pago: Si se da por terminada la cobertura de un Suscriptor por falta de pago de la Prima y el mismo individuo se inscribe en Molina durante el Periodo de Inscripción Abierta o un Periodo Especial de Inscripción para el año siguiente del plan, es posible que Molina requiera que el Suscriptor pague todas las Primas vencidas. Además, Molina requerirá el pago completo de la Prima del primer mes antes de aceptar la inscripción del Suscriptor. Si un Suscriptor paga todas sus Primas vencidas, los reclamos elegibles que se denegaron previamente debido a la falta de pago se volverán a procesar para el pago.

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

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La fecha de terminación es el primer día en el que un antiguo Miembro ya no está inscripto en Molina. Si la cobertura de un Miembro termina por cualquier razón, dicho Miembro debe pagar a Molina todos los montos adeudados en relación con su cobertura con Molina, incluidas las Primas, correspondientes al periodo anterior a la fecha de terminación. Excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional, si se da por terminada la cobertura de un Miembro, se reembolsará en los siguientes 30 días cualquier pago de Primas recibido en nombre del Miembro que corresponda a periodos posteriores a la fecha de terminación, menos los montos adeudados a Molina o a sus Proveedores para la cobertura de Servicios Cubiertos proporcionados antes de la fecha de Terminación. Conforme a este Plan, Molina y sus Proveedores no tendrán ninguna responsabilidad u obligación adicional. En caso de fraude o tergiversación intencional, Molina puede retener partes de este monto con el fin de recuperar las pérdidas ocasionadas por dicho fraude.

Puede solicitar una revisión por parte del Director del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care) si cree que este Acuerdo

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

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

El Dependiente o Niño No Reúne Los Requisitos Debido a Su Edad: Un Dependiente ya no cumple los requisitos de elegibilidad para la cobertura que el Marketplace y Molina requieren debido a su edad. Consulte la sección “Interrupción de la Cobertura del Dependiente” dentro de la sección “Inscripción y Elegibilidad” para obtener más información sobre la fecha en la que entrará en vigor la terminación.

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

Falta de Pago de Las Primas: Consulte la sección “Pago de la Prima”.

Fraude o Tergiversación Intencional: Si el Miembro realizó un acto o práctica que constituye un fraude o una tergiversación intencional de hechos materiales en relación con la cobertura, Molina enviará una notificación por escrito de la terminación, y la cobertura del Miembro terminará a las 11:59 p. m. 30 días después de la fecha de envío de la notificación. Si el Miembro cometió un Fraude o una Tergiversación Intencional, Molina podrá no aceptar su inscripción en el futuro y podrá informar a las autoridades sobre cualquier sospecha de acto delictivo. Después de los primeros 24 meses de cobertura del Miembro, Molina no puede terminar su cobertura debido a cualquier omisión, tergiversación o imprecisión intencional en el formulario de solicitud.

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

Cambiar los Planes de Salud del Marketplace: El Miembro decide cambiar de Molina a otro plan de salud ofrecido a través del Marketplace, ya sea (i) dentro de los primeros sesenta (60) días naturales a partir de la fecha de vigencia de la cobertura si el Miembro no está satisfecho con Molina, o (ii) durante un periodo anual de inscripción abierta u otro período especial de inscripción para el cual al Miembro se ha determinado elegible según los procedimientos de inscripción especiales del Marketplace, o (iii) cuando el Miembro busca inscribir a un nuevo Dependiente. La

membresía terminará a las 11:59 p. m. del día anterior a la fecha de 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 en conformidad con la Ley Estatal. En tal caso, enviará una notificación por escrito que informe dicha interrupción al menos 90 días naturales antes de la fecha en la que se interrumpirá la cobertura.

Interrupción de Toda La Cobertura: Molina decide dejar de ofrecer toda cobertura médica en un Estado en conformidad con la Ley Estatal. Molina enviará a los Miembros una notificación por escrito sobre dicha interrupción al menos 180 días naturales antes de la fecha en la que se interrumpirá la cobertura.

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Si tiene una Emergencia, llame al 911. En caso de una Emergencia, los Miembros pueden llamar a una ambulancia o dirigirse a un centro de Emergencias, incluso si se trata de un Proveedor No Participante o que se encuentra fuera del Área de Servicio. **Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas:** Las Enfermeras están disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año, para responder a preguntas y ayudar a los Miembros a acceder a la atención médica. El número de teléfono de la Línea de Consejos de Enfermería se muestra en la página 2 de este Acuerdo.

Requisito de Proveedor Participante: En general, un Miembro debe recibir los Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante; de otra manera, los servicios no están cubiertos.

El Miembro será 100% responsable del pago al Proveedor No Participante; además, estos pagos no se aplicarán al Deducible del Miembro ni al OOPM. Sin embargo, un Miembro puede recibir los Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante para lo siguiente:

- Servicios de Emergencia.
- Servicios de un Proveedor No Participante, que están sujetos a Autorización Previa.
- Excepciones que se detallan a continuación en la sección “Servicios de Atención Médica Urgente Fuera del Área”.
- Excepciones que se detallan a continuación en la sección “Proveedor No Participante en un Centro de Proveedor Participante”.
- Excepciones que se detallan a continuación en la sección “Proveedor No Participante que Proporciona un Servicio Cubierto”.
- Excepciones que se detallan a continuación en la sección “Continuidad de la Atención”.
- Excepciones que se detallan a continuación en la sección “Transición de Atención Médica”.
- Excepciones que se detallan a continuación en la sección “Segundas Opiniones”.

Para encontrar un Proveedor Participante, consulte el directorio de proveedores en MolinaMarketplace.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services).

Tarjeta de Identificación del Miembro: Los Miembros deben llevar su tarjeta de identificación (ID) del Miembro. Además, deben exhibirla cada vez que reciban Servicios Cubiertos. Para obtener una tarjeta de identificación de reemplazo, ingrese en MyMolina.com o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services). Las versiones digitales de la tarjeta de identificación están disponibles en MyMolina.com y la Aplicación Móvil de Molina.

Derecho del Miembro a Obtener Servicios de Atención Médica por Fuera de La Póliza: Molina no prohíbe a los Miembros contratar libremente servicios de atención médica por fuera de este Acuerdo en cualquier momento, conforme a los términos o condiciones que elijan. Sin embargo, los Miembros serán 100% responsables del pago de tales servicios; además, dichos pagos no se aplicarán al Deducible ni al OOPM de ninguno de los servicios en virtud de este Acuerdo. Para obtener información sobre las excepciones, los Miembros deben revisar la sección “Servicios Cubiertos” del Acuerdo.

Proveedor de Cuidados Primarios (PCP): Un Proveedor de Cuidados Primarios (Primary Care Provider, PCP) se ocupa de las necesidades habituales y básicas de atención médica. Los Proveedores de Cuidados Primarios proporcionan a los Miembros servicios, como exámenes físicos, inmunizaciones o tratamientos de enfermedades o lesiones que no requieren atención médica de urgencia o Emergencia. Molina solicita a los Miembros que seleccionen un Proveedor de Cuidados Primarios del Directorio de Proveedores. Si no se selecciona un PCP, Molina asignará uno. Los Miembros pueden solicitar el cambio de su Proveedor de Cuidados Primarios en cualquier momento en MyMolina.com o comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services).

Cada familiar puede seleccionar un PCP diferente. Es posible seleccionar a un médico especializado en pediatría como PCP de un niño. Se puede seleccionar un médico obstetra ginecólogo como Proveedor de Cuidados Primarios de una Miembro, sin necesidad de una remisión.

En ocasiones, es posible que un Miembro no seleccione al Proveedor de Cuidados Primarios que desea. Esto puede suceder por los siguientes motivos:

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

Servicios de Telesalud: Molina cubre los servicios debidamente prestados a través de la Telesalud, de la misma manera y en la misma medida que cubre el mismo servicio a través de la consulta de un proveedor en persona. La Telesalud consiste en el uso de las telecomunicaciones y la informática para brindar acceso a la evaluación médica, el diagnóstico, la intervención, la consulta, la supervisión y la información a cualquier distancia. Este servicio incluye tecnologías como teléfonos, máquinas de fax, sistemas de correo electrónico y dispositivos de monitoreo remoto de pacientes, que se utilizan a fin de recolectar y transmitir los datos del paciente para su control e interpretación. Los Servicios Cubiertos también se encuentran disponibles a través de la Telesalud, excepto en los casos específicamente determinados en este Acuerdo. Los servicios de Telesalud incluyen terapia psiquiátrica. Para acceder a estos servicios, no se requiere el contacto en persona con el Proveedor; además, el tipo de establecimiento donde se

brindan no se encuentra limitado. Las siguientes disposiciones adicionales se aplican al uso de los servicios de Telesalud:

- Deben obtenerse de un Proveedor Participante.
- Están destinados a utilizarse cuando se necesita atención en el momento para asuntos médicos que no sean de emergencia.
- Son un método de acceso a los Servicios Cubiertos, y no un beneficio separado.
- No están permitidos cuando el Miembro y el Proveedor Participante están en la misma ubicación física.
- No incluyen solo mensajes de texto, fax o correo electrónico.
- Los Servicios Cubiertos proporcionados a través de la tecnología de almacenamiento y reenvío deben incluir una visita al consultorio en persona para determinar el diagnóstico o el tratamiento.

Servicios de Atención Médica Urgente Fuera del Área: Mientras un Miembro esté fuera del Área de Servicio, puede recibir Servicios de Atención Médica Urgente de un Proveedor No Participante para evitar el deterioro grave de la salud causado por una enfermedad o lesión imprevistas, por las cuales el tratamiento no pueda retrasarse hasta que el Miembro regrese al Área de Servicio. Para los Servicios de Atención Médica Urgente fuera del área, los Miembros también pueden ir a la sala de emergencias más cercana.

Proveedor No Participante en Un Centro de Proveedor Participante: Un Miembro puede recibir Servicios Cubiertos de un centro de Proveedor Participante en el cual, o como resultado de ello, el Miembro recibe servicios brindados por un Proveedor No Participante. De ser así, el Miembro no pagará más del mismo Costo Compartido que pagaría por los mismos Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor Participante.

Proveedor No Participante que Brinda un Servicio Cubierto: Si no hay un Proveedor Participante que pueda brindar un Servicio Cubierto Médicamente Necesario Que No Es de Emergencia, Molina brindará dicho servicio a través de un Proveedor No Participante de la misma manera y sin un costo mayor que los Servicios Cubiertos cuando estos se prestan mediante un Proveedor Participante. Se requiere Autorización Previa antes del inicio del servicio de un Proveedor No Participante.

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

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

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

- Un Miembro tiene una afección crónica grave. El término “Afección Crónica Grave” se refiere a una condición médica debida a una enfermedad, afección u otro problema o trastorno médico de naturaleza grave, que presenta cualquiera

de las siguientes características:

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

Si tiene una Afección Crónica Grave, un Miembro puede permanecer con el médico o el hospital por un máximo de 12 meses.

- Una Miembro está embarazada. La Miembro puede permanecer con el médico o el hospital durante el embarazo. La duración del embarazo incluye los tres trimestres de embarazo y el periodo de posparto inmediato.
- Una Miembro presenta documentación escrita del diagnóstico de una enfermedad de salud mental materna por parte del proveedor de atención médica que la atiende. Una “Enfermedad de Salud Mental Materna” se refiere a una enfermedad psiquiátrica que pueda afectar a una mujer durante un embarazo, antes o después del parto, o bien que surja durante el embarazo antes o después del parto y hasta un año después de dar a luz. Si una Miembro tiene una Enfermedad de Salud Mental Materna, podría continuar recibiendo atención del médico u hospital actual durante un máximo de 12 meses a partir del diagnóstico o hasta el final del embarazo, lo que suceda más tarde.
- Un Miembro tiene una afección aguda. El término “Afección Aguda” se refiere a una condición médica que involucra un inicio repentino de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que necesita atención médica rápida y que tiene una duración limitada. El Miembro puede permanecer con el médico u hospital por lo que dure la afección aguda.
- El hijo de un Miembro es un recién nacido o un niño de hasta 36 meses de edad. El hijo de un Miembro puede permanecer con el médico o el hospital por un máximo de 12 meses.
- Un Miembro tiene una enfermedad terminal. El Miembro puede permanecer con el médico o el hospital por lo que dure la enfermedad.
- El Miembro ha recibido Autorización Previa para una cirugía u otro tratamiento que debe hacerse dentro de los ciento ochenta (180) días naturales desde la fecha en que su médico u hospital ya no estará con Molina.

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

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

Para enviar una solicitud de permanencia con el mismo médico u hospital para la continuidad de la atención, un Miembro debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services).

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

Transición de Atención Médica: Molina presta los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios en la fecha de vigencia de la cobertura del Miembro con Molina o después de dicha fecha, no antes. Una aseguradora previa (si no se interrumpió la cobertura antes de inscribirse en Molina) puede responsabilizarse de la cobertura hasta que la cobertura con Molina entre en vigor.

Después de la fecha de vigencia con Molina de un Miembro, 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) a nombre del Miembro para la transición de historias clínicas, administración de casos y coordinación de transferencia a un Proveedor Participante de Molina.

Para Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados: Con la ayuda del Miembro, Molina puede comunicarse con cualquier aseguradora anterior (si corresponde) con el fin de determinar la responsabilidad de tal compañía en el pago de los Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados hasta el momento del alta de cualquier admisión de pacientes internados. Si no hay una transición de la provisión de atención a través de la aseguradora anterior del Miembro, o si este no tenía cobertura a través de una aseguradora en el momento de la admisión, Molina asumiría la responsabilidad de los Servicios Cubiertos a partir de la fecha de vigencia de la cobertura del Miembro con Molina, no antes.

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

El Proveedor de Cuidados Primarios de un Miembro puede derivarlo a un Proveedor Participante para obtener una segunda opinión. Los Miembros no necesitan permiso de Molina para obtener una segunda opinión de un Proveedor Participante. Si no hay ningún proveedor en la red que le dé una segunda opinión, el Miembro puede obtener una 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.

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

- Los síntomas del Miembro son complejos o confusos.
- El primer médico no está seguro de que el diagnóstico sea el correcto.
- El Miembro ha seguido el plan de atención del médico y su salud no ha mejorado.
- El Miembro no está seguro de que se necesite una cirugía o considera que se necesita una.
- El Miembro no está de acuerdo con lo que un médico cree que sea el problema.
- El Miembro no está de acuerdo con el plan de cuidados de un médico.
- Un médico no respondió las inquietudes del Miembro sobre un diagnóstico o

- plan de cuidados.
- Puede haber otras razones.

El segundo médico escribirá un informe de lo que encuentra. El Miembro y su Proveedor de Cuidados Primarios recibirán un informe escrito de la segunda opinión.

El Miembro puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) para ayudarlo a obtener una segunda opinión.

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

Acceso a la Atención Médica para Miembros con Discapacidades: La Ley para Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) prohíbe la discriminación por discapacidad. La ADA exige que Molina y sus contratistas hagan acomodaciones razonables para los Miembros con discapacidades. Los Miembros con discapacidades deben comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) para solicitar asistencia con las adaptaciones razonables

Acceso Físico: Se hizo todo lo posible para garantizar que las oficinas de Molina y los consultorios de los Proveedores Participantes sean accesibles para personas con discapacidades. Los Miembros con necesidades especiales deben llamar el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services), al número que aparece en la página 2 de este Acuerdo, para encontrar un Proveedor Participante apropiado.

Acceso para Personas con Impedimentos Auditivos o del Habla: Llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services), al número de TTY 711, para obtener ayuda.

Acceso para Personas con Visión Disminuida o Ciegas: Este Acuerdo y otros materiales importantes sobre el producto estarán disponibles en formatos accesibles para personas con visión deficiente o ciegas. Hay disponibles formatos de disco de computadora grandes y de impresión ampliada. Este Acuerdo también está disponible en formato de audio. Para acceder a formatos accesibles o recibir ayuda directa en la lectura del Acuerdo y otros materiales, llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services).

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

Acceso Oportuno a la Atención Médica: En los consultorios del médico deben darle un turno en los marcos de tiempo que se indican a continuación. Se pueden aplicar excepciones a estos estándares de acceso oportuno si el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) ha encontrado que las excepciones son permisibles.

Tipo de Cita	Estándar de Acceso
Citas de cuidado urgente que no requieren Autorización Previa (incluye atención médica primaria o un Especialista)	Dentro de 48 horas
Citas de cuidado urgente que requieren Autorización Previa (incluye atención médica primaria o un Especialista)	Dentro de 96 horas
Citas no urgentes para atención médica primaria	Dentro de 10 días laborables
Turnos no urgentes con un Especialista	Dentro de 15 días laborables
Turnos no urgentes con proveedores de atención médica mental no médicos	Dentro de 10 días laborables
Citas no urgentes para servicios auxiliares para el diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otras condiciones de salud	Dentro de 15 días laborables
Tiempo de espera telefónica de clasificación de prioridad	No debe exceder los 30 minutos

Molina puede ayudarlo a reservar un turno y presta servicios de intérprete sin costo alguno, las 24 horas del día. Solo llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services).

AUTORIZACIÓN PREVIA:

Molina debe aprobar la cobertura de algunos servicios y medicamentos para un Miembro. Este proceso se denomina Autorización Previa o Preautorización. La mayoría de los Servicios Cubiertos están disponibles para un Miembro sin Autorización Previa. Si un servicio requiere Autorización Previa, el Proveedor solicitará la autorización de Molina en nombre del Miembro. Si Molina niega un servicio, el Miembro puede apelar la decisión. Para obtener una lista completa de los Servicios Cubiertos que requieren Autorización Previa, ingrese en www.MolinaMarketplace.com o llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services). Los siguientes servicios requieren autorización en todos los casos:

- Internación en el hospital/ambulatoria (para casos que no son Emergencias).
- Cirugía.
- Atención médica domiciliaria (incluye Fisioterapia y Terapia Ocupacional).
- Equipo Médico Duradero.

Molina decidirá acerca de la autorización para un servicio después de recibir la solicitud y toda la información médica necesaria para decidir. Los Proveedores pueden solicitar

que Molina acelere el proceso de autorización si el proceso estándar puede poner en riesgo la salud del Miembro. Molina notificará su decisión al Proveedor al finalizar el proceso de aprobación, dentro de los plazos requeridos por la Ley Estatal y Federal. Si Molina no aprueba la solicitud de servicio, se enviará una notificación al Miembro, en la que se incluirán sus derechos a apelar la denegación y la manera de hacerlo. Los requisitos de Autorización Previa de los Servicios Cubiertos están sujetos a cambios. Los Miembros deben comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) o ingresar en www.MolinaMarketplace.com/CAGetCare antes de recibir los servicios.

Plazos de Decisión sobre la Autorización

Servicios Médicos:

- **Solicitudes de Autorización Previa de Rutina:** Estas solicitudes se procesarán dentro de los 5 días laborables siguientes a la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina para tomar la determinación, y no más de 14 días naturales a partir de la recepción de la solicitud.
- **Solicitudes de Autorización Previa Acelerada:** Las autorizaciones relacionadas con condiciones médicas (que no sean Condiciones Médicas de Emergencia) que, según el Proveedor, pueden ser una amenaza importante contra la salud del Miembro, se procesan dentro de las setenta y dos (**72**) horas a partir de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina para tomar la determinación o, si es más corto, el periodo requerido según la Sección 2719 de la Ley Federal de Servicios de Salud Pública y las reglas y regulaciones sucesivas emitidas conforme a ella.
- **Condiciones Médicas de Emergencia:** No requieren Autorización Previa.

Medicamentos y Medicamentos Recetados: Las decisiones de Autorización Previa y las notificaciones de acceso a medicamentos que no figuran en el Formulario de Molina se brindarán como se describe en la sección de este Acuerdo titulada “Acceso a Medicamentos Que No Están en el Formulario”.

Medicamento Necesario: Las determinaciones sobre las Autorizaciones Previas se realizan en función de una revisión de la Necesidad Médica del servicio solicitado. Molina está aquí para ayudar a los Miembros durante todo este proceso. Si un Miembro tiene preguntas sobre la manera de obtener la aprobación de un determinado servicio, debe visitar MolinaMarketplace.com o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services). Molina puede explicarle cómo se toma ese tipo de decisión.

Los criterios para saber si puede recibir beneficios de Necesidad Médica para la cobertura de los servicios de atención médica incluyen si los servicios son adecuados para el diagnóstico o la condición del Miembro en términos de tipo, cantidad, frecuencia, nivel, establecimiento y duración. Saber si puede recibir beneficios de Necesidad Médica se basa en evidencia científica o médica generalmente aceptada y coherente con los parámetros de práctica aceptados.

Molina no aprobará una Autorización Previa si no se proporciona la información solicitada en relación con la revisión de la dicha autorización. Si una solicitud de servicio no es Medicamento Necesario, no será aprobada. Si el servicio solicitado no es un Servicio Cubierto, no será aprobado. Los Miembros recibirán una notificación escrita

en la que se les informará el motivo por el que no se aprobó la solicitud de Autorización Previa. El Miembro, su representante autorizado o su Proveedor pueden apelar la decisión. En la carta de denegación, se informa la manera en la que los Miembros pueden apelar las decisiones. Estas instrucciones también se encuentran en la sección titulada “Apelaciones y Quejas” de este Acuerdo.

Si el Miembro y su Proveedor deciden proceder con el servicio que Molina ha denegado, el Miembro deberá pagar el costo de esos servicios.

Revisión de la Utilización: El personal autorizado de Molina procesa las solicitudes de Autorización Previa y realiza revisiones concurrentes. Si se solicita, los Proveedores y Miembros que pidan una autorización para Servicios Cubiertos recibirán un detalle de los criterios utilizados para tomar las determinaciones de cobertura. Cuando no autoriza un servicio para un miembro, Molina brinda ayuda y alternativas para la atención.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

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

Las reglas para determinar el orden de los beneficios rigen el orden en el que cada Plan pagará un reclamo por beneficios. El Plan que paga primero se denomina “**Plan Primario**”. El Plan Primario debe pagar beneficios de acuerdo los términos de su póliza, 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 Permitido total.

Beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica

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

Definiciones (aplicables a esta disposición de la COB)

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

1. El plan incluye:

- Cobertura de seguro de grupo, manta o franquicia.
- Acuerdos del plan de servicio, práctica de grupo, práctica individual y otra cobertura de pago anticipado.
- Cualquier cobertura bajo los planes de administración de mano de obra, los

planes de asistencia pública de los sindicatos, los planes de organización de empleadores o los planes de organización de beneficios de los empleados.

- Cualquier cobertura bajo programas gubernamentales y cualquier cobertura requerida o provista por cualquier estatuto.

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

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

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

Las reglas de determinación del orden de beneficios determinan si Este Plan es un Plan Primario o un Plan Secundario cuando el Miembro tiene cobertura para atención médica con 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 Permitido total. Cuando el Miembro tiene cobertura con más de dos Planes, Este Plan puede ser un Plan Primario en cuanto a uno o más planes y puede ser un Plan Secundario en cuanto a un Plan o Planes diferentes.

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

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

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

2. Si un Miembro está cubierto por dos o más Planes que computan sus pagos de beneficios de acuerdo con las tarifas habituales y razonables, o una metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, todo monto que supere el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un Gasto Permitido.
3. Si un Miembro está cubierto por dos o más Planes que ofrecen beneficios o servicios de acuerdo con las tarifas negociadas, un monto que supere la más alta de las tasas negociadas no es un Gasto Permitido.
4. Si un Miembro está cubierto por un Plan que calcula sus beneficios o servicios de acuerdo con las tarifas habituales y razonables, o una metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, y otro Plan que brinda sus beneficios o servicios de acuerdo con las tarifas negociadas, el acuerdo de pago del Plan Primario será el Gasto Permitido para todos los Planes.

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

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

“Periodo de Determinación del Reclamo” significa un año natural.

Reglas de Determinación de Orden de Beneficios

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

- (i) El valor de los beneficios que proporcionaría Este Plan en ausencia de esta disposición.
- (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 Periodo de Determinación de Reclamo al que sea aplicable esta disposición, los beneficios que se proporcionarían en virtud de Este Plan en ausencia de esta disposición para los Gastos Permitidos incurridos como tal Miembro durante dicho Periodo de Determinación de Reclamo se reducirán en la medida

necesaria para que la suma de tales beneficios reducidos y todos los beneficios pagaderos por tales Gastos Permisibles en todos los demás Planes, excepto como se estipula en el párrafo (C), no excederá el total de los Gastos Permitidos. Los beneficios pagaderos bajo otro Plan incluyen los beneficios que habrían sido pagaderos si se hubiera solicitado por lo tanto.

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

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

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

(2) Excepto en los casos de un Miembro para el que el reclamo se haga como hijo dependiente cuyos padres estén separados o divorciados, los beneficios de un Plan que cubra al Miembro en cuyo reclamo de gastos se base como dependiente de un Miembro cuya fecha de nacimiento, excluido el año de nacimiento, se produzca antes de un año civil, se determinarán antes de los beneficios de un Plan que cubra a dicho Miembro como dependiente de una fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento. Si cualquiera de los dos planes no tiene las disposiciones de este apartado relativas a los dependientes, lo que genera que cada Plan determine sus beneficios antes que el otro o 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 el reclamo 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 el reclamo 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 el reclamo se hace como un niño dependiente cuyos padres están separados o divorciados, donde existe un decreto judicial que de otra manera establecería la responsabilidad financiera por los gastos médicos, dentales u otros gastos de atención médica con respecto al niño, a pesar de los Apartados (3) y (4), los beneficios de un Plan que cubra al niño como dependiente del padre con tal responsabilidad financiera se determinará antes de que el otro niño dependiente.

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

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

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

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

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

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

Efecto sobre los Beneficios de Este Plan

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

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

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

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

Derecho a Recibir y Divulgar la Información Necesaria

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

Facilidad de Pago

Un pago realizado bajo otro Plan puede incluir un monto que debería haber sido pagado bajo Este Plan. Si lo hace, Molina puede pagar ese monto a la organización que hizo ese pago. Ese monto se tratará entonces como si fuera un beneficio pagado bajo Este Plan. 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 monto de los pagos realizados por Molina es más de lo que debería haber pagado en virtud de esta disposición de la COB, Molina puede recuperar el exceso de una o más de las personas a quienes le pagó o había pagado, o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios brindados para el Miembro. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

Disputas de Coordinación

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

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

COSTO COMPARTIDO

Molina exige que los Miembros paguen el Costo Compartido de ciertos Servicios Cubiertos en conformidad con este Acuerdo. Los Miembros deben revisar su Programa de Beneficios para conocer el Costo Compartido que aplica a los Servicios Cubiertos. Para ciertos Servicios Cubiertos, como los análisis de laboratorio y las radiografías, que se proporcionan en la misma fecha del servicio y en la misma ubicación de una visita al consultorio de un PCP o un Especialista, los Miembros solo serán responsables del monto del Costo Compartido aplicable a la visita al consultorio.

Los Miembros que reciben servicios cubiertos hospitalarios para el paciente internado o servicios en centros de enfermería especializada en la fecha de vigencia de este Acuerdo pagan el Costo Compartido vigente conforme a este Acuerdo a partir de la fecha de vigencia de la cobertura con Molina. En el caso de los elementos pedidos por adelantado, los miembros pagan el Costo Compartido vigente conforme a este Acuerdo a partir de la fecha de vigencia solo para los Servicios Cubiertos. En el caso de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, la fecha de la orden es aquella

en la que la farmacia que es un Proveedor Participante procesa el pedido después de recibir toda la información que necesita para surtir la receta médica.

SERVICIOS CUBIERTOS

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

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

Los Miembros deben leer este Acuerdo en su totalidad y cuidadosamente con el fin de comprender su cobertura y evitar ser financieramente responsables de los servicios que no están cubiertos en virtud de este Acuerdo.

Beneficios de Salud Esenciales: Los Servicios Cubiertos para los Miembros incluyen los Beneficios de Salud Esenciales (Essential Health Benefits, EHB), según lo define la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA) y sus normas federales correspondientes. Los servicios que no son EHB se detallarán específicamente en este Acuerdo. La cobertura de EHB incluye, al menos, las 10 categorías de beneficios identificadas en la ACA y sus normas federales correspondientes. Los Miembros no pueden quedar excluidos de la cobertura en ninguna de las 10 categorías de los EHB. Tenga en cuenta que los Miembros no serán elegibles para los EHB pediátricos que son Servicios Cubiertos conforme a este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m. del último día del mes en el que cumplen los 19 años. Esto incluye cobertura dental pediátrica y cobertura de la visión pediátrica.

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

- Molina no puede fijar límites vitalicios o anuales sobre el valor en dólares de los EHB que se proporcionan conforme a este Acuerdo.
- Cuando un Proveedor Participante proporciona los servicios médicos preventivos de los EHB, el Miembro no tendrá que pagar ningún monto de Costo Compartido.
- Molina debe asegurarse de que el Costo Compartido que los Miembros pagan por todos los EHB no exceda el límite anual que se determina en virtud de la ACA.

A los efectos del límite anual de los EHB, el Costo Compartido se refiere a cualquier costo que un Miembro deba pagar para recibir los EHB. El Costo Compartido incluye

Deducibles, Coseguro y Copagos, pero excluye las Primas y los gastos del Miembro en los servicios no cubiertos.

Servicios de Acupuntura: Molina cubre los servicios de acupuntura que normalmente se brindan solo para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral de manejo del dolor para el tratamiento del dolor crónico. Para Pacientes Ambulatorios, se aplicará otro Costo Compartido del Cuidado Médico de Otro Profesional.

Ensayos Clínicos Aprobados: Molina cubre los costos de atención médica rutinaria al paciente para los Miembros calificados que participan en ensayos clínicos aprobados para el cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal. Una Enfermedad o Condición Potencialmente Mortal es aquella con una alta probabilidad de muerte, a menos que se interrumpa el curso de dicha enfermedad o condición. Nunca se inscribirá a un Miembro en un ensayo clínico sin su consentimiento.

A fin de calificar para la cobertura, un Miembro inscrito debe recibir un diagnóstico de cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal, lo deben aceptar en un Ensayo Clínico Aprobado (como se define a continuación) y debe contar con una Autorización Previa o aprobación de Molina. Un ensayo clínico aprobado es uno que se encuentra en fase I, fase II, fase III o fase IV, que se realiza en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal y que cumple con una de las siguientes declaraciones:

1. Uno o más de los siguientes organismos aprueba o financia el estudio: los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), 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, VA), el Departamento de Energía de los Estados Unidos (U.S. Department of Energy) o un organismo no gubernamental de investigación calificado e identificado en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para los subsidios de apoyo a los centros.
2. El estudio o la investigación se lleva a cabo bajo una nueva aplicación de medicamentos en investigación revisada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA).
3. El estudio o la 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 médica rutinaria para los Miembros que no están en un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención médica de rutina para los Miembros en ensayos clínicos aprobados. Si un Miembro califica, Molina no puede denegarle la participación en un ensayo clínico aprobado. Molina no puede denegar, limitar o poner condiciones en la cobertura de los costos de rutina del paciente asociados a su participación en un ensayo clínico aprobado para el que el Miembro califica. No se le negará ningún Servicio Cubierto ni se excluirá a ningún Miembro bajo este Acuerdo por su estado de

salud o su participación en un ensayo clínico. El costo de los medicamentos utilizados en el manejo clínico directo del Miembro estará cubierto a menos que el ensayo clínico aprobado sea para la investigación de ese medicamento o que el medicamento sea proporcionado gratuitamente a los Miembros en el ensayo clínico. Molina no tiene la obligación de cubrir ciertos elementos y servicios que no son costos rutinarios para el paciente, según lo determina la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, incluso si el Miembro incurre en estos costos mientras participa en un ensayo clínico aprobado. Los costos excluidos de la cobertura de este Plan son los siguientes: El elemento, dispositivo o servicio de investigación en sí mismo, los elementos y servicios destinados únicamente a la recopilación y el análisis de datos, y no al manejo clínico directo del paciente, y cualquier servicio inconsistente 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 médica rutinaria para los Miembros que no están en un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención médica 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 comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) para obtener más información.

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

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

Para los Servicios Cubiertos relacionados con la cirugía bariátrica, el Miembro pagará el Costo Compartido que se aplicaría si los Servicios Cubiertos no estuvieran relacionados con la cirugía bariátrica. Por ejemplo, en el caso de la atención durante hospitalización, el Miembro pagaría el Costo Compartido que figura en el apartado “Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados” del Programa de Beneficios.

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

- Las pruebas y los exámenes de cáncer preventivos (consulte la sección “Servicios Médicos Preventivos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Exámenes preventivos de diagnóstico, laboratorio y procedimientos.
- La evaluación dental, las radiografías, el tratamiento con fluoruro y las extracciones necesarias a fin de preparar la mandíbula del Miembro para la

radioterapia contra el cáncer y otras enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello.

- Las mastectomías (extirpación de las mamas) y las disecciones de los ganglios linfáticos para el tratamiento contra el cáncer de mama.
- Los servicios relacionados con la mastectomía (consulte las secciones “Cirugía Reconstructiva” y “Dispositivos Ortopédicos y Ortóticos Internos y Externos Implantados” de este Acuerdo para obtener más información).
- Costos de atención de pacientes de rutina para los Miembros que participan en un Ensayo Clínico Aprobado para el cáncer (consulte la sección “Ensayos Clínicos Aprobados” de este Acuerdo para obtener más información).
- Los medicamentos recetados contra el cáncer (consulte la sección “Medicamentos Recetados” de este Acuerdo para obtener más información).

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

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

- Servicios dentales para el tratamiento con radioterapia.
- Anestesia dental cuando sea Medicamento Necesario.
- Servicios dentales y de ortodoncia para el paladar hendido.
- Servicios para tratar el Trastorno de la Articulación Temporomandibular (Temporomandibular Joint Syndrome, TMJ) (consulte la sección “Trastorno de la Articulación Temporomandibular” de este Acuerdo).
- Servicios dentales necesarios debido a lesiones accidentales.

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

- Educación y capacitación para el autocontrol de la diabetes cuando la proporciona un Proveedor Participante.
- Exámenes del ojo para diabéticos (exámenes retinianos dilatados).
- Materiales educativos fáciles de leer sobre la salud de las personas diabéticas.
- Terapia de nutrición médica en un ambiente de salud ambulatorio, internado o domiciliario.
- Entrenamiento para la autogestión de la diabetes del paciente ambulatorio.
- Atención médica rutinaria de los pies de los Miembros con diabetes (se incluye la atención para el cuidado de ojos de gallo, juanetes, callos o desbridamiento de las uñas).
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando se prescriben por un Proveedor Participante que es un podólogo.
- Los Servicios Médicos Preventivos incluyen los siguientes:
 - Educación y autogestión de la diabetes.
 - Examen preventivo de diabetes (de tipo 2).
 - Examen preventivo de diabetes gestacional.
- Servicios de dietista.

- Asesoramiento nutricional.

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

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

- Los servicios se brindan dentro del Área de Servicio.
- El Miembro cumple con todos los criterios médicos desarrollados por Molina.
- Un médico Proveedor Participante brinda una remisión 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 en casa y la diálisis peritoneal en casa dentro del Área de Servicio. La cobertura se limita al elemento estándar de equipo o suministros que se adapte adecuadamente a las necesidades médicas del Miembro. Molina decide si alquilar o comprar el equipo y los suministros, y selecciona al proveedor. El Miembro debe devolver el equipo y cualquier suministro no utilizado o pagar el precio justo de mercado del equipo y todo suministro no utilizado cuando ya no reciba cobertura.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME): Molina cubre el alquiler o la compra de determinados equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME). Además, cubre reparaciones, mantenimiento, entrega y suministros razonables relacionados con el DME. Se debe brindar el DME a través de un proveedor contratado con Molina. Se requiere Autorización Previa.

Servicios de Emergencia

Los Servicios de Emergencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los Miembros. Los Miembros que creen tener una Emergencia deben llamar al **911** de inmediato y dirigirse al centro de Emergencias más cercano. Para recibir los Servicios de Emergencia, los Miembros deben presentar su tarjeta de identificación del Miembro. Los Miembros que no creen que necesitan Servicios de Emergencia, pero que necesitan ayuda médica, deben llamar al número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas o comunicarse con su proveedor de cuidados primarios. Los miembros no deben presentarse en una Sala de Emergencias si su condición no es una emergencia.

Servicios de Emergencia cuando el Miembro se encuentra fuera del Área de Servicio:

Los Miembros deben dirigirse a la Sala de Emergencias más cercana para recibir atención cuando se encuentren fuera del Área de Servicio de Molina si piensan que tienen una Emergencia. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) en un plazo de 24 horas o tan pronto como pueda.

Servicios de Emergencia de un Proveedor No Participante: Los Servicios de Emergencia para el tratamiento de una Condición Médica de Emergencia están sujetos al Costo Compartido. Esto se aplica de igual manera si quienes brindan los Servicios de Emergencia son Proveedores Participantes o Proveedores No Participantes. Los

Miembros deben consultar el Costo Compartido para los Servicios de Emergencia en el Programa de Beneficios.

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

Traslado Obligatorio a un Hospital de un Proveedor Participante: Se requiere una Autorización Previa para recibir servicios Hospitalarios, excepto en el caso de los Servicios de Emergencia. Si se admite al Miembro en un centro de un Proveedor No Participante para recibir Servicios de Emergencia, Molina se reserva el derecho de requerir un traslado al centro de un Proveedor Participante una vez que el Miembro se haya estabilizado lo suficiente. Si Molina exige una transferencia, trabajará con el Miembro y su Proveedor para proporcionar el transporte al centro de un Proveedor Participante. Si la cobertura del Miembro termina durante una estadía en el Hospital, los servicios que el Miembro reciba después de la fecha de terminación no son Servicios Cubiertos. Si el Proveedor del Miembro determina que se encuentra estable para el traslado y Molina se encarga del traslado a un centro de Proveedor Participante, pero el Miembro rechaza el traslado, los servicios adicionales brindados en el centro de Proveedor No Participante no son Servicios Cubiertos, el Miembro será 100% responsable de los pagos y estos no se aplicarán al Deducible ni al OOPM.

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

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

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

Molina debe verificar las solicitudes de reembolso de los Servicios Cubiertos que reciben los Miembros mientras viajan fuera de los Estados Unidos antes de que se pueda realizar el pago. Molina calculará la Cantidad Autorizada que estará cubierta por

los Servicios de Emergencia mientras viaja fuera del Área de Servicio, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

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

Transporte Médico de Emergencia: Se cubre el transporte médico de emergencia (ambulancia terrestre o aérea) o los servicios de transporte de ambulancia que se prestan mediante el sistema de auxilio para emergencias 911 cuando sea Medicamento Necesario o cuando un Miembro tenga motivos razonables para creer que hay una Emergencia. La Facturación del Saldo está prohibida en California.

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

- Diagnóstico y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted diseases, STD) si se indican médicamente.
- Suministros de anticonceptivos recetados, que incluyen los anticonceptivos de emergencia provistos por un farmacéutico que es un Proveedor Participante o por un Proveedor No Participante, en caso de Emergencia.
- Cuidado de seguimiento por cualquier problema que pueda tener el Miembro al usar métodos anticonceptivos provistos por los proveedores de planificación familiar.
- Análisis de laboratorio, si se indican médicamente, como parte del proceso de decisión de los métodos anticonceptivos entre los que puede elegir el Miembro.
- Pruebas de embarazo y asesoramiento.
- Exámenes preventivos, pruebas y asesoramiento de personas en riesgo para el HIV, y remisiones para el tratamiento.
- Servicios de esterilización voluntaria, incluidas ligaduras de trompas (para mujeres) y vasectomías (para hombres).
- Cualquier otra consulta, examen, procedimiento y servicio médico ambulatorio que sea necesario para recetar, administrar, mantener o interrumpir un anticonceptivo.

Los condones masculinos están excluidos de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y no están cubiertos por este Acuerdo.

Servicios de Recuperación de Habilidades: Molina cubre los servicios y dispositivos autorizados de atención médica que ayudan a una persona con discapacidades o afecciones crónicas a mantener, aprender o mejorar sus destrezas y funcionamiento para la vida diaria. Estos servicios incluyen la fisioterapia, la terapia del habla y la terapia ocupacional, así como otros servicios para personas con discapacidades, en una variedad de entornos de pacientes internados o ambulatorios.

Atención Médica Domiciliaria: Molina cubre servicios de atención médica domiciliaria de medio tiempo y de forma intermitente a un Miembro confinado a su casa debido a una enfermedad física si el Miembro cuenta con una Autorización

Previa y si se contrata a una agencia de atención médica domiciliaria para que provea los servicios. Molina cubre los siguientes servicios de atención médica domiciliaria:

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

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

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

Servicios Paliativos: Molina cubre los servicios de los centros de cuidado paliativo para los Miembros con enfermedades terminales (con una esperanza de vida de 12 meses o menos). Los Miembros pueden elegir los cuidados paliativos en lugar de los servicios tradicionales que cubre este Plan. Molina cubre servicios de cuidados paliativos en el hogar y una habitación semiprivada en las instalaciones de un centro de cuidado paliativo. Molina también cubre los servicios de cuidado de respiro durante un máximo de 7 días por acontecimiento.

Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados: Los Miembros deben tener una Autorización Previa para recibir cobertura de servicios hospitalarios, excepto en el caso de una Emergencia o de Servicios de Atención Médica Urgente fuera del área. Los servicios recibidos en un hospital de un Proveedor No Participante después de la admisión por Servicios de Emergencia o Servicios de Atención Médica Urgente fuera del área estarán cubiertos hasta que el Miembro se haya estabilizado lo suficiente como para trasladarlo a un centro de un Proveedor Participante, siempre y cuando la cobertura del Miembro con Molina no haya terminado. Molina trabajará con el Miembro y su Proveedor apropiado para proporcionar el transporte al centro de un Proveedor Participante. Si la cobertura de Molina termina durante una estadía en el hospital, los servicios que el Miembro reciba después de la fecha de terminación de la cobertura no son Servicios Cubiertos. Después de la estabilización y la provisión de transporte a un centro de un Proveedor Participante, los servicios o la admisión recibidos en un hospital de un Proveedor No Participante no son Servicios Cubiertos; por lo tanto, el Miembro será 100% responsable de los pagos a cualquier Proveedor No Participante y sus pagos no se aplicarán al Deducible ni al OOPM.

En general y habitualmente, los servicios Medicamente Necesarios para pacientes internados son proporcionados en hospitales generales de atención aguda dentro del Área de Servicio. Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros, la atención privada de enfermería, las bandejas para huéspedes y los elementos para la comodidad del paciente.

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

Salud Mental y Conductual: Molina cubre el tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o de abuso de sustancias, incluidos los servicios para el tratamiento de la disforia de género, solo cuando ese trastorno se enumera en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o se enumera en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM).

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

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

Trastorno del Espectro Autista: Molina cubre el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista, entre los que se incluyen el trastorno autista, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, como se define en la versión más reciente del DSM.

Servicios de Salud Mental Ambulatorios: Molina cubre la siguiente atención médica ambulatoria cuando la brindan los médicos Proveedores Participantes u otros Proveedores Participantes que son profesionales de atención médica autorizados que actúan dentro del alcance de su licencia:

- Evaluación y tratamiento de la salud mental individual y grupal.
- Evaluación de diagnóstico psiquiátrico.
- Servicios ambulatorios con el propósito de supervisar la terapia con medicamentos.
- Tratamiento de salud conductual para el trastorno del espectro del autismo (Autism Spectrum Disorder, ASD).

Programas de Tratamiento Psiquiátrico Intensivo para Pacientes Ambulatorios: Molina cubre los siguientes programas de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios en un centro de Proveedores Participantes:

- Tratamiento ambulatorio intensivo basado en el hospital; programa ambulatorio intensivo; hospitalización parcial.
- Tratamiento multidisciplinario de corto plazo en un programa intensivo de tratamiento psiquiátrico ambulatorio.
- Tratamiento en un programa residencial de crisis en centros de tratamiento psiquiátrico autorizados; el personal clínico debe monitorear las 24 horas del día para estabilizar una crisis psiquiátrica aguda.
- Observación psiquiátrica de una crisis psiquiátrica aguda.

Hospitalización Psiquiátrica para Pacientes Internados: Molina cubre la hospitalización psiquiátrica para pacientes internados en un hospital Proveedor Participante. La cobertura incluye habitación y pensión, medicamentos y servicios de médicos Proveedores Participantes y otros Proveedores Participantes que son profesionales de atención médica licenciados que actúan dentro del alcance de su licencia. Esto incluye el tratamiento en un programa residencial de crisis en un centro de tratamiento psiquiátrico autorizado con monitoreo las 24 horas del día por parte del personal clínico para estabilizar una crisis psiquiátrica aguda.

Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción: Molina cumple con la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act), que se aplica a nivel federal. Los beneficios de los Servicios de la Salud Mental y los Trastornos por Consumo de Sustancias se proporcionan de manera equitativa con los beneficios médicos/quirúrgicos dentro de la misma clasificación o subclasificación. Los niveles de atención intermedios, como el tratamiento residencial, la hospitalización parcial y los servicios de atención ambulatoria intensivos son Servicios Cubiertos y pueden requerir una Autorización Previa.

Transporte Médico Que No Sea de Emergencia: Los servicios de ambulancia y furgoneta de transporte psiquiátrico que No Sean de Emergencia están cubiertos si un Proveedor Participante determina que la condición de un Miembro requiere el uso de servicios que solo una ambulancia autorizada o una furgoneta de transporte psiquiátrico puede proporcionar y que el uso de otros medios de transporte pondría en peligro la salud del Miembro. Estos servicios solo están cubiertos cuando el vehículo transporta al miembro a o desde Servicios Cubiertos. El Miembro debe tener Autorización Previa de Molina Healthcare para estos servicios antes de que los servicios sean dados.

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

Fenilcetonuria (PKU) y Otros Errores Innatos del Metabolismo: Molina cubre las pruebas y el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU). También cubre otros errores innatos del metabolismo que involucran aminoácidos. Esto incluye fórmulas y productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta prescrita por un Proveedor Participante y administrada por un profesional de atención médica autorizado. El profesional de atención médica consultará con un médico especializado en el

tratamiento de la enfermedad metabólica. La dieta debe ser considerada Medicamento Necesario para prevenir el desarrollo de discapacidades físicas o mentales serias o para promover el desarrollo o función normal. Otras fórmulas especializadas y suplementos nutricionales no están cubiertos. Se aplicará el Costo Compartido de Medicamentos Recetados.

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

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

- Visitas al consultorio, que incluyen:
 - Suministros médicos asociados.
 - Consultas prenatales y postnatales.
- Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el Proveedor, ya sea que se administren en el consultorio del médico o en un entorno para pacientes ambulatorios o internados.
- Procedimientos diagnósticos, incluidas colonoscopias; pruebas cardiovasculares, incluidos estudios de función pulmonar, y procedimientos neurológicos/neuromusculares.
- Radioterapia.
- Exámenes de la salud pediátricos y de adultos de rutina.
- Inyecciones, pruebas y tratamientos contra las alergias.
- Exámenes de rutina y cuidado prenatal proporcionados por un obstetra ginecólogo. Los Miembros pueden seleccionar un obstetra ginecólogo como su PCP. Las mujeres Dependientes tienen acceso directo a la atención obstétrica y ginecológica.
- Estudios del sueño (se puede aplicar un Costo Compartido por separado para el centro).

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

- Atención de maternidad ambulatoria, que incluye suministros Medicamento Necesarios para un parto domiciliario.
- Servicios para complicaciones del embarazo, que incluyen el sufrimiento fetal, la diabetes gestacional y la toxemia. El término “complicaciones del embarazo” se refiere a una afección debido al embarazo, el trabajo de parto y el parto que requieren atención médica para evitar daños graves a la salud de la madre o del feto. Las náuseas matutinas y una cesárea que no es de emergencia no son complicaciones del embarazo.
- Detección de las condiciones de salud mental materna.

- Servicios de laboratorio.
- Atención en hospital para pacientes internados durante 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por Cesárea. Las hospitalizaciones más largas requieren que la Miembro o su proveedor notifiquen a Molina.

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

Interrupción de Embarazo: Molina cubre los servicios de interrupción de embarazo sujetos a ciertas restricciones de cobertura requeridas por la Ley De Cuidado de Salud a Bajo Precio y por toda ley vigente de California. Los procedimientos que se realizan en el consultorio no requieren Autorización Previa. Si el servicio de interrupción del embarazo se provee en un entorno de pacientes internados o ambulatorios, se requiere Autorización Previa. Se aplica un Costo Compartido por visitas al consultorio, intervención quirúrgica ambulatoria o pacientes internados, según el lugar de servicio.

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

Servicios Médicos Preventivos: Según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y como parte de los Beneficios de Salud Esenciales del Miembro, Molina cubre servicios médicos preventivos sin Costo Compartido para los Miembros. Los servicios médicos preventivos incluyen lo siguiente:

- Elementos o servicios basados en la evidencia que tienen una calificación de “A” o “B” vigente en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Médicos Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF). Ingrese en el sitio web del USPSTF para obtener recomendaciones sobre servicios médicos preventivos en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.
- Inmunizaciones de rutina para niños, adolescentes y adultos, según lo recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC).
- Con respecto a los bebés, los niños y los adolescentes, esa atención médica preventiva informada de las pruebas y los exámenes preventivos en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA).
- Los servicios médicos preventivos y los exámenes previstos en las pautas integrales respaldadas por la HRSA, en la medida en que no estén ya incluidos en ciertas recomendaciones del USPSTF.

Un Proveedor Participante debe proporcionar todos los servicios médicos preventivos para que se cubran bajo este Acuerdo. A medida que las agencias gubernamentales mencionadas anteriormente publiquen nuevas recomendaciones y pautas para los servicios médicos preventivos, estos se cubrirán conforme a este Acuerdo. La

cobertura comenzará durante los años del producto que comiencen un año después de la fecha en que se emita la recomendación o pauta, o en la fecha que requieran la ACA y sus normas de implementación. El año del Plan, también conocido como año de póliza a los efectos de esta disposición, se basa en el año natural.

Si una recomendación o pauta gubernamental existente o nueva no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el establecimiento para la prestación de un servicio médico preventivo, entonces Molina puede imponer límites razonables de cobertura a dicha atención médica preventiva. Los límites de cobertura serán consistentes con la ACA, sus normas federales correspondientes y las leyes estatales aplicables.

Dispositivos Protésicos y Ortóticos, Implantados Internamente o Externos:

Molina cubre los dispositivos protésicos y ortóticos que se describen en esta sección si se cumple con todos los siguientes requisitos:

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

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

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

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

- Dispositivos ortopédicos y accesorios de instalación para restaurar un método de expresión después de la extracción de la totalidad o parte de la laringe (esta cobertura no incluye máquinas productoras de voz electrónica que no son dispositivos ortopédicos).
- Prótesis necesarias después de una mastectomía Médicamente Necesaria, incluidas prótesis hechas a medida cuando son Médicamente Necesarias y hasta tres brassieres cada 12 meses cuando se requiere llevar una prótesis.
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las

complicaciones relacionadas con la diabetes, cuando los prescribe un Proveedor Participante que es podólogo.

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

Cirugía Reconstructiva: Molina cubre los siguientes servicios de cirugía reconstructiva cuando estos cuentan con una Autorización Previa:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedad que requiere cirugía para mejorar la función o crear una apariencia normal, en la medida de lo posible.
- Extirpación de toda una mama o parte de ella (mastectomía), reconstrucción de la mama después de una mastectomía Médicamente Necesaria, cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica después de la reconstrucción de una mama y tratamiento de las 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, solo ofrece una mejora mínima en la apariencia.
- Cirugía que se realiza para alterar o reformar las estructuras normales del cuerpo y mejorar la apariencia.

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

Centros de Cuidado Experto: Molina cubre 100 días por periodo de beneficios en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) para un Miembro si el SNF es un Proveedor Participante y los servicios cuentan con una Autorización Previa antes de comenzar. Entre los servicios de SNF cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Habitación y pensión.
- Servicios de médico y de enfermería.
- Medicamentos e inyecciones.

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

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

Trastorno por el Uso de Sustancias (Pacientes Internados y Ambulatorios): Molina cubre el tratamiento Medicamente Necesario para pacientes internados y ambulatorios por el trastorno por consumo de sustancias según los criterios de la asociación profesional sin fines de lucro. La cobertura para pacientes internados, en un hospital que sea un Proveedor Participante, solo está cubierta para el manejo médico de los síntomas de la abstinencia. La cobertura incluye habitación y comidas, servicios médicos de un Proveedor Participante, servicios de recuperación de la adicción, educación y abuso de sustancias/dependencia química si se cuenta con una Autorización Previa. Además, Molina proporciona cobertura para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias en un entorno de recuperación residencial no médico de transición si se cuenta con una Autorización Previa. Molina cubre la siguiente atención médica ambulatoria para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias:

- Tratamiento diario/programas parciales.
- Asesoramiento individual y grupal sobre el trastorno por consumo de sustancias.
- Evaluación y tratamiento individual del trastorno por consumo de sustancias.
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios.
- Tratamiento médico de los síntomas de la abstinencia.
- Tratamiento asistido por medicamentos (Medication Assisted Treatment, MAT).
- Programas para Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Programs, OTP).

La atención médica ambulatoria para el tratamiento de trastorno por consumo de sustancias no incluye el tratamiento ni el asesoramiento para ninguno de los siguientes asuntos: carrera, matrimonio, divorcio, padres, trabajo, trastornos del aprendizaje o discapacidad intelectual.

Cirugías (Pacientes Internados y Ambulatorios): Molina cubre los servicios quirúrgicos para pacientes internados y ambulatorios que se enumeran a continuación cuando se proporcionan en un centro de Proveedores Participantes. Se requiere Autorización Previa.

Los servicios quirúrgicos para pacientes internados incluyen lo siguiente:

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

Servicios de cirugía ambulatoria proporcionados en cualquiera de las siguientes ubicaciones:

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

Se pueden aplicar Costos Compartidos por separado para servicios profesionales y servicios en centros. Consulte el Programa de Beneficios a fin de conocer los Servicios de Atención Médica Ambulatoria en Un Hospital o Un Centro o los Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados a fin de determinar el Costo Compartido aplicable del Miembro.

Servicios para Tratar el Trastorno de la Articulación Temporomandibular (Temporomandibular Joint Syndrome, TMJ): Molina cubre servicios para el tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular si se cumplen todas las siguientes condiciones:

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

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

Servicios de Atención Médica Urgente: Los Servicios de Atención Médica Urgente están sujetos al Costo Compartido en el Programa de Beneficios. Los Servicios de Atención Médica Urgente son los servicios de atención de salud necesarios para prevenir el grave deterioro de la salud por una enfermedad o lesión médica imprevista. Para los Servicios de Atención Médica Urgente o fuera del horario de atención, los Miembros deben llamar a su Proveedor de Cuidados Primarios o a la Línea de Consejos de Enfermería. Los Miembros que se encuentran dentro del Área de Servicio pueden preguntar a su Proveedor de Cuidados Primarios a qué centro de cuidado urgente de un Proveedor Participante pueden dirigirse. Lo mejor es averiguar anticipadamente el nombre del centro de cuidado urgente que es un Proveedor Participante. Los Miembros deben recibir Servicios de Atención Médica Urgente de un Proveedor Participante, a excepción de los Miembros que se encuentren fuera del Área de Servicio, que pueden dirigirse a la sala de emergencias más cercana para recibir Servicios de Atención Médica Urgente.

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

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

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

- Hasta dos lentes de contacto Médicamente Necesarios por ojo (incluidos el ajuste y la dispensación) en cualquier periodo de doce (12) meses para tratar la aniridia (falta de iris), ya sea proporcionados por el plan durante el periodo de contrato actual o de doce (12) meses anterior.
- Hasta seis (6) lentes de contacto afáquicos Médicamente Necesarios por ojo (incluidos el ajuste y la dispensación) por año natural para tratar la afaquia (ausencia de la lente cristalina del ojo), ya sea proporcionados por el plan del contrato actual o anterior en el mismo año natural.

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

- Examen preventivo de rutina de la visión y examen de los ojos cada año natural, incluida la refracción, e incluso la dilatación, cuando la indica un profesional.
- Un par de anteojos con receta médica (monturas y lentes) cada año natural con lentes de vidrio, plástico o policarbonato; disponibles como lentes monofocales, lentes bifocales convencionales, lentes trifocales convencionales y lentes lenticulares en todos los aumentos de la lente.
- Examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación), incluidos los ajustes estándar y premium cubiertos en su totalidad.
- Hay lentes de contacto con receta médica disponibles en lugar de anteojos. Los Miembros pueden elegir entre cualquier material disponible de lentes de contacto con receta médica, incluido un suministro mínimo de 3 meses para cualquiera de las siguientes modalidades: estándar (un par por año), mensual (suministro para 6 meses), quincenal (suministro para 3 meses), diario (suministro para 3 meses).
- Los lentes de contacto necesarios tienen cobertura total para los Miembros que tienen enfermedades específicas que tienen mejor corrección visual con lentes de contacto, en lugar de lentes y monturas recetados; para el tratamiento de aniridia, aniseiconía, anisometropía, afaquia, trastornos corneales, astigmatismo irregular, queratocono, miopía patológica, trastornos postraumáticos. Consulte “Servicios para la Vista Especializados” para obtener cobertura de lentes de contacto especiales para la aniridia y la afaquia.
- Dispositivos ópticos de baja visión, incluidos servicios de baja visión, entrenamiento e instrucción para maximizar la visión utilizable restante con cuidado de seguimiento, cuando los servicios son Médicamente Necesarios y se obtiene Autorización Previa. Con Autorización Previa, la cobertura incluye:
 - Una evaluación integral de visión deficiente cada 5 años.
 - Anteojos con aumento alto, lentes de aumento y anteojos telescópicos, según sea Médicamente Necesario.

- Cuidado de seguimiento, que incluye cuatro (4) consultas durante un periodo de cinco (5) años.

MEDICAMENTOS RECETADOS

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

Farmacias: Molina cubre medicamentos en farmacias minoristas, farmacias especializadas y servicios de farmacia por correo dentro de su Área de Servicio. Es posible que los Miembros deban surtir un medicamento en una farmacia especializada contratada si está sujeto a las restricciones de distribución de la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), si requiere manejo especial o coordinación de proveedores o si se requiere una 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, con solicitud previa. Para obtener una lista de las farmacias contratadas, ingrese en www.MolinaMarketplace.com. También puede obtener una copia impresa solicitándola en el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services).

Formulario de Molina: Molina establece una lista de medicamentos, dispositivos y suministros que se cubren mediante el beneficio de farmacia del Plan. La lista de productos cubiertos se conoce como el “Formulario”. En ella, se incluyen todos los productos recetados y de venta libre que los Miembros del Plan pueden obtener en una farmacia, junto con cualquier requisito, limitación o restricción de cobertura de los productos enumerados. El Formulario se encuentra disponible para los Miembros en www.MolinaMarketplace.com. También se puede solicitar una copia impresa. Un grupo de profesionales médicos que forman parte de Molina, y también externos, seleccionan los productos que se incluyen en el Formulario. Este grupo revisa el Formulario regularmente y realiza cambios cada tres meses, en función de las actualizaciones de la práctica médica basada en la evidencia, la tecnología médica y los medicamentos genéricos y de marca registrada nuevos en el mercado.

Acceso a Medicamentos Fuera del Formulario: El Formulario permite que los Miembros y sus Recetadores sepan qué productos están cubiertos por el beneficio de farmacia del Plan. El hecho de que un medicamento aparezca en la lista del Formulario no garantiza que un Recetador lo prescriba para un Miembro. Es posible que el Plan no cubra los medicamentos que no están en el Formulario; además, estos medicamentos pueden costar a los Miembros más que otros similares que se incluyen en el Formulario si están cubiertos por una “excepción”, como se describe en la siguiente sección. Los Miembros pueden pedir que se cubran medicamentos que están fuera del Formulario.

Las solicitudes de cobertura de medicamentos que están fuera del Formulario se considerarán para un uso médicamente aceptado cuando no se puedan usar las opciones incluidas en el Formulario y se cumplan otros requisitos de cobertura. En general, los medicamentos que se enumeran en el Formulario son fármacos que los Proveedores recetan a los Miembros para que estos los obtengan en una farmacia y se los administren a sí mismos. La mayoría de los medicamentos inyectables que requieren ayuda de un Proveedor para su uso se cubren bajo el beneficio médico en lugar del beneficio de farmacia. Los Proveedores cuentan con instrucciones de Molina sobre la manera de obtener una aprobación anticipada de los medicamentos que compran para tratar a los Miembros. Es posible obtener aprobación para adquirir algunos medicamentos inyectables en una farmacia mediante el beneficio de farmacia del Plan.

Solicitud de una Excepción: Molina cuenta con un proceso que les permite a los Miembros solicitar medicamentos clínicamente apropiados que no están en el Formulario. Los Miembros pueden solicitar la cobertura de medicamentos que tengan requisitos de terapia progresiva u otras restricciones bajo el beneficio del Plan que no se hayan cumplido. Los Recetadores pueden comunicarse con el Departamento de Farmacias (Pharmacy Department) de Molina para solicitar una excepción de Formulario. Si se aprueba la solicitud, Molina se comunicará con el Recetador. Si una receta médica requiere una revisión de Autorización Previa para una excepción de Formulario, la solicitud se puede considerar en circunstancias estándares o aceleradas.

- Cualquier solicitud que no se considere de excepción acelerada se considerará como solicitud de Excepción Estándar.
- Una solicitud se considera de excepción acelerada si el medicamento se usa para tratar una condición de salud del Miembro que puede poner en un grave peligro su vida, salud o capacidad de recuperar una función máxima, o si el miembro se encuentra bajo un tratamiento actual con el medicamento y este no se encuentra en el formulario. Los ensayos de muestras farmacéuticas de un Recetador o de un fabricante de medicamentos no se considerarán como tratamiento en curso.

Molina notificará al Miembro y a su Recetador sobre la determinación de cobertura en los siguientes plazos máximos:

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

Si se deniega la solicitud, Molina enviará una carta al Miembro y a su Recetador, en la que explicará el motivo por el que se denegó el medicamento o producto. El Miembro tiene el derecho a adquirir el medicamento al costo completo que cobra la farmacia. Si el Miembro no está de acuerdo con la denegación de la solicitud, puede apelar la decisión de cobertura de Molina. El Recetador puede solicitar una charla con los revisores de Molina para hablar sobre los motivos de la denegación. Además, puede solicitar que una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) revise la decisión de cobertura de Molina. La IRO notificará su decisión al solicitante en los siguientes plazos máximos:

- 24 horas después de la recepción de una apelación ante una solicitud de excepción acelerada denegada.

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

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

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

Categoría de medicamento	Descripción
Categoría 1	1) La mayoría de los medicamentos genéricos y marcas preferidas de bajo costo.
Categoría 2	1) Medicamentos genéricos no preferidos. 2) Medicamentos de marca registrada preferidos. 3) Recomendados por el comité farmacéutico y terapéutico (pharmaceutical and therapeutics, P&T) del plan en función de la seguridad, la eficacia y el costo de los medicamentos.
Categoría 3	1) Medicamentos de marca registrada no preferidos. 2) Recomendados por el comité de P&T en función de la seguridad, la eficacia y el costo de los medicamentos. 3) Con una alternativa terapéutica preferida y, a menudo, menos costosa en una categoría más baja.
Categoría 4	1) La Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o el fabricante de medicamentos limitan la distribución a farmacias especializadas. 2) La autoadministración requiere entrenamiento o monitoreo clínico. 3) El medicamento se fabricó con biotecnología. 4) El costo del plan (neto de los reembolsos) es >\$600.
Categoría 5	Medicamentos y presentaciones 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 (Durable Medical Equipment, “DME”): se aplica un costo compartido; el coseguro del DME determina el Costo Compartido de algunos productos no farmacológicos incluidos en el Formulario.

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

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

Asistencia con el Costo Compartido y los Gastos de Su Bolsillo para Medicamentos: La reducción del Costo Compartido para cualquier medicamento recetado que el Miembro obtenga mediante el uso de una tarjeta de descuento, un cupón entregado por un fabricante de medicamentos recetados o cualquier otra forma de asistencia de un tercero con el Costo Compartido de medicamentos recetados no se aplicará a ningún Deducible ni al OOPM en virtud del Plan.

Medicamentos y Suplementos de Venta Libre: Molina cubre medicamentos y suplementos de venta libre de conformidad con las Leyes Federales y Estatales. Los productos cubiertos se mencionan en el Formulario.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME): Molina cubrirá los costos de compra o alquiler del DME para su uso con ciertos medicamentos cuando se obtenga a través de un proveedor contratado. Además, Molina cubrirá reparaciones, mantenimiento, entrega y suministros razonables relacionados con el DME. Los Miembros pueden ser responsables de los costos de la reparación o sustitución necesarias del DME si se requieren debido a un mal uso o pérdida. Es posible que se requiera una Autorización Previa para la cobertura del DME. La cobertura estará bajo el beneficio médico o de farmacia, según el tipo de DME. Consulte el Formulario para conocer los DME y otros productos no farmacológicos cubiertos por el beneficio de farmacia. Visite www.MolinaMarketplace.com o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) para obtener más información sobre la cobertura.

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

Medicamentos Recetados para Dejar de Fumar: En Molina, los medicamentos para ayudar a los Miembros a dejar de fumar están cubiertos sin Costos Compartidos. Los Miembros deben consultar a su Proveedor a fin de determinar qué medicamento es el apropiado para ellos. Los medicamentos cubiertos se mencionan en el Formulario.

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

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

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

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

Medicamentos contra el Cáncer: Molina cubre los costos razonables de medicamentos contra el cáncer y su administración. Se revisan las solicitudes de uso de un medicamento fuera de lo indicado por la FDA (es decir, el uso fuera de lo indicado en la etiqueta) para determinar la Necesidad Médica en comparación con las recomendaciones estándar para el uso del medicamento y para el tipo de cáncer bajo tratamiento. No se deniega ninguna solicitud únicamente sobre la base del uso fuera de lo indicado por la FDA. Los medicamentos con los que los Proveedores tratan a los Miembros estarán sujetos al Costo Compartido especificado para la quimioterapia, según el beneficio médico del sitio donde se administra el tratamiento. Los medicamentos que los Miembros reciben en las farmacias estarán sujetos al Costo Compartido especificado en el beneficio de farmacia. Consulte el Programa de Beneficios para conocer el Costo Compartido aplicable. La mayoría de los

medicamentos nuevos contra el cáncer se consideran medicamentos especializados y de Categoría 4 bajo el beneficio de farmacia. Todos los medicamentos contra el cáncer que se administran de forma oral y se pagan bajo el beneficio de farmacia tendrán cobertura de la misma manera y sin Costo Compartido superior al que se impone bajo el beneficio médico para los medicamentos contra el cáncer que el Proveedor administra por otras vías corporales. El Costo Compartido máximo para un medicamento contra el cáncer que se administra por vía oral es de \$250 por un suministro de hasta treinta (30) días y no está sujeto a un deducible.

Tratamiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (Human

Immunodeficiency Virus, HIV): Molina cubre medicamentos recetados para el tratamiento de una infección por HIV, o una enfermedad o afección médica que surja a partir del HIV o se relacione con este. Los medicamentos deben recetarse dentro del alcance de la práctica del Proveedor y los tiene que aprobar la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos, incluidos los medicamentos experimentales o de investigación en Fase III, aprobados por la FDA y administrados de acuerdo con el protocolo.

Disponibilidad de Pedidos por Correo de Medicamentos del Formulario: Molina ofrece a los Miembros una opción de pedido por correo de algunos medicamentos en las categorías 1, 2, 3 y 5. Los medicamentos elegibles están marcados como “CORREO” en el Formulario. Los medicamentos del Formulario se pueden enviar por correo al Miembro dentro de los 10 días siguientes a la solicitud y aprobación del pedido. Con esta opción, los Miembros pueden obtener un suministro de 3 meses de medicamentos elegibles a un menor Costo Compartido. El Costo Compartido para un suministro de 3 meses mediante una orden de correo se aplica a una tasa de dos veces el Costo Compartido del suministro de un mes en la categoría del Formulario del medicamento. Los medicamentos de “Categoría 4: especializados” no son elegibles para programas de pedido por correo. Para obtener más información, visite www.MolinaMarketplace.com o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services).

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

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

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

Molina no cubre medicamentos para tratar condiciones que son exclusiones de beneficios, entre las que se incluyen los siguientes:

- Servicios cosméticos.
- Tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello.
- Disfunción eréctil.
- Disfunción sexual.

EXCLUSIONES

Algunos equipos y servicios se excluyen de la cobertura en virtud de este Acuerdo. Estas exclusiones se aplican a todos los servicios que, de otra manera, estarían cubiertos por este Acuerdo, independientemente de si los servicios están dentro del alcance de la licencia de un Proveedor, excepto en el caso de que se indique expresamente lo contrario en esta Sección o cuando la Ley Estatal exija lo contrario. Esta no es una lista exhaustiva de los servicios que se excluyen de la cobertura de este Plan. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina (Molina Member Services) si tiene preguntas sobre las exclusiones.

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

Inseminación Artificial y Concepción por Medios Artificiales: Todos los servicios relacionados con la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales no tienen cobertura.

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

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

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

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

Cuidado de Custodia: La ayuda con las actividades de la vida diaria no tiene cobertura. Esta exclusión no se aplica a la asistencia en actividades de la vida diaria que se proporciona como parte de cuidado paliativo cubierto, centros de cuidado experto o atención en hospital para pacientes internados. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario de trastornos de salud mental o de abuso de sustancias.

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

Suministros Desechables: No se cubren los suministros desechables de uso en el hogar, como vendas, gasas, cintas, antisépticos, vendajes, vendas elásticas, pañales, protectores absorbentes y otros suministros para la incontinencia.

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

Servicios Experimentales o de Investigación: Molina no cubre servicios Experimentales o de Investigación; sin embargo, esta exclusión no se aplica a los Servicios Cubiertos según la sección “Ensayos Clínicos Aprobados”.

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

Servicios por Infertilidad: Todos los servicios y suministros por infertilidad no están cubiertos, aparte de servicios de conservación de la fertilidad y atrogénicos Médicamente Necesarios.

Cuidados Intermedios: La atención en un centro de cuidados intermedios autorizado no está cubierta. Esta exclusión no se aplica a los servicios con cobertura que se detallan en la sección “Servicios Cubiertos” de este Acuerdo.

Elementos y Servicios No Relacionados con la Atención Médica: Molina no cubre servicios que no son servicios de atención médica, por ejemplo, los siguientes:

- Enseñanza de modales y cordura.
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar destrezas de planificación, como planificación de actividades diarias y proyectos o tareas.
- Elementos y servicios que aumentan el conocimiento o las destrezas académicas, además de los servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.
- Entrenamiento académico o tutoría para destrezas como gramática, matemáticas y manejo del tiempo.
- Enseñanza de la habilidad de leer para Miembros con dislexia.
- Pruebas educativas.
- Enseñanza de arte, danza, montar a caballo, música, jugar o nadar, a menos que sea médicamente necesario para el tratamiento de un trastorno de salud mental o de abuso de sustancias.
- Enseñanza de destrezas para empleo o propósitos vocacionales.
- Entrenamiento profesional o enseñanza de destrezas profesionales.
- Cursos de desarrollo profesional.
- Entrenamiento para un trabajo específico o asesoramiento de empleo.
- Exámenes relacionados con el trabajo, el deporte (exámenes físico-deportivos) o el desempeño recreativo.

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

Nutrición Oral: No se cubre la nutrición oral para pacientes ambulatorios, 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 la sección “Fenilcetonuria (PKU) y Otros Errores Innatos del Metabolismo” de este Acuerdo.

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

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

- Un hospital.
- Un centro de cuidado experto.
- Servicios de cuidado de respiro para pacientes internados cubiertos en la sección “Servicios Paliativos”.
- Un centro autorizado que proporciona servicios residenciales en caso de crisis, cubiertos según la sección “Servicios de Salud Mental (Pacientes Internados y Ambulatorios)”.

- Un centro autorizado que proporciona servicios de recuperación residencial de transición, cubiertos según la sección “Trastorno por el Uso de Sustancias (Pacientes Internados y Ambulatorios)”.

Elementos y Servicios para el Cuidado Rutinario de los Pies: No se cubren los elementos y servicios de cuidado rutinario de los pies, excepto para los Miembros con diabetes.

Servicios No Aprobados por la FDA: No se cubre ningún medicamento, suplemento, prueba, vacuna, dispositivo, material radioactivo ni cualquier otro servicio que, por ley, requiera la aprobación de la FDA para su venta en los EE. UU. y que no cuente con dicha aprobación. Esta exclusión se aplica a los servicios prestados en cualquier lugar, incluso fuera de los Estados Unidos. Por otra parte, esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos conforme a la sección “Ensayos Clínicos Aprobados” de este Acuerdo. Consulte la sección “Apelaciones y Quejas” de este Acuerdo para obtener información sobre las solicitudes denegadas de servicios Experimentales o de Investigación.

Servicios Prestados fuera del Área de Servicio: No se cubren los servicios y suministros proporcionados a un Miembro fuera del Área de Servicio, lugar al que el Miembro viajó con el fin de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos. Además, la atención médica rutinaria, la atención médica preventiva, la atención médica primaria, el cuidado especializado y los servicios para pacientes internados no están cubiertos cuando se suministran fuera del Área de Servicio, a excepción de los Servicios de Emergencia y los Servicios de Atención Médica Urgente cubiertos de acuerdo con la sección “Servicios Cubiertos” en este Acuerdo. Cuando la muerte ocurre 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 Departamento de Servicios para Miembros (Member Services).

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

Servicios Relacionados con un Servicio No Cubierto: Cuando un servicio no está cubierto, todos los servicios relacionados con este tampoco tienen cobertura. Esta exclusión no se aplica a los servicios que Molina cubriría para tratar las complicaciones del servicio no cubierto. Molina cubre todos los servicios de salud básicos Médicamente 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 de trastornos de salud mental o de abuso de sustancias.

Sustitución: Los servicios para cualquier persona en relación con un Contrato de Sustitución, excepto los Servicios Cubiertos de otra manera proporcionados a un Miembro que es un sustituto. Un “Acuerdo de Sustitución” es uno en el que una mujer (el sustituto) se compromete a quedar embarazada y a entregar el bebé o los bebés a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño, ya sea que el sustituto reciba o no un pago. Consulte “Subrogación para un Contrato de Sustitución” en la sección “Avisos Legales” de este Acuerdo para obtener información sobre las obligaciones de los Miembros con Molina en relación con un Acuerdo de Sustitución, incluidas las obligaciones de los Miembros de reembolsarle a Molina los Servicios Cubiertos que Molina cubra y la obligación de un Miembro de proporcionarle información a Molina sobre cualquier persona que sea financieramente responsable de los Servicios Cubiertos que el bebé (o bebés) reciba.

Gastos de Viaje y Alojamiento: Los gastos de viaje y alojamiento no tienen cobertura. Molina puede pagar ciertos gastos que Molina preautoriza de acuerdo con las pautas de viaje y alojamiento de Molina. Las pautas de viaje y alojamiento de Molina están disponibles en el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services).

RECLAMOS

Presentación de un Reclamo: Los Miembros o Proveedores deben presentar oportunamente ante Molina los reclamos por Servicios Cubiertos prestados a los Miembros. Todos los reclamos deben presentarse en un formulario aprobado por Molina y deben incluir la historia clínica completa relacionada con el reclamo, si lo solicita Molina o, de otro modo, lo requieran las políticas y los procedimientos de Molina. El Miembro o el Proveedor deben presentar los reclamos a Molina dentro de los 365 días naturales posteriores a la fecha en que se produjo lo siguiente:

- Se dio el alta por servicios para pacientes internados o la fecha de servicio por servicios para pacientes ambulatorios.
- El proveedor recibió el nombre y la dirección correctos para Molina.

Si Molina no es el pagador principal en la coordinación de beneficios o responsabilidad de terceros, el Proveedor debe presentar los reclamos ante Molina dentro de los 30 días naturales después de la determinación definitiva del pagador principal. Excepto que la Ley Estatal establezca lo contrario, cualquier reclamo que no se presente ante Molina dentro de estos plazos no cumplirá con los requisitos para el pago, por lo que el Proveedor renuncia a cualquier derecho al pago.

Procesamiento de Facturas y Reclamos: El pago de los reclamos se hará a los Proveedores Participantes de acuerdo con las disposiciones de cronología establecidas en el contrato del Proveedor. A menos que el Proveedor y Molina hayan aceptado por escrito un plan de pago alternativo, Molina pagará al Proveedor del servicio dentro de los 30 días naturales después de recibir un reclamo presentado con toda la documentación médica correspondiente y que cumpla con las pautas y los requisitos de facturación de Molina. La fecha de recepción de un reclamo es la fecha en que Molina recibe un aviso escrito o electrónico del reclamo.

Pago de Molina: Algunos Proveedores Participantes de Molina reciben un monto fijo por cada mes que el Miembro se encuentra bajo su cuidado, ya sea que el Miembro vea al Proveedor o que no lo haga. Algunos Proveedores trabajan a través de un pago por cada servicio, lo que significa que reciben un pago por cada servicio que brindan.

Es posible que algunos Proveedores reciban incentivos por brindar atención médica preventiva de calidad. Molina no ofrece incentivos financieros para las decisiones de gestión de utilización que podrían dar lugar a denegaciones de autorización o subutilización. Para obtener más información sobre cómo se les paga a los Proveedores, los Miembros pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services). Los Miembros también pueden llamar al consultorio de un Proveedor o su grupo médico para obtener esta información.

Reembolsos: Con la excepción de cualquier monto de Costo Compartido requerido, si un Miembro pagó por un Servicio Cubierto o una receta médica que se aprobó o no requiere aprobación, Molina le devolverá el dinero. Para ello, el Miembro debe presentar su reclamo de reembolso dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en la que realizó el pago. Los Miembros deben enviar esta información por correo al Departamento de Servicios para Miembros de Molina (Molina Member Services), a la dirección que figura en la primera página de este Acuerdo. El Miembro tendrá que enviar a Molina una copia de la factura por los Servicios Cubiertos del Proveedor o el centro, así como una copia del recibo. También debe incluir el nombre y el número de póliza del Miembro para el que presenta el reclamo. Si la factura es por una receta médica, el Miembro tendrá que llenar un Formulario de Reembolso. Incluya una copia de la etiqueta de la receta médica y del recibo de la farmacia cuando envíe este formulario a la dirección, como se indica en el formulario.

Después de recibir la solicitud de reembolso del Miembro, Molina le responderá dentro de los siguientes 30 días naturales. Si el reclamo se acepta, Molina enviará un cheque al Miembro por el reembolso. En cambio, si el reclamo se deniega, Molina enviará al Miembro una carta en la que explicará el motivo de dicha denegación. 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 para conocer sus responsabilidades de Costo Compartido para los Servicios Cubiertos. Los Miembros pueden ser responsables de pagar el precio total de los servicios en los siguientes casos:

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

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

AVISOS LEGALES

Responsabilidad de Terceros: Molina tiene derecho a reembolsos por los Servicios Cubiertos prestados a un Miembro bajo este plan para tratar una lesión o enfermedad causada por el acto ilícito, la omisión o la negligencia de un tercero, si un Miembro ha recibido una compensación por la lesión o enfermedad de parte del tercero o de sus representantes. Molina tendrá derecho al pago, reembolso y subrogación (recuperación de beneficios pagados cuando un plan médico adicional proporciona cobertura) en

recuperaciones de terceros, y el Miembro deberá cooperar para ayudar íntegra y completamente en la protección de los derechos de Molina, incluida la notificación rápida de un caso que implique 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 luego de cobrar la compensación por los daños, ya sea por acción o ley, resolución u otro tipo; y cooperar plenamente con la implementación de los derechos de gravamen de Molina por el valor razonable de los servicios proporcionados por Molina, en la medida de lo permitido por la Ley Estatal. El gravamen de Molina puede presentarse ante la persona cuyo acto causó las lesiones, su agente o el tribunal.

Indemnización al Trabajador: Molina no proporcionará beneficios conforme a este Acuerdo que dupliquen los beneficios a los que el Miembro tiene derecho en virtud de cualquier ley de indemnización al trabajador vigente. El Miembro es responsable de realizar cualquier acción necesaria para obtener el pago bajo las leyes de indemnización al trabajador, cuando su puede esperar razonablemente el pago bajo el sistema de indemnización al trabajador. 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 al trabajador. Si surge una disputa entre el Miembro y la compañía de Indemnización al Trabajador, en cuanto a la capacidad del Miembro para cobrar conforme a las leyes de indemnización al trabajador, Molina proveerá los beneficios descritos en este Acuerdo hasta la resolución de la disputa. Si Molina proporciona beneficios que duplican los beneficios a los que el Miembro tiene derecho bajo la ley de indemnización al trabajador, Molina tendrá derecho a un reembolso por el costo razonable de tales beneficios.

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

Cambios en las Primas y el Costo Compartido: Cualquier cambio en este Acuerdo, incluidos (entre otros) los cambios en los montos de las Primas, los Servicios Cubiertos, el Deducible, el Copago, el Coseguro y el OOPM, entrará en vigor 60 días después del aviso enviado a la dirección del Suscriptor que Molina tiene registrada.

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

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

No Discriminación: Molina no discrimina al contratar personal o proveer atención médica sobre la base de una condición de salud preexistente, color, credo, edad, origen nacional, identificación de grupo étnico, religión, discapacidad, incapacidad, orientación sexual o sexo e identidad de género, o información genética.

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

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

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

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

Falta de Validez: Si cualquier disposición de este Acuerdo se considera ilegal, no válida o inaplicable en un procedimiento judicial, dicha disposición será inaplicable y no válida, y el resto de este Acuerdo seguirá siendo aplicable y permanecerá en plena vigencia y efecto.

Avisos: Cualquier aviso requerido por Molina en virtud de este Acuerdo se enviará a la dirección registrada más reciente del Suscriptor. El Suscriptor es responsable de informar cualquier cambio de dirección al Marketplace.

Subrogación para un Acuerdo de Subrogación: Si un Miembro celebra un Acuerdo de Subrogación y el Miembro o cualquier otro beneficiario tiene derecho a recibir pagos u otra compensación bajo el Acuerdo de Subrogación, el Miembro debe reembolsar a Molina por los Servicios Cubiertos que reciba en relación con la concepción, el embarazo, el parto o la atención de posparto en relación con ese contrato (“Servicios de Salud de Subrogación”) hasta el máximo permitido bajo la Sección 3040 del Código

Civil de California. Un “Acuerdo de Subrogación” es aquel en el que una mujer se compromete a quedar embarazada y a entregar el bebé (o bebés) a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño (o hijos), ya sea que la mujer reciba o no el pago por ser un sustituto. Nota: Esta sección de “Acuerdo de Subrogación” no afecta la obligación del Miembro ni paga su Copago o Coseguro por estos Servicios Cubiertos. Después de entregar un bebé a los padres legales, el Miembro no está obligado a reembolsar por los Servicios Cubiertos que recibe el bebé (los padres legales son financieramente responsables de cualquier Servicio Cubierto que reciba el bebé).

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

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

- Nombres, direcciones y números telefónicos de las otras partes del contrato.
- Nombres, direcciones y números telefónicos de cualquier agente de custodia o administrador.
- Nombres, direcciones y números telefónicos de los padres previstos y de cualquier otra parte que sea financieramente responsable de los servicios cubiertos que reciba el bebé (o bebés), incluyendo nombres, direcciones y números telefónicos de cualquier seguro médico que cubra los servicios cubiertos que reciba el bebé (o bebés).
- Una copia firmada de cualquier contrato y otros documentos que expliquen el contrato.
- Toda la información que Molina solicite para satisfacer sus derechos.

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

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

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

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

Programa de Bienestar y Otros Beneficios del Programa: Este Acuerdo incluye el acceso a un programa de bienestar ofrecido para alentar a los Miembros a realizar actividades de salud que respalden su salud general. El programa es voluntario y está disponible sin costo adicional para todos los Suscriptores. El programa también está disponible para los Dependientes mayores de 18 años sin costo. 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 los Miembros pueden incluir créditos de primas u otros beneficios, como tarjetas de regalo.

Los Miembros deben consultar con su Proveedor de Cuidados Primarios antes de participar. El programa de bienestar es opcional y los beneficios están disponibles sin costo adicional para los miembros elegibles. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services).

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

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

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

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

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

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

ARBITRAJE VINCULANTE: ACUERDO PARA RESOLVER TODAS LAS CONTROVERSIAS, INCLUIDA EL FUTURO RECLAMO POR NEGLIGENCIA MEDIANTE ARBITRAJE VINCULANTE

*****Información Importante sobre sus Derechos*****

Cualquier disputa de cualquier tipo, incluido entre otros, reclamos relacionados con la cobertura y entrega de servicios bajo este producto, que pueden incluir, pero no se limitan a reclamos de negligencia (por ejemplo, en caso de cualquier disputa o controversia que surja del diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente por parte del proveedor de atención médica) o demandas de que los servicios médicos prestados bajo el producto eran innecesarios o no estaban autorizados o fueron prestados de manera inapropiada entre los Miembros (incluidas sus subsidiarias o afiliadas), y Molina o cualquiera de sus compañías matrices, subsidiarias, sucesoras o compañías asignadas, serán sometidos a arbitraje obligatorio de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables, incluida la Ley Federal de Arbitraje, 9 U.S.C., Secciones 1-16, Código de Procedimiento Civil de California, Secciones 1280 et seq. y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Cualquier disputa de este tipo no será resuelta por una demanda o proceso judicial, ni estará sujeta a apelación, excepto según lo dispuesto por la ley aplicable. Cualquier arbitraje bajo esta disposición se llevará a cabo de manera individual; no se permiten arbitrajes de clase ni acciones de clase.

El Miembro y Molina acuerdan que, cuando se celebra el contrato de inscripción de un Miembro en este producto, el Miembro y Molina renuncian cada uno al derecho a un juicio por jurado o a participar en una

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

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

Las audiencias de arbitraje se llevarán a cabo en el Condado en el cual el Miembro vive o en cualquier otro lugar 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, entre otros, la imposición de sanciones. El árbitro tendrá la facultad de otorgar todos los recursos de acuerdo con la ley aplicable, y sujeto a cualquier limitación de esta.

El árbitro preparará por escrito un laudo que indique la parte o las partes 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, entre otros, a aquellos que buscan daños, estará sujeta a arbitraje vinculante como se estipula en el presente documento.

Las partes dividirán por igual los costos y gastos de JAMS y del árbitro. En casos de 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 adecuada y con la información y la documentación que requiera JAMS. JAMS (y no el punto neutro asignado para escuchar el caso) determinará si se debe conceder la solicitud de privación del miembro.

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

APELACIONES Y QUEJAS

Quejas o Reclamos: Una queja es un reclamo. Una queja es una expresión oral o escrita de insatisfacción que un Miembro tiene con Molina o con cualquier Proveedor Participante, lo que incluye preocupaciones por la calidad de los cuidados y puede comprender quejas, disputas, solicitudes de consideración o apelaciones hechas por un Miembro o un representante de este. Por ejemplo, un Miembro puede estar insatisfecho con las horas de disponibilidad de un médico. Las cuestiones relacionadas con la denegación de los servicios de atención médica son Apelaciones, y deben ser presentadas a Molina o al Departamento de Atención Médica Administrada del Estado de California (California State Department of Managed Health Care) de la manera que se indica a continuación.

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

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

- Por teléfono, al número del Departamento de Servicios para Miembros de Molina (Molina Member Services) que aparece en la página 2 de este Acuerdo.
- Por escrito, mediante correo o en línea, en 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 de teléfono gratuito del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DHMC) del Estado de California al 1 (888) 466-2219.

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

Los Miembros pueden presentar una queja (también llamada reclamo) en persona, por escrito o por teléfono, como se indicó anteriormente.

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

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

Los Miembros deben presentar una queja en un plazo de 180 días naturales a partir del día en que ocurrió el incidente que le provocó infelicidad al Miembro.

La cobertura de un Miembro permanecerá vigente hasta que se produzcan los resultados de su apelación interna.

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

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

una revisión médica independiente. Molina responderá a la solicitud de revisión externa dentro de lo siguiente:

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

Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care):

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

Revisión Médica Independiente: Un Miembro puede solicitar una revisión médica independiente (independent medical review, “IMR”) de un Servicio de Atención Médica en Disputa del Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) si cree que los servicios de atención médica han sido denegados, modificados o retrasados indebidamente por Molina o uno de sus Proveedores Participantes. Un “Servicio de Atención Médica en Disputa” es cualquier servicio de atención médica elegible para cobertura y pago (también llamado Servicios Cubiertos) que ha sido denegado, modificado o retrasado por Molina o uno de sus Proveedores Participantes, en su totalidad o en parte porque el servicio no es Medicamento 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 tarifa de procesamiento o solicitud de ningún tipo para IMR. Los Miembros tienen derecho a dar información que respalde la solicitud para una IMR. Molina les dará a los Miembros un formulario de solicitud de IMR con toda carta de disposición que deniegue, modifique o retrase los servicios de atención médica. Una decisión de no participar en el proceso de IMR puede causar que un Miembro pierda cualquier derecho legal a tomar acción legal contra Molina en relación con el servicio de atención médica en disputa.

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

1. Ya sea:
 - A. El proveedor del Miembro ha recomendado un servicio de atención médica como Medicamento Necesario.
 - B. El Miembro ha recibido Cuidado Urgente o Servicios de Emergencia que un proveedor determinó que eran Medicamento Necesarios.
 - C. Un Proveedor Participante ha visto al Miembro para un diagnóstico o tratamiento de la condición médica para la cual el Miembro busca revisión médica.
2. El Servicio de Salud en Disputa ha sido denegado, modificado o retrasado por Molina o uno de sus Proveedores Participantes, basado en su totalidad o en parte en una decisión de que el servicio de atención médica no es Medicamento Necesario.
3. El Miembro presentó una queja ante Molina o su Proveedor Participante y la decisión en disputa se mantiene, o la queja sigue sin resolverse después de 30 días naturales. El Miembro no tiene que esperar una respuesta de Molina por más de 30 días naturales.

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

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

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

Para obtener más información sobre el proceso de IMR o para solicitar un formulario de solicitud, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina (Molina Member Services).

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

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

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

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

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

- Ayudas y servicios para personas con discapacidad.
 - Intérpretes 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 destrezas limitadas en inglés.
- Intérpretes especializados.
- Material escrito traducido en su idioma.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina (Molina Member Services). El número del Departamento de Servicios para Miembros de Molina (Molina Member Services) 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 o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir la queja, nosotros lo ayudaremos. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator) al (866) 606-3889 o al TTY: 711.

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

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

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

También puede presentar una queja de derechos civiles 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 la siguiente dirección:

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

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

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

03/11/19: Global

Quejas: El procedimiento de quejas está disponible en la sección del Acuerdo titulada “Quejas y Apelaciones”. Consulte esa sección para saber cómo presentar una queja, incluido el nombre del representante del plan y el número telefónico, 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. (Farsí)

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

ANEXO PARA 2022

SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS

Proporcionado por California Dental Network, Inc.



200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

California Dental Network

A DentaQuest company

DEFINICIONES

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

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

- Poner la salud del paciente en grave peligro.
- 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 Red Dental de California (California Dental Network, CDN) o el Proveedor.

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

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

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

“**Proveedor Dental Participante**” significa un dentista que tiene un contrato con la CDN para tratar a nuestros miembros asegurados.

Los “**Beneficios de Salud Esenciales Pediátricos**” son uno de los diez beneficios de salud esenciales requeridos bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Los beneficios de salud esenciales pediátricos cubren la atención y servicios dentales como limpiezas, radiografías y empastes para personas de hasta 19 años.

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

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

¿CÓMO USO MIS BENEFICIOS?

Además de su EOC de Molina Healthcare of California, usted recibirá una carta de la Red Dental de California (California Dental Network, CDN) con el número telefónico 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.

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

PROVEEDORES DENTALES

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

¿Cómo puedo obtener Servicios de Emergencia?

La atención dental urgente y de emergencia está cubierta las 24 horas del día, los siete días de la semana, para todos los Miembros. La Atención Dental De Emergencia se reconoce como tratamiento dental para el alivio inmediato de una condición médica de emergencia y cubre solo los servicios dentales necesarios para aliviar los síntomas de tales condiciones. Se requiere cuidado urgente dentro de las 24 a 72 horas, y se necesitan servicios para prevenir el grave deterioro de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista para la cual el tratamiento no se puede retrasar. El Plan proporciona cobertura para servicios dentales urgentes solo si se requieren los servicios para aliviar síntomas como dolor o sangrado severos o si un miembro cree razonablemente que la condición, si no se diagnostica o se trata, puede llevar a una discapacidad, deterioro o disfunción. Los beneficios cubiertos son el alivio de los síntomas agudos solamente

(por ejemplo: dolor severo o hemorragia) y no incluye la restauración completa. Comuníquese con su Dentista Participante para atención dental urgente o de emergencia. Si su Proveedor Dental no está disponible durante el horario comercial regular, llame al Servicio de Atención al Cliente Dental (Dental Customer Support) al 1-855-424-8106.

En el caso de una emergencia después de horas, y su proveedor dental seleccionado no está disponible, usted puede obtener servicio de emergencia o urgente de cualquier dentista autorizado. Usted solo tiene que someterse a la CDN, en la dirección indicada en este documento, la factura incurrida como resultado de la emergencia dental, evidencia de pago y una breve explicación de la indisponibilidad de su Proveedor. Un padre no cubierto de un niño cubierto puede presentar un reclamo por atención de emergencia o cuidado 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 auxilio para emergencias “911”, en áreas donde el sistema está establecido y en funcionamiento, cuando usted tiene una condición médica de emergencia que requiere una respuesta de emergencia.

¿Qué hago si estoy fuera del área?

Está cubierto para atención dental urgente y de emergencia. Si usted está lejos de su Proveedor Participante asignado, usted puede contactar a la CDN para ser referido a otro dentista contratado que pueda tratar su condición urgente o de emergencia. Si usted está fuera del área, es después del horario comercial normal de la CDN, o no puede contactar a la CDN para redirigirle a otro dentista contratado, póngase en contacto con cualquier dentista autorizado para recibir atención de emergencia o cuidado urgente. Se le requiere que presente una declaración detallada del dentista tratante con una lista de todos los servicios proporcionados. Los reclamos 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 cuidado urgente. Un padre no cubierto de un niño cubierto puede presentar un reclamo por una emergencia fuera del área sin la aprobación del padre cubierto, en ese caso el padre no cubierto será reembolsado. Envíe todos los reclamos a la CDN a esta dirección:

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

La atención dental de emergencia se reconoce como tratamiento dental para el alivio inmediato de una condición médica de emergencia y cubre solo los servicios dentales necesarios para aliviar los síntomas de tales condiciones. El cuidado urgente es el tratamiento requerido dentro de las 24 a 72 horas, y son servicios necesarios para prevenir el grave deterioro de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista para la cual el tratamiento no se puede retrasar. El Plan proporciona cobertura para servicios dentales urgentes o de emergencia solo si se requieren los servicios para aliviar síntomas como dolor o sangrado severos, o si un miembro cree razonablemente que la condición, si no se diagnostica o se trata, puede llevar a una discapacidad, deterioro o disfunción. El beneficio cubierto es el alivio de los síntomas agudos solamente, (por ejemplo: dolor severo o sangrado) y no incluye la restauración completa.

Para ver a un Especialista

Si Su Dentista Primario decide que necesita los servicios de un especialista, solicitará Autorización Previa para una remisión a un Especialista de la CDN. La CDN le enviará una carta de autorización de tratamiento, con el nombre, la dirección y el número de teléfono de su especialista de la CDN asignado. Las solicitudes de Autorización Previa de Rutina se procesarán en un plazo de cinco (5) días laborables 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 al número de teléfono gratuito de la CDN al [1-855-424-8106]. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque 711 para acceder al Servicio de Retransmisión de California (California Relay Service). Estaremos encantados de enviarle una explicación general de cómo se toma ese tipo de decisión o enviarle una explicación general del proceso de aprobación general si lo solicita.

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

RESPONSABILIDAD DEL MIEMBRO POR EL PAGO

Por estatuto, cada contrato entre la CDN y un Dentista Participante deberá prever que, en caso de que la CDN no pague al Dentista Participante, el Miembro no será responsable ante el Dentista Participante de las sumas adeudadas por la CDN.

En caso de que la CDN no pague a los Dentistas Participantes que no sean contratados, el Miembro podrá ser responsable ante el Dentista Participante que no sea contratado por los costos de los servicios prestados.

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

QUEJAS Y APELACIONES

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

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En el caso de que un miembro esté cubierto por otro plan o política que ofrezca cobertura, beneficios o servicios (plan) que estén cubiertos beneficios bajo este plan dental, entonces los beneficios de este plan se coordinarán con el otro plan de acuerdo con las regulaciones sobre “Coordinación de Beneficios”. El diseño de beneficios estándar de 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.

Segunda Opinión de Medicina General

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

- El Miembro desea la afirmación de un plan de tratamiento complejo o extenso, un plan de tratamiento alternativo o una aclaración de un plan o procedimiento de tratamiento.
- El Miembro tiene una pregunta sobre la exactitud de un diagnóstico de un procedimiento o plan de tratamiento.
- Los Miembros cuestionan el progreso y el resultado exitoso de un plan de tratamiento.
- El plan requiere una segunda opinión como parte de la resolución de la queja 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 proveedor de segunda opinión. Si el Miembro opta por no aceptar a uno de los proveedores contratados y desea salir de la red, no es un beneficio cubierto. El proveedor de elección será notificado por el Plan de la necesidad del Miembro de una segunda opinión y del copago aplicable. El Miembro será responsable de obtener una cita del proveedor de segunda opinión.

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

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

- Proporcionar copias de los registros y radiografías necesarios al plan (sin cargo alguno a los Miembros, al Plan o proveedor de segunda opinión) para su revisión por el proveedor de segunda opinión.
- Acordar proporcionar una evaluación de segunda opinión a los Miembros en copago tras la aprobación de la solicitud de segunda opinión del Plan, y poner los resultados de su evaluación a disposición del proveedor remitente, el Miembro y el Plan.

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

Segunda Opinión Especial

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 medicina general con las mismas pautas.

Segunda Opinión de Ortodoncia

En el caso de una segunda opinión de Ortodoncia, se procesará de la misma manera que 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 una segunda opinión:

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

Segunda Opinión de Emergencia

Cuando la condición de un Miembro sea tal que el Miembro se enfrente a una amenaza inminente y grave para su salud (incluida, pero no limitada a, la pérdida potencial de vidas,

miembros u otras funciones corporales), la solicitud de una segunda opinión se autorizará dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud por el Plan, siempre que sea posible.

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA AFECCIÓN AGUDA O AFECCIÓN CRÓNICA GRAVE

A petición del inscrito, el Plan, 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 afección aguda o una afección 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 costos compartidos por parte del afiliado durante el periodo de continuación de la atención con un Dentista Participante terminado será el mismo copagos, deducibles u otros componentes de participación en los costos que serían pagados por el afiliado cuando reciba atención de un Dentista Participante contratado actualmente con o empleado por el Plan. El Plan no cubrirá los servicios ni proporcionará beneficios que no estén cubiertos de otra manera bajo los términos y condiciones del contrato del Plan.

A los efectos de esta sección:

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

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

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

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

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

ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN MÉDICA Y LOS SERVICIOS DE INTÉRPRETE

Se requiere que la CDN proporcione o disponga la prestación de servicios de atención dental cubiertos de manera oportuna y apropiada para la naturaleza de la condición del afiliado, de conformidad con las buenas prácticas profesionales. La CDN garantiza que los afiliados puedan acceder a cuidados clínicamente adecuados de manera oportuna. Las citas urgentes dentro de la red de proveedores contratados por la CDN están disponibles dentro de las 72 horas siguientes al momento de la solicitud de nombramiento, cuando son consistentes con las necesidades individuales del afiliado y según lo requerido por estándares de práctica dental reconocidos profesionalmente. Las citas no urgentes (rutinarias) están disponibles dentro de los 36 días laborables de la solicitud de cita. Las citas de servicios dentales preventivos están disponibles dentro de los 40 días laborables de la solicitud de cita.

Los servicios de intérprete están disponibles para los miembros en todos los puntos de contacto, incluso cuando un miembro está acompañado por un familiar o un amigo que puede prestar servicios de interpretación, sin costo para el miembro. Para coordinar los servicios de intérprete en su consulta dental u otro punto de contacto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services Department) de la CDN.

BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Los Beneficios de Salud Esenciales para la Odontología Pediátrica se exponen en la lista adjunta de procedimientos cubiertos y están sujetos al costo de miembro aplicable (copago) en la lista, cuando los proporciona un Proveedor Dental Participante de 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 deducible y el Máximo Anual de Gastos de Su Bolsillo, según corresponda.

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

Beneficios y Límites para los Servicios de Diagnóstico:

- Evaluación oral periódica (D0120): Una vez cada seis meses, por proveedor.
- Evaluación oral limitada, centrada en el problema (D0140): Una vez por paciente por proveedor.
- Examen bucal integral (D0150): Una vez por paciente por proveedor para la evaluación inicial.
- Evaluación oral detallada y extensa (D0160): Centrada en el problema, por informe, una vez por paciente por proveedor.
- Reevaluación, limitada, centrada en el problema (consulta no posoperatoria) (D0170): Un beneficio para el cuidado sintomático continuo de la disfunción de la articulación temporomandibular; hasta seis veces en un periodo de tres meses, hasta un máximo de 12 en un periodo de 12 meses.
- Radiografías, Intraorales, series completas (incluida la radiografía panorámica de mordida) (D0210): Una vez por proveedor cada 36 meses.

- Radiografías (radiografías), Intraoral, primera película periapical (D0220): Un beneficio para un máximo de 20 periapicales en un periodo de 12 meses por el mismo proveedor. Lo anterior, en cualquier combinación de lo siguiente: Primera imagen radiográfica intraoral-periapical (D0220) e intraoral-periapical en cada imagen radiográfica adicional (D0230).
- Radiografías (radiografías), Intraorales, periapicales cada película adicional (D0230): Un beneficio para un máximo de 20 periapicales en un periodo de 12 meses para el mismo proveedor. Lo anterior, en cualquier combinación de lo siguiente: Primera imagen radiográfica intraoral-periapical (D0220) e intraoral-periapical en cada imagen radiográfica adicional (D0230).
- Radiografías (radiografías), Intraoral, película oclusal (D0240): Un beneficio de hasta un máximo de dos en un periodo de seis meses por proveedor.
- Radiografías (radiografías), Extraorales (D0250): Un beneficio una vez por fecha de servicio.
- Radiografías, radiografía panorámica de mordida, película simple (D0270): Un beneficio una vez por fecha de servicio.
- Radiografías (radiografías), radiografía panorámica de mordida, dos películas (D0272): Un beneficio una vez cada seis meses por proveedor.
- Radiografías (radiografías), radiografía panorámica de mordida, cuatro películas (D0274): Un beneficio una vez cada seis meses por proveedor.
- Radiografías, artrograma de la articulación Temporomandibular, incluida la inyección (D0320): Un beneficio para la encuesta de trauma o patología; para un máximo de tres por fecha de servicio.
- Radiografías, estudio Tomográfico (D0322): Un beneficio dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Radiografías (radiografías) película Panorámica (D0330): Un beneficio una vez en un periodo de 36 meses por proveedor, excepto cuando se documenta como esencial para un examen de seguimiento/postoperatorio (como después de la cirugía oral).
- Radiografías (radiografías), imagen radiográfica Cefalométrica (D0340): Un beneficio dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Imágenes Fotográficas Orales/Faciales 1º (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 Médicos Preventivos:

- Profilaxis infantil (D1120): Un beneficio una vez en un periodo de seis meses para pacientes menores de 21 años.
- Barniz de fluoruro tópico (D1206): Un beneficio una vez en un periodo de seis meses para pacientes menores de 21 años. Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de fluoruro (D1208). Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de fluoruro (D1208).

- Aplicación tópica de fluoruro (D1208): Un beneficio una vez en un periodo de seis meses para pacientes menores de 21 años. Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de barniz de fluoruro (D1206). Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de barniz de fluoruro (D1206).
- Sellador, por diente (D1351): Un beneficio, para los molares permanentes primero, segundo y tercero que ocupan la segunda posición molar; solo en las superficies oclusales que están libres de caries o restauraciones; para pacientes menores de 21 años; una vez por diente cada 36 meses por proveedor independientemente de las superficies selladas.
- Restauración de resina preventiva en un paciente con riesgo de caries moderado a alto, diente permanente (D1352): Un beneficio para los molares permanentes primero, segundo y tercero que ocupan la segunda posición molar; solo para una lesión cavitaria activa en un foso o fisura que no cruza el DEJ; para pacientes menores de 21 años; una vez por diente cada 36 meses por proveedor independientemente de las superficies selladas.
- Mantenedor de espacio, fijo, unilateral (D1510): Un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes menores de 18 años; solo para mantener el espacio para un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, maxilar (D1516): Un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular (D1517): Un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación. Mantenedor de espacio, extraíble, unilateral (D1520): Un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes menores de 18 años; solo para mantener el espacio para un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, extraíble, bilateral, maxilar (D1526): Un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, removible, bilateral, mandibular (D1527): Un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes

anteriores superiores e inferiores; para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.

- Recementación o nueva unión del mantenedor de espacio bilateral, maxilar (D1551): Un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años.
- Recementación o nueva unión del mantenedor de espacio bilateral, mandibular (D1552): Un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años.
- Recementación o nueva unión el mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante (D1553): Un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años. Beneficios y Límites para los Servicios Restaurativos:
- Dientes primarios, restauraciones de amalgama: Una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro o más superficies (D2161): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.
- Dientes permanentes, restauraciones de amalgama: Una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro o más superficies (D2161): Un beneficio una vez en un periodo de 36 meses.
- Dientes primarios, restauraciones compuestas de resina (anterior): Una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro o más superficies o que impliquen un ángulo incisal (D2335): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses, cada superficie dental única solo se paga una vez por diente por fecha de servicio.
- Dientes permanentes, restauraciones compuestas de resina (anterior): Una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro o más superficies o que impliquen un ángulo incisal (D2335): Un beneficio una vez en un periodo de 36 meses, cada superficie dental única solo se paga una vez por diente por fecha de servicio.
- Dientes primarios, corona compuesta de resina (anterior) (D2390): Por lo menos cuatro superficies se implicarán: un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.
- Dientes permanentes, corona compuesta de resina (anterior) (D2390): Por lo menos cuatro superficies se involucrarán: un beneficio una vez en un periodo de 36 meses.
- Dientes primarios, restauraciones compuestas de resina (posterior): Una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro o más superficies (D2394): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.
- Dientes permanentes, restauraciones compuestas de resina (posterior): Una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro o más superficies (D2394): Un beneficio una vez en un periodo de 36 meses.
- Corona, compuesto de resina (indirecta), dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2710): Un beneficio una vez en un periodo de cinco años; para cualquier corona compuesta basada en resina que sea fabricada indirectamente. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Corona, 3/4 compuesto de resina (indirecta), dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2712): Un beneficio una vez en un periodo de cinco

años; para cualquier corona compuesta basada en resina que sea fabricada indirectamente. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales; o para su uso como corona provisional.

- Corona, resina predominantemente con metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2721): Un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Corona, sustrato de porcelana/cerámica, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2740): Un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Corona, porcelana fundida predominantemente con metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2751): Un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Corona, 3/4 de fundición predominantemente de metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2781): Un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Corona, 3/4 porcelana/cerámica, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2783): Un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Corona, fundición total predominantemente de metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2791): Un beneficio una vez en un periodo de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años ni para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Restauración de la cobertura parcial, de la vivienda o de la vivienda (2910): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses, por proveedor.
- Corona de recuperación (D2920): No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Corona de porcelana/cerámica prefabricada y diente permanente (D2928): Un beneficio una vez en un periodo de 36 meses. No beneficia a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Corona de porcelana/cerámica prefabricada; diente primario (D2929): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.

- Corona prefabricada de acero inoxidable; diente primario (D2930): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.
- Corona prefabricada de acero inoxidable; diente permanente (D2931): Un beneficio una vez en un periodo de 36 meses. No beneficia a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Dientes primarios, corona prefabricada de resina (D2932), corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina (D2933): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses.
- Dientes permanentes, corona de resina prefabricada (D2932), corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina (D2933): Un beneficio una vez en un periodo de 36 meses. No beneficia a los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Restauración protectora (D2940): Un beneficio una vez por diente en un periodo de seis meses, por proveedor. No es un beneficio cuando se realiza en la misma fecha de servicio con una restauración o corona permanente, para el mismo diente; en los dientes tratados con endodoncia.
- Retención de pasador por diente, además de restauración (D2951): Un beneficio solo para los dientes permanentes; cuando se facturan con una amalgama o restauración compuesta en la misma fecha de servicio; una vez por diente independientemente del número de pasadores colocados; para una restauración posterior cuando la destrucción implica tres o más superficies conectadas y al menos una cúspide; o para una restauración anterior cuando la destrucción coronal extensa implica el ángulo incisal.
- Poste y núcleo además de corona, de fabricación indirecta (D2952): Un beneficio una vez por diente independientemente del número de puestos colocados; solo en conjunción con las coronas permisibles (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en los dientes permanentes tratados con endodoncia.
- Poste prefabricado y núcleo además de corona (D2954): Un beneficio una vez por diente independientemente del número de puestos colocados; solo en conjunción con las coronas permisibles (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en los dientes permanentes tratados con endodoncia.
- Reparación de la corona necesaria por fallo del material restaurador (D2980): Un beneficio para las coronas procesadas en laboratorio en dientes permanentes. No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a la colocación inicial de la corona o a la reparación previa para el mismo proveedor.

Beneficios y Límites para los Servicios Endodónticos:

- Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final); eliminación de la pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación del medicamento (D3220): Un beneficio una vez por diente primario. No es un beneficio para un diente primario cerca de la exfoliación; para un diente primario con una pulpa necrótica o una lesión periapical; para un diente primario que no es restaurable; o para un diente permanente.
- Desbridamiento pulpal, dientes primarios y permanentes (D3221): Un beneficio para los dientes permanentes o para los dientes primarios sobremantenido sin sucesor permanente; una vez por diente.

- Pulpotomía parcial para apexogénesis; diente permanente con desarrollo de raíces incompleto (D3222): Un beneficio una vez por diente permanente. No es un beneficio para los dientes primarios; para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial fija o una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Terapia pulpar (empaste reabsorbible); diente anterior, primario (D3230) o posterior, diente primario (D3240), (excluyendo restauración final): Un beneficio una vez por diente primario. No es un beneficio para un diente primario cerca de la exfoliación; con una pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final) (D3220), misma fecha de servicio, mismo diente; o con desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes (D3221), misma fecha de servicio, mismo diente.
- Terapia con endodoncia, diente anterior (D3310), (excluyendo la restauración final): Un beneficio una vez por diente para el tratamiento inicial de la terapia de endodoncia. Para el retratamiento de la terapia con el canal de la raíz, use el retratamiento de la terapia anterior de endodoncia (D3346).
- Tratamiento de endodoncia, diente bicúspide (D3320), (excluyendo la restauración final): Un beneficio una vez por diente para el tratamiento inicial de la terapia de endodoncia. Para el retratamiento de la terapia de endodoncia, use el retratamiento de la terapia de endodoncia anterior bicúspide (D3347).
- Tratamiento de endodoncia, molar (excluyendo la restauración final) (D3330): Un beneficio una vez por diente para el tratamiento inicial de la terapia de endodoncia. Para el retratamiento de la terapia de endodoncia, use el retratamiento de la terapia de endodoncia anterior molar (D3348). No es un beneficio para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial fija o una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Retratamiento de la terapia anterior de endodoncia; anterior (D3346), bicúspide (D3347): No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses posteriores al tratamiento inicial.
- Retratamiento de la terapia anterior de endodoncia; molar (D3348): No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses posteriores al tratamiento inicial.; para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial fija o una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Apexificación/recalcificación/regeneración pulpar; consulta inicial (cierre apical/reparación calcifica de perforaciones, reabsorción de raíces, desinfección del espacio de pulpa, etc.) (D3351): Un beneficio una vez por diente permanente. No es un beneficio para los dientes primarios; para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial fija o una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.
- Apexificación/recalcificación; provisional (D3352): Un beneficio una vez por diente permanente; solo después de la apexificación/recalcificación; consulta inicial (cierre apical/reparación calcifica de perforaciones, reabsorción de raíces, etc.) (D3351). No es

un beneficio para los dientes primarios; para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial fija o una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.

- Apicoectomía/cirugía periradicular anterior (D3410): Un beneficio solo para los dientes anteriores permanentes. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días posteriores a la terapia de endodoncia, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses posteriores a una apicoectomía previa/cirugía 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 de endodoncia, 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 de endodoncia, 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 postiza parcial removible con restos 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 de endodoncia, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses de una apicoectomía previa o 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 para una dentadura postiza parcial fija o una dentadura postiza parcial removible con retenedores o apoyos oclusales.

Beneficios y Límites para los Servicios Periodónticos:

- Gingivectomía o gingivoplastia; cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por diente por cuadrante (D4210) o uno o tres dientes contiguos, o espacios limitados por diente por cuadrante (D4211): Un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Cirugía ósea (incluyendo entrada y cierre de la solapa); cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante (D4260): Un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Cirugía ósea (incluyendo la entrada de la solapa y los cierres), de uno a tres dientes contiguos o espacios limitados a los dientes, por cuadrante (D4261): Un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Escalamiento y planeo de raíces periodontales; cuatro o más dientes por cuadrante (D4341) o uno o tres dientes por cuadrante (D4342): Un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 24 meses.
- Mantenimiento periodontal (D4910): Un beneficio solo para los pacientes que residen en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) o en un Centro de

Cuidados Intermedios (Intermediate Care Facility, ICF); solo cuando están precedidos por un escalamiento y un planeo de raíces periodontales (D4341-D4342); solo después de la finalización de todas las escalaciones y planos de raíces necesarios; una vez en un trimestre natural; solo en el periodo de 24 meses posterior a la última escalación y al planeo de raíces.

- Cambio no programado de vestidura (por alguien que no sea el dentista que trata) (D4920): Para pacientes de 13 años o más; una vez por paciente por proveedor; dentro de los 30 días posteriores a la fecha de servicio de gingivectomía o gingivoplastia (D4210 y D4211) y cirugía ósea (D4260 y D4261).

Beneficios y Límites para los Servicios de Prostodoncia:

- Los servicios de prostodoncia prestados exclusivamente con fines cosméticos no son un beneficio.
- Las dentaduras postizas temporales o provisionales que se utilizarán mientras se construye una dentadura postiza permanente no son un beneficio.
- Las dentaduras postizas de reserva o de respaldo no son un beneficio.
- La evaluación de una dentadura postiza sobre una base de mantenimiento no es un beneficio.
- Dentadura postiza completa; superior (D5110), inferior (D5120): Cada uno un beneficio una vez en un periodo de cinco años a partir de una dentadura postiza completa, inmediata o sobredentadura postiza completa anterior.
- Dentadura postiza inmediata; superior (D5130), inferior (D5140): Cada uno es un beneficio una vez por paciente. No es un beneficio como una dentadura postiza provisional. Las dentaduras postizas completas subsiguientes no son un beneficio dentro de un periodo de cinco años de una dentadura postiza inmediata.
- Dentadura postiza parcial de resina (incluidos los materiales retentivos o de ajuste, los apoyos oclusales y los dientes), superior (D5211) o inferior (D5212): Cada uno de ellos se beneficia una vez en un periodo de cinco años; cuando se reemplaza un diente/diente anterior permanente o el arco carece de una oclusión equilibrada posterior. La falta de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera: faltan cinco dientes permanentes posteriores (excluyendo los terceros molares), o faltan los primeros o segundos cuatro molares permanentes, o faltan los primeros o segundos molares permanentes y el segundo bicúspide en el mismo lado. No es un beneficio para reemplazar los terceros molares faltantes.
- Dentadura postiza parcial de resina hecha con metal fundido (incluidos los materiales retentivos o de ajuste, cualquier retenedor convencional, los apoyos oclusales y los dientes) superior (D5213) o inferior (D5214): Cada uno de ellos se beneficia una vez en un periodo de cinco años; cuando se reemplaza un diente/diente anterior permanente o el arco carece de una oclusión equilibrada posterior. La falta de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera: faltan cinco dientes permanentes posteriores (excluyendo los terceros molares), o faltan los primeros o segundos cuatro molares permanentes, o faltan los primeros o segundos molares permanentes y el segundo bicúspide en el mismo lado. No es un beneficio para reemplazar los terceros molares faltantes.
- Ajuste de dentadura postiza completa; superior (D5410) o inferior (D5411): Un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un periodo 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 postiza parcial; superior (D5421), inferior (D5422): Un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor. No es un beneficio la misma fecha de servicio o dentro de los seis meses de la fecha de servicio de una dentadura parcial, base de resina maxilar (D5211) mandibular (D5212) o una dentadura parcial; estructura de metal fundido con bases de dentadura de resina maxilar (D5213) mandibular (D5214); misma fecha de servicio o dentro de seis meses de la fecha de servicio de una dentadura parcial de relina (consultorio) maxilar (D5740) mandibular (D5741), dentadura parcial de relina (laboratorio) maxilar (D5760) mandibular (D5761), y acondicionamiento de tejido, maxilar (D5850) mandibular (D5851); misma fecha de servicio o dentro de seis meses de la fecha de servicio de reparación de base de dentadura de resina (D5611 O D5612), reparación de armazón fundido (D5621 O D5622), reparación o reemplazo de broche roto (D5630), reemplazo de dientes rotos por diente (D5640), agregar diente a dentadura parcial existente (D5650) y agregar broche a dentadura parcial existente (D5660).
- Reparar la base de la dentadura postiza completa rota; inferior (D5511) o superior (D5512): Un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un periodo de 12 meses por proveedor. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la dentadura maxilar completa (consultorio) (D5730), la dentadura mandibular completa (consultorio) (D5731), la dentadura maxilar completa (laboratorio) (D5750) y la dentadura mandibular completa (laboratorio) (D5751).
- Sustituir los dientes que faltan o están rotos; dentadura postiza completa (cada diente) (D5520): Un beneficio hasta un máximo de cuatro, por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Reparar la base de la dentadura postiza de resina; inferior (D5611) o superior (D5612): Un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor; solo para dentaduras postizas parciales. No es un beneficio para la misma fecha de servicio que la dentadura parcial maxilar (consultorio) (D5740), la dentadura parcial mandibular (consultorio) (D5741), la dentadura parcial maxilar (laboratorio) (D5760) y la dentadura parcial mandibular (laboratorio) (D5761).
- Reparar el bastidor fundido; inferior (D5621) o superior (D5622): Un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un periodo 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 periodo de 12 meses por proveedor.
- Sustituir los dientes rotos, por diente (D5640): Un beneficio: hasta un máximo de cuatro, por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor; solo para dentaduras postizas parciales.
- Agregar diente a la dentadura postiza 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 postiza parcial existente (D5660): Un beneficio: hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un periodo de 12 meses por proveedor.
- Dentadura postiza completa (consultorio) superior (D5730): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una dentadura-maxilar inmediata (D5130) o una sobredentadura postiza inmediata (D5863) que requiriera extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura (remota) completa (D5110) o extractivas (D5863). No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura postiza maxilar completa de relina (laboratorio) (D5750).
- Dentadura postiza completa de relina (consultorio) inferior (D5731): Cada beneficio una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una dentadura postiza mandibular inmediata (D5140) o una sobredentadura mandibular inmediata (D5865) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura postiza (remota) mandibular completa (D5120) o una sobredentadura (remota) mandibular (D5865) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura postiza mandibular completa (laboratorio) con renina (D5751).
- Dentadura postiza parcial (consultorio) superior (D5740): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para el maxilar de base de dentaduras-resina parcial (D5211) o el marco de metal fundido de dentadura parcial con bases de dentadura de resina maxilar (D5213) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para las bases de dentadura parcial (D5211) o el marco de metal fundido parcial con bases de resina maxilar (D5213) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura postiza parcial de relina (laboratorio) maxilar (D5760).
- Dentadura postiza parcial de relina (consultorio) inferior (D5741): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para la base mandibular de la dentadura parcial (D5212) o el marco de metal fundido parcial de la dentadura con bases mandibulares de resina (D5214) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para las extracciones mandibulares parciales de la base de la resina (D5212) o el marco de metal fundido parcial de la dentadura con bases de resina que no requirieron extracciones (D5214). No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura postiza parcial de relina (laboratorio) mandibular (D5761).
- Parte superior de la dentadura postiza completa de relina (laboratorio) (D5750): Cada beneficio una vez en un periodo de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para un maxilar de dentadura postiza (D5130) o un maxilar de sobredentadura (D5863)

inmediato que requiriera extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una dentadura postiza (remota) maxilar (D5110) o una sobredentadura (remota) maxilar (D5863) completa que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura postiza completa (consultorio) maxilar (D5730).

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

Beneficios y Límites para las Prótesis Maxilofaciales

- Prótesis ocular (D5916): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis ocular, 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 periodo de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, quirúrgica (D5931), la prótesis de obturador, definitiva (D5932) y la prótesis de obturador, provisional (D5936).
- Prótesis de obturador, provisional (D5936): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, la quirúrgica (D5931) y la prótesis de obturador, definitiva (D5932).
- Ayuda a la alimentación (D5951): Un beneficio para los pacientes menores de 18 años.
- Prótesis de ayuda al habla, pediátrica (D5952): Un beneficio para los pacientes menores de 18 años.
- Prótesis de ayuda al habla, adulto (D5953): Un beneficio para los pacientes menores de 18 años.
- Prótesis de elevación palatal D5955, definitiva (D5955): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de elevación palatal, provisional (D5958).
- Prótesis de elevación palatal, provisional (D5958): No es un beneficio en la misma fecha de servicio con prótesis de elevación palatal, definitiva (D5955).
- Prótesis de elevación palatal, modificación (D5959): Un beneficio dos veces en un periodo de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de elevación palatal, la prótesis de elevación definitiva (D5955) y la prótesis de elevación palatal, provisional (D5958).
- Prótesis de ayuda al habla, modificación (D5960): Un beneficio dos veces en un periodo de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de ayuda al habla, la pediátrica (D5952) y la prótesis de ayuda al habla, la adulta (D5953).
- Portador de gel de fluoruro (D5986): Un beneficio solo en conjunción con radioterapia dirigida a los dientes, las quiebras o las glándulas salivales.

Beneficios y Límites para los Servicios de Implantación

- Los servicios de implante son un beneficio solo cuando las condiciones médicas excepcionales están documentadas y serán revisadas por la Red Dental de California por necesidad médica para Autorización Previa. Las condiciones médicas excepcionales incluyen, entre otros, lo siguiente:
 - Cáncer de la cavidad oral que requiere cirugía ablativa o radiación que conduce a la destrucción del hueso alveolar, donde las estructuras óseas restantes no pueden apoyar prótesis dentales convencionales.

- Atrofia severa de la mandíbula o maxilar que no se puede corregir con procedimientos de extensión vestibulares o procedimientos de aumento óseo, y el paciente no puede funcionar con prótesis convencionales.
- Deformidades esqueléticas que impiden el uso de prótesis convencionales (como artrogriposis, displasia ectodérmica, anodoncia parcial y displasia cleidocraneal).
- Destrucción traumática de la mandíbula, la cara o la cabeza donde las estructuras óseas restantes no pueden apoyar prótesis dentales convencionales.
- Los proveedores deberán presentar la documentación completa de los casos (como radiografías, exploraciones, informes operativos, informes de paneles craneofaciales, difusiones de diagnóstico, fotografías y trazas intraorales/extraorales) necesarios para demostrar la necesidad médica de los servicios de implante solicitados.
- Los implantes de un solo diente no son un beneficio de la HMO Dental de Niños de la Red Dental de California.
- Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: Implante endosteal (D6010): Los servicios de implante son un beneficio solo cuando se documenten condiciones médicas excepcionales y se revisen por necesidad médica. Consulte las políticas Generales de Servicios de Implante para conocer los requisitos específicos.
- Colocación quirúrgica; implante eosteal (D6040): Consulte D6010
- Colocación quirúrgica; implante transosteal (D6050): Consulte D6010
- Barra de conexión; soporte del implante o soporte de pilar (D6055): Consulte D6010
- Pilar prefabricado; incluye modificación y colocación (D6056): Consulte D6010
- Pilar fabricado a medida; incluye colocación (D6057): Consulte D6010
- Corona de porcelana/cerámica con soporte de pilar (D6058): Consulte D6010
- Porcelana con soporte de pilar fundida con corona de metal (metal noble alto) (D6059): Consulte D6010
- Porcelana con soporte de pilar fundida con corona de metal (predominantemente metal base) (D6060): Consulte D6010
- Porcelana con soporte de pilar fundida con corona de metal (metal noble) (D6061): Consulte D6010
- Corona de metal fundido con apoyo de pilar (metal noble alto) (D6062): Consulte D6010
- Corona de metal fundido con apoyo de pilar (predominantemente metal base) (D6063): Consulte D6010
- Corona de metal fundido apoyada (metal noble) (D6064): Consulte D6010
- Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante (D6065): Consulte D6010
- Corona implantosoportada; porcelana fundida en aleaciones nobles altas (D6066): Consulte D6010
- Corona de metal implantosoportada (aleaciones nobles altas) (D6067): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana/cerámica (D6068): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble alto) (D6069): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida con metal (predominantemente metal base) (D6070): Consulte D6010

- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble) (D6071): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal noble alto) (D6072): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (predominantemente metal base) (D6073): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal noble) (D6074): Consulte D6010
- Retenedor con soporte de implante para FPD cerámico (D6075): Consulte D6010
- Retenedor implantosoportado para FPD; porcelana fundida en aleaciones nobles altas (D6076): Consulte D6010
- Retenedor implantosoportado para aleaciones nobles altas de FPD de metal fundido (D6077): Consulte D6010
- Procedimientos de mantenimiento de implantes, incluyendo la extracción de prótesis, limpieza de prótesis y pilares y re inserción de prótesis (D6080): Consulte D6010
- Corona implantosoportada (porcelana fundida en aleaciones de base principalmente) (D6082): Consulte D6010
- Corona implantosoportada (porcelana fundida en aleaciones nobles) (D6083): Consulte D6010
- Corona implantosoportada (porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio) (D6084): Consulte D6010 corona implantosoportada (aleaciones de base principalmente) (D6086): Consulte D6010
- Corona implantosoportada (aleaciones nobles) (D6087): Consulte D6010
- Corona implantosoportada (titanio y aleaciones de titanio) (D6088): Consulte D6010
- Reparar la prótesis con soporte de implante, según el informe (D6090): Consulte D6010
- Sustitución de parte de reemplazo del accesorio de precisión o semiprecisión (componente macho o hembra) de la prótesis con soporte de implante/pilar, por accesorio (D6091): Consulte D6010
- Corona con soporte de implante/pilar reacondicionado (D6092): No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Implante/pilar de reconstrucción con dentadura postiza parcial fija (D6093): No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Corona con apoyo de pilar (titanio) (D6094): Consulte D6010
- Reparar el pilar del implante, según el informe (D6095): Consulte D6010
- Corona con soporte de pilar; porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio (6097): Consulte D6010
- Corona implantosoportada; porcelana fundida en aleaciones de base principalmente (D6098): Consulte D6010
- Retenedor implantosoportado para FPD; porcelana fundida en aleaciones nobles (6099): Consulte D6010
- Retenedor implantosoportado; porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio (6120): Consulte D6010

- Retenedor implantosoportado para FPD de metal; aleaciones de base principalmente (6121): Consulte D6010
- Retenedor implantosoportado para FPD de metal; aleaciones nobles (6122): Consulte D6010
- Retenedor implantosoportado para FPD de metal; titanio y aleaciones de titanio (6123): Consulte D6010

Beneficios y Límites para los Servicios de Prostodoncia Fija:

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

- Corona; porcelana/cerámica (D6740): Un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona; porcelana fundida predominantemente con metal base (D6751): Un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona; 3/4 de fundición predominantemente de metal base (D6781): Un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona; 3/4 porcelana/cerámica (D6783): Un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona del retenedor, 3/4 de titanio y aleaciones de titanio (D6784): Un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona; fundición total predominantemente de metal base (D6791): Un beneficio una vez en un periodo de cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura postiza parcial de resina o una dentadura postiza parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Puente de recuperación (D6930): No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Reparación parcial de dentaduras postizas fijas necesaria por fallo del material restaurador (D6980): No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a la colocación inicial o a la reparación previa, el mismo proveedor.

Beneficios y Límites para Servicios de Cirugía Oral

- Extracción, 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 colgajo mucoperiosteal, si se indica (D7210): Un beneficio cuando la extracción de cualquier diente que se produzca requiere la elevación de un colgajo mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial o la seccionamiento del diente.
- Extracción del diente afectado; tejido blando (D7220): Un beneficio cuando la porción mayor o toda la superficie oclusal está cubierta por tejido blando mucogingival.
- Extracción del diente impactado; parcialmente hueso (D7230): Un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un colgajo

mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial. Una de las alturas proximales del contorno de la corona estará cubierta de hueso.

- Extracción del diente impactado; completamente ósea (D7240): Un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un colgajo mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial que cubra la mayor parte o toda la corona.
- Extracción del diente impactado; hueso completo con complicaciones quirúrgicas inusuales (D7241): Un beneficio cuando la extracción de cualquier diente impactado requiere la elevación de un colgajo mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial que cubra la mayor parte o toda la corona. La dificultad o complicación se debe a factores como la disección nerviosa o la posición dentaria aberrante.
- Extirpación quirúrgica de las raíces dentales residuales (procedimiento de corte) (D7250): Un beneficio cuando la raíz está completamente cubierta por hueso alveolar. No es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial del diente.
- Cierre De La Fístula Antral Oral (D7260): Un beneficio para la escisión de un tracto fistuloso entre el seno maxilar y la cavidad oral. No es un beneficio junto con los procedimientos de extracción (D7111-D7250).
- Cierre primario de una perforación sinusal (D7261): Un beneficio en ausencia de un tracto fistuloso que requiera la reparación o cierre inmediato de la comunicación oroantral o oralnasal, posterior a la extracción de un diente.
- Reimplantación de dientes o estabilización de diente maldecido o desplazado accidentalmente (D7270): Un beneficio una vez por arco independientemente del número de dientes involucrados, y solo para dientes anteriores permanentes.
- Acceso quirúrgico de un diente retenido (D7280): No es un beneficio para los terceros molares.
- Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado (D7283): Un beneficio solo para pacientes en tratamiento ortodóncico activo. No beneficia a los terceros molares a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.
- Biopsia de tejido oral duro (hueso, diente) (D7285): Un beneficio para la extracción del espécimen solamente; una vez por arco, por fecha de servicio independientemente de las áreas involucradas. No 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 el mismo área en la misma fecha de servicio.
- Biopsia de tejido oral blando (D7286): Un beneficio para la extracción del espécimen solamente; hasta un máximo de tres por fecha de servicio. No 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 el mismo área en la misma fecha de servicio.
- Reposicionamiento quirúrgico de los dientes (D7290): Un beneficio solo para los dientes permanentes; una vez por arco; solo para los pacientes con tratamiento ortodóncico activo. No beneficia a los terceros molares a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar.

- Fibrotomía transeptal/fibrotomía suprapesal, por informe (D7291): Un beneficio una vez por arco; solo para pacientes en tratamiento ortodóncico activo.
- Alvéoloplastia junto con extracciones; cuatro o más dientes o espacios de dientes, por cuadrante (D7310): No es un beneficio cuando solo se extrae un diente en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio.
- Alvéoloplastia no en conjunto con extracciones; cuatro o más dientes o espacios de dientes, por cuadrante (D7320): Un beneficio sin importar el número de dientes o espacios de dientes. No es un beneficio dentro de los seis meses siguientes a las extracciones (D7140-D7250) en el mismo cuadrante, para el mismo proveedor.
- Vestibuloplastia; extensión de la cresta (epitelialización secundaria) (D7340): Un beneficio una vez en un periodo 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; solo 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).

- Osteotomía parcial/secuestrectomía para la extracción de hueso no vital (D7550): Un beneficio una vez por cuadrante por fecha de servicio; solo para la eliminación de hueso suelto o deshuesado causado por infección o suministro de sangre reducido. No es un beneficio dentro de los 30 días de una extracción asociada (D7111-D7250).
- Sinotomía maxilar para la extracción del fragmento del diente o del cuerpo extraño (D7560): No es un beneficio cuando se recupera un fragmento de diente o un cuerpo extraño del zócalo de diente.
- Huesos faciales; reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos (D7680): Un beneficio para el tratamiento de fracturas simples.
- Huesos faciales; reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos (D7780): Un beneficio para el tratamiento de fracturas compuestas.
- Aparato ortótico oclusal, por informe (D7880): Un beneficio para la disfunción de la TMJ diagnosticada. No es un beneficio para el tratamiento del bruxismo.
- Terapia TMD no especificada, por informe (D7899): No es un beneficio para procedimientos como la acupuntura, la acupresión, la biorretroalimentación y la hipnosis.
- Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm (D7910): No es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Sutura complicada; hasta 5 cm (D7911): No es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Sutura complicada; superior a 5 cm (D7912): No es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Injerto de piel (identifique defecto cubierto, localización y tipo de injerto) (D7920): No es un beneficio para el injerto periodontal.
- Injerto óseo, osteoperiosteal, o de cartilago de huesos mandibulares o faciales, autógenos o no autógenos, por informe (D7950): No es un beneficio para el injerto periodontal.
- Aumento sinusal con sustitutos óseos o óseos a través de un abordaje abierto lateral (D7951): Un beneficio solo para pacientes con servicios de implante autorizados.
- Aumento sinusal con hueso o sustituto óseo mediante un abordaje vertical (D7952): Un beneficio solo para pacientes con servicios de implante autorizados.
- Reparación del defecto del tejido blando o duro maxilofacial (D7955): No es un beneficio para el injerto periodontal.
- Frenectomía (frenilectomía) labial o bucal (D7961): Un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo cuando han estallado los incisivos y las cúspides permanentes.
- Frenectomía (frenilectomía) lingual (D7962): Un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo cuando han estallado los incisivos y las cúspides permanentes.
- Frenuloplastia (D7963): Un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo cuando han estallado los incisivos y las cúspides permanentes.
- Escisión de tejido hiperplásico por arco (D7970): Un beneficio una vez por arco por fecha de servicio. No es un beneficio para la hiperplasia inducida por fármacos o donde la extracción de tejido requiere una extensa remodelación gingival.
- Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa (D7972): Un beneficio una vez por cuadrante por fecha de servicio.
- Retirada del aparato (no por el dentista que colocó el aparato), incluye la extracción de la barra de arco (D7997): Un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; solo para la

remoción de aparatos relacionados con procedimientos quirúrgicos. No es un beneficio para la eliminación de aparatos de ortodoncia y mantenedores de espacio.

Beneficios y Límites para los Servicios Ortodónticos

- Los procedimientos de ortodoncia son beneficios para casos de maloclusión por discapacidad Médicamente Necesarios, paladar hendido y tratamiento del crecimiento facial para pacientes menores de 21 años y deben estar autorizados previamente.
- Solo aquellos casos con dentición permanente deben ser considerados para una maloclusión por discapacidad médicamente necesaria, a menos que el paciente tenga 13 años o más y los dientes primarios queden. Los casos de anomalía craneofacial y paladar hendido son un beneficio para la dentición primaria, mixta y permanente. Las anomalías craneofaciales se tratan utilizando el manejo del crecimiento facial.
- Todos los procedimientos necesarios que puedan afectar el tratamiento ortodóncico se deben completar antes de considerar el tratamiento ortodóncico.
- Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio solo cuando los difusiones de diagnóstico verifican una puntuación mínima de 26 puntos en el formulario de puntuación de California Modification Score Sheet Form DC016 (06/09) del método Handicapping Labio-Lingual Deviation (HLD) o una de las seis condiciones de calificación automática que se mencionan a continuación o cuando hay documentación escrita de una anomalía craneofacial de un especialista acreditado en su membrete profesional.
- Las condiciones de calificación automática son:
 - Deformidad del paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en las difusiones de diagnóstico, se presentará la documentación escrita de un especialista acreditado, en su membrete profesional, con la solicitud de autorización previa.
 - Anomalía craneofacial. La documentación escrita de un especialista acreditado se presentará, en su membrete profesional, con la solicitud de autorización previa.
 - Una profunda sobremordida impactante en la que los incisivos inferiores están destruyendo el tejido blando del paladar.
 - Una picadura cruzada de dientes anteriores individuales que causa la destrucción de tejido blando.
 - Un resalte incisal superior a 9 mm o un resalte incisal inverso superior a 3.5 mm.
 - Una desviación traumática grave (como la pérdida de un segmento premaxilar por quemaduras, accidente u osteomiomización u otra patología macroscópica). La documentación escrita del trauma o patología se presentará con la solicitud de autorización previa.
- Tratamiento 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.
- Consulta de tratamiento preortodóncico (D8660): Un beneficio previo al tratamiento ortodóncico integral de la dentición adolescente (D8080) para la fase inicial de tratamiento para casos de manejo del crecimiento facial independientemente de cuántas fases de dentición se requieran; una vez cada tres meses; para pacientes menores de 21 años; para un máximo de seis.
- Consulta periódica de tratamiento ortodóncico (como parte de un contrato) 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 consultas de tratamiento mensuales para las siguientes fases es:
- Maloclusión; hasta un máximo de 8 consultas trimestrales. (4 consultas trimestrales adicionales serán autorizadas cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
 - Paladar Hendido:
 - Dentición primaria; hasta un máximo de 4 consultas trimestrales. (Se autorizarán 2 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
 - Dentición mixta; hasta un máximo de 5 consultas trimestrales. (Se autorizarán 3 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
 - Dentición permanente; hasta un máximo de 10 consultas trimestrales. (5 consultas trimestrales adicionales serán autorizadas cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
 - Gestión del Crecimiento Facial:
 - Dentición primaria; hasta un máximo de 4 consultas trimestrales. (Se autorizarán 2 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
 - Dentición mixta; hasta un máximo de 5 consultas trimestrales. (Se autorizarán 3 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
 - Dentición permanente; hasta un máximo de 8 consultas trimestrales. (Se autorizarán 4 consultas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
- 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 para el maxilar (D8696): Un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por aparato. No beneficia al proveedor original la sustitución o reparación de soportes, bandas o cables de arco.
- Reparación del aparato de ortodoncia para la mandíbula (D8697): Un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por aparato. No beneficia al proveedor original la sustitución o reparación de soportes, bandas o cables de arco.
- Recementación o nueva unión del mantenedor de espacio bilateral fijo; maxilar (D8698): Un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Recementación o nueva unión el mantenedor de espacio bilateral fijo; mandibular (D8699): Un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Reparación de retenedores fijos, incluye el reajuste; maxilar (D8701): Un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Reparación de retenedores fijos, incluye el reajuste; mandibular (D8702): Un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Reemplazo de un retenedor perdido o roto, maxilar (D8703). Un beneficio: para pacientes menores de 21 años; una vez por arco; solo dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de servicio de la retención ortodóntica (D8680).
- Reemplazo de un retenedor perdido o roto; mandibular (D8704). Un beneficio: para pacientes menores de 21 años; una vez por arco; solo dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de servicio de la retención ortodóntica.

Beneficios y Límites para los Servicios Complementarios

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

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

- Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente): Primeros 15 minutos (D9239): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la sedación profunda/anestesia general (D9223), la analgesia, la ansiólisis, la inhalación de óxido nitroso (D9230) o la sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.
- Sedación/analgesia 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 condición física, conductual, de desarrollo o emocional que prohíbe al paciente responder a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento; para las vías de administración oral, de parche, intramuscular o subcutánea; una vez por fecha de servicio. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la sedación profunda/anestesia general (D9223), la analgesia, la ansiólisis, la inhalación de óxido nitroso (D9230) o la sedación/analgesia consciente intravenosa (D9239 O D9243); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.
- Llamada a la casa/centro de cuidados extendidos (D9410): Un beneficio una vez por paciente por fecha de servicio; solo en conjunto con los procedimientos que se pagan.
- Llamada al hospital o al centro de cirugía ambulatoria (D9420): Un beneficio por cada hora o fracción del mismo, tal como se documenta en el informe operativo. No es un beneficio: para un cirujano asistente; para el tiempo dedicado a compilar la historia del paciente, escribir informes o para consultas posoperatorias o de seguimiento.
- Visitas al consultorio para observación (durante las horas regularmente programadas); no se realizan otros servicios (D9430): Un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor. No es un beneficio cuando se proporcionan procedimientos que no sean radiografías o fotografías necesarias en la misma fecha de servicio; para consultas a pacientes que residen en una casa/centro de atención extendida.
- Visita al consultorio; después de las horas programadas regularmente (D9440): Un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; solo con tratamiento que sea un beneficio.
- Fármaco parenteral terapéutico, administración única (D9610): Un beneficio para hasta un máximo de cuatro inyecciones por fecha de servicio. No es un beneficio para la administración de un analgésico o sedante cuando se usa en conjunto con sedación profunda/anestesia general (D9223), analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230), sedación consciente intravenosa/analgesia (D9239 O D9243) o sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.

- Aplicación de medicamentos desensibilizantes (D9910): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses por proveedor; solo para dientes permanentes. No es un beneficio cuando se utiliza como base, revestimiento o adhesivo bajo una restauración; la misma fecha de servicio que el fluoruro (D1206 y D1208).
- Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas); 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 consultas rutinarias posoperatorias.
- Análisis de oclusión; caso montado (D9950): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses; para pacientes de 13 años o más; solo para la disfunción de la TMJ diagnosticada; para la dentición permanente. No es solo un beneficio para el bruxismo.
- Ajuste oclusal; limitado (D9951): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses por cuadrante por proveedor; para pacientes de 13 años o más; solo para dientes naturales. No es un beneficio dentro de los 30 días siguientes al tratamiento restaurativo definitivo, endodóntico, removible y fijo de la prostodoncia en el mismo cuadrante u opuesto. Ajuste oclusal; completo (D9952): Un beneficio una vez en un periodo de 12 meses después de un caso montado en el análisis de la oclusión (D9950); para pacientes de 13 años o más; solo para la disfunción de la TMJ diagnosticada; para la dentición permanente.

DIVULGACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

Esta información también puede ser puesta a disposición del Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care), el Consejo Médico 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 la historia clínica. El consentimiento por escrito para la divulgación de la información y los registros del paciente debe ser firmado por el paciente, junto con la tarifa apropiada, según lo permitido por la ley, antes de que cualquier registro sea liberado. La CDN responderá a la solicitud dentro de los 30 días posteriores a su recepción.

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

Un Miembro del Plan puede solicitar que se añada un anexo de 250 o menos palabras a su historia clínica, 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 anexo, el Miembro debe ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de Dental

(Dental Customer Support) 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 Acuerdo. En el caso de que la Ley o Reglamento establecido en virtud de la misma establezca cualquier requisito que no esté incluido en el presente Acuerdo o sea contrario al mismo, prevalecerá sobre las disposiciones aplicables del presente Acuerdo y será vinculante para las partes del mismo.
- Nada de lo contenido en este documento impedirá a 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 Acuerdo 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 Acuerdo de Proveedor, la CDN será responsable de asegurar la terminación de los servicios cubiertos prestados por dicho Proveedor (excepto para los copagos definidos en la subdivisión [g] de la Sección 1345 de la Ley) a los Miembros que conserven la elegibilidad bajo este Acuerdo o por la operación de la ley bajo el cuidado de tal Proveedor en el momento de dicha terminación hasta que los servicios prestados a los Miembros por dicho Proveedor estén terminados, a menos que sea médicamente apropiado para tales provisiones de la asunción de dicho Proveedor.
- Si cualquier disposición del presente Acuerdo se considera ilegal o no válida por cualquier motivo, dicha decisión no afectará la validez de las disposiciones restantes del presente Acuerdo, y dichas disposiciones restantes continuarán en pleno vigor y efecto a menos que la ilegalidad o la nulidad impidan el cumplimiento de los objetivos y propósitos del presente Acuerdo.

REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

La revisión independiente externa está disponible para los miembros para la revisión de negaciones de terapias experimentales donde tales terapias podrían ser indicadas para el tratamiento de una condición que amenaza la vida o enfermedad seriamente debilitante o para negaciones basadas en servicio que no sea médicamente necesario poniéndose en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) dentro de los cinco días laborables de la negación. La solicitud de una revisión médica independiente será revisada por el Director Dental o, si es necesario, se 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 (Department of Managed Health Care, DMHC) de California es responsable de reglamentar los planes de servicios de salud. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al (1-855-424-8106) y usar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja que involucra una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja que no se ha resuelto durante más de treinta (30) días, puede comunicarse al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con una discapacidad auditiva o del habla. En el sitio web del departamento, <http://www.dmhc.ca.gov>, hay formularios para presentar 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		
	Los Beneficios de Salud Esenciales para la Odontología Pediátrica se aplican a los miembros de hasta 19 años de edad. Los copagos de los miembros/las acciones de costo pagadas por los beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica se acumulan para el deducible y el Máximo Anual de Gastos de Su Bolsillo, según corresponda. Los Miembros deben conservar los recibos de todos los trabajos dentales para mostrar los gastos de su bolsillo.	
	<u>Niño Individual</u>	<u>Familia (2 o más niños)</u>
Deducible	Ninguno	Ninguno
Copago del consultorio	Sin cargo	Sin cargo
Periodo de espera	Ninguno	Ninguno
Límite de Beneficios Anuales	Ninguno	Ninguno
A continuación se incluye una lista de Beneficios de Salud Esenciales para la Odontología Pediátrica Cubiertos, junto con sus costos compartidos, cuando son realizados por un Proveedor Dental Participante de 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 cuidados primarios	Sin cargo
D0150	Examen bucal integral	Sin cargo
D0160	Evaluación oral detallada y amplia; centrado en el problema, por informe	Sin cargo
D0170	Reevaluación; limitada, centrada en el problema (no en la consulta posoperatoria)	Sin cargo
D0171	Reevaluación; visita al consultorio posoperatoria	Sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral	Sin cargo
D0210	Intraoral, serie completa (lo que incluye radiografía panorámica de mordida); limitada a 1 serie cada 36 meses	Sin cargo
D0220	Intraoral; primera película periapical	Sin cargo
D0230	Intraoral; cada película periapical adicional	Sin cargo
D0240	Intraoral; película oclusal	Sin cargo
D0250	Extraoral; primera película	Sin cargo
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	Sin cargo
D0270	Radiografías panorámicas de mordida; película única	Sin cargo

D0272	Radiografías panorámicas de mordida; dos películas	Sin cargo
D0273	Radiografías panorámicas de mordida; tres películas	Sin cargo
D0274	Radiografías panorámicas de mordida; cuatro películas; limitado a 1 serie cada 6 meses	Sin cargo
D0277	Radiografías panorámicas verticales de mordida; 7 a 8 películas	Sin cargo
D0310	Sialografía	Sin cargo
D0320	Artrograma de articulación temporomandibular, incluida la inyección	Sin cargo
D0322	Estudio tomográfico	Sin cargo
D0330	Radiografía panorámica	Sin cargo
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica	Sin cargo
D0350	Primera fotografía	Sin cargo
D0351	Imagen fotográfica 3D	Sin cargo
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	Sin cargo
D0470	Los moldes de diagnóstico deben proporcionarse solo si se presenta una de las condiciones anteriores	Sin cargo
D0502	Otros procedimientos de patología oral, por informe	Sin cargo
D0601	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con una conclusión de bajo riesgo	Sin cargo
D0602	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con una conclusión de riesgo moderado	Sin cargo
D0603	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con una conclusión de alto riesgo	Sin cargo
D0701	Imagen radiográfica panorámica; solo captura de imágenes	Sin cargo
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica en 2D; solo captura de imágenes	Sin cargo
D0703	Imagen fotográfica 2D oral/facial obtenida intraoral o extraoralmente; solo captura de imágenes	Sin cargo
D0704	Imagen fotográfica 3D; solo captura de imágenes	Sin cargo
D0705	Imagen radiográfica dental posterior extraoral; solo captura de imágenes	Sin cargo
D0706	Intraoral, imagen radiográfica oclusal; solo captura de imágenes	Sin cargo
D0707	Intraoral, imagen radiográfica periapical; solo captura de imágenes	Sin cargo
D0708	Intraoral, radiografía panorámica de mordida; captura de imágenes solamente	Sin cargo
D0709	Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas; captura de imágenes solamente	Sin cargo
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	Sin cargo
Preventivo		
D1110	Profilaxis; 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	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos orales, conductuales y sistémicos relacionados con el consumo de sustancias de alto riesgo	Sin cargo
D1330	Instrucciones de higiene bucal	Sin cargo
D1351	Selladores; 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 con sellador; por diente	Sin cargo

D1354	Aplicación de medicamento para revertir el proceso de caries provisoriamente; por diente	Sin cargo
D1355	Aplicación de medicamento preventivo para caries: por diente	Sin cargo
D1510	Mantenedores de espacio fijos; unilaterales	Sin cargo
D1516	Mantenedores de espacio fijos; bilaterales, maxilar	Sin cargo
D1517	Mantenedores de espacio fijos; bilaterales, mandibular	Sin cargo
D1520	Mantenedores de espacio removibles; unilaterales	Sin cargo
D1526	Mantenedores de espacio removibles; bilaterales, maxilar	Sin cargo
D1527	Mantenedores del espacio removibles; bilaterales, mandibular	Sin cargo
D1551	Recementación o nueva unión del mantenedor de espacio bilateral; maxilar	Sin cargo
D1552	Recementación o nueva unión del mantenedor de espacio bilateral; mandibular	Sin cargo
D1553	Recementación o nueva unión del mantenedor de espacio unilateral; por cuadrante	Sin cargo
D1556	Extracción del mantenedor de espacio unilateral fijo; por cuadrante	Sin cargo
D1557	Extracción del mantenedor de espacio fijo; maxilar	Sin cargo
D1558	Extracción del mantenedor de espacio fijo; mandibular	Sin cargo
D1575	Mantenedor de espacios de la zapatilla distal, fijo; unilateral, por cuadrante	Sin cargo
Reconstituyente		
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 de resina; una superficie, anterior	\$30
D2331	Compuesto de resina; dos superficies, anteriores	\$45
D2332	Compuesto de resina; tres superficies, anteriores	\$55
D2335	Compuesto de resina; cuatro o más superficies o con ángulo incisal (anterior)	\$60
D2390	Corona compuesta de resina, anterior	\$50
D2391	Compuesto de resina; una superficie, posterior	\$30
D2392	Compuesto de resina; dos superficies, posteriores	\$40
D2393	Compuesto de resina; tres superficies, posteriores	\$50
D2394	Compuesto de resina; cuatro o más superficies, posteriores	\$70
D2710	Corona; laboratorio compuesto de resina	\$140
D2712	Corona; 3/4 compuesto de resina (indirecto)	\$190
D2721	Corona; resina predominantemente con metal base	\$300
D2740	Corona; sustrato de porcelana/cerámica	\$300
D2751	Corona; porcelana fundida predominantemente a metal base	\$300
D2781	Corona; 3/4 de fundición predominantemente a metal base	\$300
D2783	Corona; 3/4 de porcelana/cerámica	\$310
D2791	Corona; fundición total predominantemente a metal base	\$300
D2910	Recementado de incrustación, sobrepuesto o restauración de cobertura parcial	\$25
D2915	Recementado de molde o perno y muñón prefabricados	\$25
D2920	Recementado de corona	\$25
D2921	Reimplantación de fragmento dental, borde incisal o cúspide	\$45
D2928	Corona de porcelana/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 de acero inoxidable prefabricada con ventana de resina	\$80
D2940	Restauración protectora	\$25
D2941	Restauración terapéutica provisional; dentición primaria	\$30
D2949	Fundación de restauración para una restauración indirecta	\$45
D2950	Acumulación de núcleo, incluidas las espigas	\$20
D2951	Retención de espigas; por diente, además de restauración	\$25
D2952	Corona prefabricada y muñón además de la corona; fabricada indirectamente	\$100
D2953	Cada muñón adicional prefabricado indirectamente; mismo diente	\$30
D2954	Corona prefabricada y muñón además de la corona	\$90
D2955	Extracción posterior	\$60
D2957	Cada muñón prefabricado adicional; mismo diente	\$35
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo la existencia parcial de la estructura de la dentadura postiza	\$35
D2980	Reparación de la corona, por informe	\$50
D2999	Procedimiento de restauración no especificado, por informe	\$40
Endodoncias		
D3110	Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final)	\$20
D3120	Recubrimiento pulpar (indirecto) no incluye restauración final	\$25
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final)	\$40
D3221	Desbridamiento pulpar para dientes primarios y permanentes	\$40
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis/diente permanente con desarrollo de raíces incompleto	\$60
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible); diente anterior, primario (excluida la restauración final)	\$55
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible); diente primario posterior (excluyendo restauración final)	\$55
D3310	Tratamiento de endodoncia, diente anterior (sin incluir restauración final)	\$195
D3320	Tratamiento de endodoncia, diente bicúspide (sin incluir restauración final)	\$235
D3330	Tratamiento de endodoncia, molar (sin incluir restauración final)	\$300
D3331	Tratamiento de obstrucción de endodoncia; acceso no quirúrgico	\$50
D3333	Reparación interna de la raíz de defectos de perforación	\$80
D3346	Nuevo tratamiento de endodoncia; anterior	\$240
D3347	Repetición de tratamiento de endodoncia; bicúspide	\$295
D3348	Repetición de tratamiento de endodoncia; molar	\$365
D3351	Apexificación/recalcificación; consulta inicial	\$85
D3352	Apexificación/recalcificación; provisional	\$45
D3410	Apicoectomía/cirugía periradicular; anterior	\$240
D3421	Apicoectomía/cirugía periradicular; bicúspide (primera raíz)	\$250
D3425	Apicoectomía/cirugía periradicular; molar (primera raíz)	\$275
D3426	Apicoectomía/cirugía periradicular; molar (cada raíz adicional)	\$110
D3430	Empaste retrógrado; por raíz	\$90
D3471	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular; anterior	\$160
D3472	Reparación quirúrgica de resorción radicular; premolar	\$160
D3473	Reparación quirúrgica de resorción radicular; molar	\$160
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislar diente con dique de goma	\$30

D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, por informe	\$100
Periodoncia		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia; cuatro o más dientes contiguos o espacios 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; mucogingival por cuadrante	\$265
D4261	Cirugía ósea (incluidos entrada y cierres de colgajos); uno a tres dientes continuos o espacios interdentes, por cuadrante	\$140
D4265	Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de tejidos blandos y óseos	\$80
D4341	Alisado de periodoncia y alisado radicular; cuatro o más dientes por cuadrante	\$55
D4342	Alisado de periodoncia y alisado radicular; uno a tres dientes por cuadrante	\$30
D4346	Raspado cuando hay inflamación gingival moderada o grave; toda la boca, después de una evaluación oral	\$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 postiza completa; maxilar	\$300
D5120	Dentadura postiza completa; mandibular	\$300
D5130	Dentadura postiza inmediata; maxilar	\$300
D5140	Dentadura postiza inmediata; mandibular	\$300
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar; base de resina (incluye materiales retentivos o de apoyo, apoyos oclusales y dientes)	\$300
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular; base de resina (incluye materiales retentivos o de apoyo, apoyos oclusales y dientes)	\$300
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar; estructura de metal fundido con base de resina (incluye materiales retentivos o de apoyo, cualquier retenedor convencional, apoyos oclusales y dientes)	\$335
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular; estructura de metal fundido con base de resina (incluye materiales retentivos o de apoyo, cualquier retenedor convencional, apoyos oclusales y dientes)	\$335
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata; base de resina (incluye materiales retentivos o de apoyo, apoyos oclusales y dientes)	\$275
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata; base de resina (incluye materiales retentivos o de apoyo, apoyos oclusales y dientes)	\$275
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata; estructura de metal con base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$330
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata; estructura de metal con base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales)	\$330
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa; maxilar	\$20
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa; mandibular	\$20
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial; maxilar	\$20
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial; mandibular	\$20
D5511	Reparación de la base de dentadura postiza rota completa; mandibular	\$40
D5512	Reparación de la base de dentadura postiza rota completa; maxilar	\$40
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o partidos; dentadura postiza completa (cada diente)	\$40

D5611	Reparación de la base de dentadura postiza de resina; mandibular	\$40
D5612	Reparación de la base de dentadura postiza de resina; maxilar	\$40
D5621	Reparación de la estructura de metal; mandibular	\$40
D5622	Reparación de la estructura de metal; maxilar	\$40
D5630	Reparación o reemplazo de gancho quebrado	\$50
D5640	Reemplazo de dientes quebrados; por diente	\$35
D5650	Añadido de diente a la dentadura postiza parcial existente	\$35
D5660	Añadido de gancho a la dentadura postiza parcial existente	\$60
D5730	Rebasado de la dentadura postiza maxilar completa (consultorio)	\$60
D5731	Rebasado de la dentadura postiza mandibular completa (consultorio)	\$60
D5740	Rebasado de la dentadura postiza maxilar parcial (consultorio)	\$60
D5741	Rebasado de la dentadura postiza mandibular parcial (consultorio)	\$60
D5750	Rebasado de la dentadura postiza maxilar completa (laboratorio)	\$90
D5751	Rebasado de la dentadura postiza mandibular completa (laboratorio)	\$90
D5760	Rebasado de la dentadura postiza maxilar parcial (laboratorio)	\$80
D5761	Rebasado de la dentadura postiza mandibular parcial (laboratorio)	\$80
D5850	Acondicionamiento del tejido (maxilar)	\$30
D5851	Acondicionamiento de tejidos (mandibulares)	\$30
D5862	Fijación de precisión, por informe	\$90
D5863	Sobredentadura postiza completa maxilar	\$300
D5864	Sobredentadura parcial maxilar	\$300
D5865	Sobredentadura postiza completa mandibular	\$300
D5866	Sobredentadura parcial mandibular	\$300
D5899	Procedimiento prostodóntico removible no especificado, por informe	\$350
Protésicos maxilofaciales		
D5911	Impresión facial (transversal)	\$285
D5912	Impresión facial (completa)	\$350
D5913	Prótesis nasal	\$350
D5914	Prótesis auricular	\$350
D5915	Prótesis orbitales	\$350
D5916	Prótesis ocular	\$350
D5919	Prótesis facial	\$350
D5922	Prótesis del tabique nasal	\$350
D5923	Prótesis ocular, provisional	\$350
D5924	Prótesis craneana	\$350
D5925	Prótesis de implante de aumento facial	\$200
D5926	Prótesis nasal, reemplazo	\$200
D5927	Prótesis auricular, reemplazo	\$200
D5928	Prótesis orbitales, sustitución	\$200
D5929	Prótesis facial, reemplazo	\$200
D5931	Prótesis de obturador, quirúrgica	\$350
D5932	Prótesis de obturador, definitiva	\$350
D5933	Prótesis de obturador, modificación	\$150
D5934	Prótesis de resección mandibular con brida de guía	\$350

D5935	Prótesis de resección mandibular sin brida de guía	\$350
D5936	Prótesis de obturador, provisional	\$350
D5937	Aparato de trismo (no para el tratamiento con TMD)	\$85
D5951	Ayuda de alimentación	\$135
D5952	Prótesis de ayuda para el habla, pediátrica	\$350
D5953	Prótesis de ayuda para el habla, adulto	\$350
D5954	Prótesis de aumento del paladar	\$135
D5955	Prótesis de elevación del paladar, definitiva	\$350
D5958	Prótesis de elevación del paladar, provisional	\$350
D5959	Prótesis de elevación del paladar, modificación	\$145
D5960	Prótesis de ayuda para el habla, modificación	\$145
D5982	Stent quirúrgico	\$70
D5983	Portador de radiación	\$55
D5984	Pantalla antirradiación	\$85
D5985	Localizador del cono de radiación	\$135
D5986	Portador de gel de fluoruro	\$35
D5987	Férula de comisura	\$85
D5988	Férula quirúrgica	\$95
D5991	Portador de Medicamentos Tópicos	\$70
D5999	Prótesis maxilofacial no especificada, por informe	\$350
Servicios para 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 miniimplante	\$350
D6040	Colocación quirúrgica; implante eosteal	\$350
D6050	Colocación quirúrgica; implante transosteal	\$350
D6055	Barra de conexión; implante con apoyo o soporte con apoyo	\$350
D6056	Soporte prefabricado; incluye modificación y colocación	\$135
D6057	Soporte fabricado a medida; incluye colocación	\$180
D6058	Corona de porcelana/cerámica con apoyo	\$320
D6059	Corona de porcelana fundida con metal con apoyo (metal noble alto)	\$315
D6060	Corona de porcelana fundida con metal con apoyo (predominantemente metal base)	\$295
D6061	Corona de porcelana fundida con metal con apoyo (metal noble)	\$300
D6062	Corona de metal fundido con apoyo (metal noble alto)	\$315
D6063	Corona de metal fundido con apoyo (predominantemente metal base)	\$300
D6064	Corona de metal fundido con apoyo (metal noble)	\$315
D6065	Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante	\$340
D6066	Corona implantosoportada; porcelana fundida en aleaciones nobles altas	\$335
D6067	Corona implantosoportada (aleaciones nobles altas)	\$340
D6068	Retenedor con apoyo para FPD de porcelana/cerámica	\$320
D6069	Retenedor con apoyo para FPD de porcelana fundida a metal (metal noble alto)	\$315
D6070	Retenedor con apoyo para FPD de porcelana fundida con metal (predominantemente metal base)	\$290
D6071	Retenedor con apoyo para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble)	\$300

D6072	Retenedor con apoyo para FPD de metal fundido (metal noble alto)	\$315
D6073	Retenedor con apoyo para FPD de metal fundido (predominantemente metal base)	\$290
D6074	Retenedor con apoyo para FPD de metal fundido (metal noble)	\$320
D6075	Implante con apoyo para FPD de cerámica	\$335
D6076	Retenedor implantosoportado para FPD (porcelana fundida en aleaciones nobles altas)	\$330
D6077	Retenedor implantosoportado para FPD de metal fundido (aleaciones nobles altas)	\$350
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes, incluido extracción de prótesis, limpieza de prótesis y pilares y reinserción de prótesis	\$30
D6081	Raspado y desbridamiento cuando hay inflamación o mucositis de un solo implante, incluso limpieza de las superficies del implante, sin apertura y cierre de colgajo	\$30
D6082	Corona implantosoportada; porcelana fundida en aleaciones de base principalmente	\$335
D6083	Corona implantosoportada; porcelana fundida en aleaciones nobles	\$335
D6084	Corona implantosoportada; porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio	\$335
D6085	Corona de implante provisional	\$300
D6086	Corona implantosoportada; aleaciones de base principalmente	\$340
D6087	Corona implantosoportada; aleaciones nobles	\$340
D6088	Corona implantosoportada; titanio y aleaciones de titanio	\$340
D6090	Reparación de prótesis con implante, por informe	\$65
D6091	Sustitución de parte de reemplazo del accesorio de precisión o semiprecisión (componente macho o hembra) de la prótesis con soporte de implante/pilar, por accesorio	\$40
D6092	Recementación de corona con implante/apoyo	\$25
D6093	Recementación de dentadura postiza parcial con implante/apoyo	\$35
D6094	Corona con apoyo (titanio)	\$295
D6095	Reparación de apoyo de implante, por informe	\$65
D6096	Extracción de perno retenedor del implante roto	\$60
D6097	Corona con soporte de pilar; porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio	\$315
D6098	Retenedor implantosoportada; porcelana fundida en aleaciones de base principalmente	\$330
D6099	Retenedor implantosoportado para FPD; porcelana fundida en aleaciones nobles	\$330
D6100	Extracción de implante, por informe	\$110
D6110	Dentadura postiza extraíble sujeta mediante soporte/implante para arco desdentado; maxilar	\$350
D6111	Dentadura postiza extraíble sujeta mediante soporte/implante para arco desdentado; mandibular	\$350
D6112	Dentadura postiza extraíble sujeta mediante soporte/implante para arco parcialmente desdentado, maxilar	\$350
D6113	Dentadura postiza extraíble sujeta mediante soporte/implante para arco parcialmente desdentado, mandibular	\$350
D6114	Dentadura postiza fija sujeta mediante soporte/implante para arco desdentado; maxilar	\$350
D6115	Dentadura postiza fija sujeta mediante soporte/implante para arco desdentado; mandibular	\$350
D6116	Dentadura postiza fija sujeta mediante soporte/implante para arco parcialmente desdentado; maxilar	\$350
D6117	Dentadura postiza fija sujeta mediante soporte/implante para arco parcialmente desdentado; mandibular	\$350
D6120	Retenedor implantosoportado; porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio	\$330
D6121	Retenedor implantosoportado para FPD de metal; aleaciones de base principalmente	\$350

D6122	Retenedor implantosoportado para FPD de metal; aleaciones nobles	\$350
D6123	Retenedor implantosoportado para FPD de metal; titanio y aleaciones de titanio	\$350
D6190	Índice de implante radiográfico/quirúrgico, por informe	\$75
D6191	Pilar de semiprecisión; colocación	\$350
D6192	Pilar de fijación de semiprecisión; colocación	\$350
D6194	Corona de retenedor con apoyo para FPD (titanio)	\$265
D6195	Retenedor con soporte de pilar; porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio	\$315
D6199	Procedimiento de implante no especificado, por informe	\$350
Prostodoncia, Fija		
D6211	Póntico; fundición predominantemente de metal base	\$300
D6241	Póntico; porcelana fundida predominantemente con metal base	\$300
D6245	Póntico; porcelana/cerámica	\$300
D6251	Póntico; resina predominantemente con metal base	\$300
D6721	Corona; resina predominantemente con metal base	\$300
D6740	Corona; porcelana/cerámica	\$300
D6751	Corona; porcelana fundida predominantemente a metal base	\$300
D6781	Corona; 3/4 de fundición predominantemente a metal base	\$300
D6783	Corona; 3/4 de porcelana/cerámica	\$300
D6784	Corona del retenedor; 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	\$300
D6791	Corona; fundición total predominantemente a metal base	\$300
D6930	Recementado del puente	\$40
D6980	Reparación parcial de dentaduras postizas fijas necesaria por fallo del material restaurador	\$95
D6999	Procedimiento prostodóntico fijo no especificado, por informe	\$350
Cirugía maxilofacial oral		
D7111	Extracción, restos de la corona; diente caduco	\$40
D7140	Extracción, diente en erupción o raíz expuesta	\$65
D7210	Extirpación quirúrgica del diente en erupción que requiere la elevación del colgajo y la extracción del hueso o el seccionamiento del diente	\$120
D7220	Extracción del diente impactado; tejido blando	\$95
D7230	Extracción del diente impactado; parcialmente óseo	\$145
D7240	Extracción del diente impactado; completamente óseo	\$160
D7241	Extracción del diente impactado; completamente óseo con complicaciones quirúrgicas 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 no erupcionado	\$220
D7283	Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado	\$85
D7285	Biopsia de tejido oral; duro (hueso, diente)	\$180
D7286	Biopsia de tejido oral; blando	\$110
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de los dientes	\$185
D7291	Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe	\$80
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones; por cuadrante	\$85

D7311	Alveoloplastia junto con extracciones; uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$50
D7320	Alvéoloplastia junto con extracciones; por cuadrante	\$120
D7321	Alvéoloplastia no junto con extracciones; uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$65
D7340	Vestibuloplastia; extensión de la cresta (epitelialización secundaria)	\$350
D7350	Vestibuloplastia; extensión de la cresta (incluye injertos de tejidos blandos, refijación del músculo, revisión de fijación de tejidos blancos y control de tejidos hiperatrofiados e hiperplásicos)	\$350
D7410	Extirpación de lesión benigna hasta 1.25 cm	\$75
D7411	Extirpación de lesión benigna superior a 1.25 cm	\$115
D7412	Extirpación de lesión benigna, complicada	\$175
D7413	Extirpación de lesión maligna hasta 1.25 cm	\$95
D7414	Extirpación de lesión maligna superior a 1.25 cm	\$120
D7415	Extirpación de lesión maligna, complicada	\$255
D7440	Extirpación de tumor maligno; diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$105
D7441	Extirpación de tumor maligno; diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$185
D7450	Extracción de quistes o tumores odontogénicos benignos; diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$180
D7451	Extracción de quistes o tumores odontogénicos benignos; diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$330
D7460	Extracción de quistes o tumores no odontogénicos benignos; diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$155
D7461	Extracción de quistes o tumores no odontogénicos benignos; diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$250
D7465	Destrucción de lesiones mediante médico o método químico, por informe	\$40
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	\$140
D7472	Retirada de Torus Palatinus	\$145
D7473	Retirada 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 cuerpos extraños que producen reacciones en el sistema musculoesquelético	\$75
D7550	Ostectomía/secuestrectomía parcial para la extracción de hueso no vital	\$125
D7560	Sinusotomía maxilar para extracción de fragmento de diente o cuerpo extraño	\$235
D7610	Maxilar; reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$140
D7620	Maxilar; reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$250
D7630	Mandíbula; reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$350
D7640	Mandíbula; reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes)	\$350
D7650	Arco malar o zigomático; reducción abierta	\$350
D7660	Arco malar o zigomático; reducción cerrada	\$350
D7670	Alveolos; reducción cerrada, puede incluir estabilización de dientes	\$170
D7671	Alveolos; reducción abierta, puede incluir estabilización de dientes	\$230

D7680	Huesos faciales; reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos	\$350
D7710	Maxilar; reducción abierta	\$110
D7720	Maxilar; reducción cerrada	\$180
D7730	Mandíbula; reducción abierta	\$350
D7740	Mandíbula; reducción cerrada	\$290
D7750	Arco malar o zigomático; reducción abierta	\$220
D7760	Arco malar o zigomático; reducción cerrada	\$350
D7770	Alveolo; estabilización de los dientes por reducción abierta	\$135
D7771	Alveolo, estabilización de los dientes de reducción cerrada	\$160
D7780	Huesos faciales; reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos	\$350
D7810	Reducción abierta de la dislocación	\$350
D7820	Reducción cerrada de la dislocación	\$80
D7830	Manipulación bajo anestesia	\$85
D7840	Condilectomía	\$350
D7850	Discectomía quirúrgica, con/sin implante	\$350
D7852	Reparación de discos	\$350
D7854	Sinovectomía	\$350
D7856	Miotomía	\$350
D7858	Reconstrucción de articulación	\$350
D7860	Artrostomía	\$350
D7865	Artroplastía	\$350
D7870	Artrocentesis	\$90
D7871	Lisis y lavaje no artroscópico	\$150
D7872	Artroscopia; diagnóstico, con o sin biopsia	\$350
D7873	Artroscopia; quirúrgica: lavado y lisis de adherencias	\$350
D7874	Artroscopia; quirúrgica: reposicionamiento y estabilización de los discos	\$350
D7875	Artroscopia; quirúrgica: sinovectomía	\$350
D7876	Artroscopia; quirúrgica: discectomía	\$350
D7877	Artroscopia; quirúrgica: desbridamiento	\$350
D7880	Aparato ortótico oclusal, por informe	\$120
D7881	Ajuste del dispositivo ortótico oclusal	\$30
D7899	Terapia TMD no especificada, por informe	\$350
D7910	Sutura de recientes heridas pequeñas de hasta 5 cm	\$35
D7911	Sutura complicada; hasta 5 cm	\$55
D7912	Sutura complicada; mayor de 5 cm	\$130
D7920	Injerto de piel (identifique defecto cubierto, localización y tipo de injerto)	\$120
D7922	Colocación de vendaje biológico dentro del alvéolo para ayudar en la hemostasia o estabilización de coágulos, por lugar	\$80
D7940	Osteoplastia; para deformidades ortognáticas	\$160
D7941	Osteotomía; rama mandibular	\$350
D7943	Osteotomía, ramas mandibulares con injerto de hueso; incluye obtención del injerto	\$350
D7944	Osteotomía; segmentada o subapical	\$275
D7945	Osteotomía; cuerpo de la mandíbula	\$350

D7946	LeFort I (maxilar; total)	\$350
D7947	LeFort I (maxilar; segmentado)	\$350
D7948	Lefort II o LeFort III (osteoplastia de huesos faciales para hipoplasia o retrusión en la cara media); sin injerto de hueso	\$350
D7949	Lefort II o LeFort III; con injerto óseo	\$350
D7950	Injerto óseo, osteoperiosteal, o de cartílago de huesos de la mandíbula o faciales; autógeno o no autógeno, por informe	\$190
D7951	Aumento del seno con hueso o sustitutos óseos a través de un enfoque abierto lateral	\$290
D7952	Aumento del seno con hueso o sustituto óseo a través de un enfoque vertical	\$175
D7955	Reparación del defecto del tejido blando o duro maxilofacial	\$200
D7961	Frenectomía (frenilectomía) labial/bucal	\$120
D7962	Frenectomía (frenilectomía) lingual	\$120
D7963	Frenuloplastia	\$120
D7970	Escisión de tejido hiperplásico; por arco	\$175
D7971	Escisión de gingival pericoronar	\$80
D7972	Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa	\$100
D7979	Sialolitotomía no quirúrgica	\$155
D7980	Sialolitotomía	\$155
D7981	Escisión de la glándula salival, por informe	\$120
D7982	Sialodocoplastia	\$215
D7983	Cierre de la fístula salival	\$140
D7990	Traqueotomía de emergencia	\$350
D7991	Coronoidectomía	\$345
D7995	Injerto sintético; huesos faciales o mandíbula, según informe	\$150
D7997	La extracción del aparato (no por el dentista que colocó el aparato), incluye la extracción de la barra de arco	\$60
D7999	Procedimiento de cirugía oral no especificado, por informe	\$350
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	Consulta para tratamiento previo a la ortodoncia	
D8670	Consulta periódica de tratamiento ortodóncico (como parte de un contrato) maloclusión de la discapacidad	
D8680	Retención ortodoncia (extracción 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	Recementación o nueva unión del retenedor fijo; maxilar	
D8699	Recementación o nueva unión del retenedor fijo; mandibular	
D8701	Reparación del retenedor fijo, incluye el reajuste; maxilar	
D8702	Reparación del retenedor fijo, incluye el reajuste; mandibular	
D8703	Reemplazo del retenedor perdido o roto; maxilar	
D8704	Reemplazo del retenedor perdido o roto; mandibular	
D8999	Procedimiento ortodóncico no especificado, por informe	

Servicios Generales Adicionales		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental; procedimiento menor	\$30
D9120	Seccionamiento parcial fijo de la dentadura postiza	\$95
D9210	Anestesia local no en conjunto con procedimientos quirúrgicos ambulatorios	\$10
D9211	Anestesia de bloqueo regional	\$20
D9212	Anestesia de bloqueo de división trigémico	\$60
D9215	Anestesia local	\$15
D9222	Sedación profunda/anestesia general; primeros 15 minutos	\$45
D9223	Sedación profunda/anestesia general; cada incremento subsiguiente de 15 minutos	\$45
D9230	Analgesia óxido nitroso	\$15
D9239	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente); primeros 15 minutos	\$60
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente); incremento cada 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 de cirugía ambulatoria	\$135
D9430	Consulta al consultorio para observación (durante horas regularmente programadas); no se realizan otros servicios	\$20
D9440	Consulta a consultorio; después de las horas programadas regularmente	\$45
D9610	Fármaco parenteral terapéutico, administración única	\$30
D9612	Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	\$40
D9910	Aplicación de medicamentos desensibilizantes	\$20
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas); circunstancias inusuales, por informe	\$35
D9950	Análisis de oclusión; molde armado	\$120
D9951	Ajuste oclusal; limitado	\$45
D9952	Ajuste oclusal; completo	\$210
D9997	Administración de casos odontológicos; pacientes con necesidades especiales de atención médica	Sin cargo
D9999	Procedimiento adyuvante no especificado, por informe	Sin cargo

Notas Finales de los Diseños del Plan de Beneficios Estándar Dental de 2022

Notas sobre la EHB para Odontología Pediátrica (solo aplicable a la porción pediátrica del Plan Dental para Niños, Plan Dental Familiar o Plan Dental De Grupo)

- 1) Los pagos de Costo Compartido realizados por cada niño individual por servicios cubiertos en la red se acumulan al máximo de gastos de su bolsillo. Una vez que se ha alcanzado el máximo de gastos de su 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 gastos de su 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 gastos de su bolsillo de la familia.
- 4) La administración de estos diseños del plan debe cumplir con los requisitos del plan de referencia EHB para odontología pediátrica, incluyendo la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad médica tal como se define en el beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos Tempranos (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT).
- 5) 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. Los costos compartidos de los miembros se aplican al curso del tratamiento siempre y cuando el miembro siga inscrito en el plan.