

Marketplace de Molina Healthcare of California

2024

Acuerdo y Evidencia de Cobertura
combinada y Formulario de divulgación

Molina Silver 70 HMO AI-AN

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

MHC01012024
CA24EOCS_S3



GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA

Servicio	Necesidad	Dónde ir
Servicios de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de una afección médica de emergencia 	<p>Llame al 911 o vaya a cualquier sala de emergencias, incluso si es un proveedor no participante o está fuera del área de servicio.</p>
Cómo obtener atención	<ul style="list-style-type: none"> Atención de urgencia <ul style="list-style-type: none"> Enfermedades leves Lesiones menores Atención médica virtual Asesoramiento las 24 horas sobre cuestiones médicas y de salud mental 	<p>Llame a su médico</p> <p>Centros de atención de urgencia Encuentre un proveedor o centro de atención de urgencia. MolinaMarketplace.com</p> <p>Atención médica virtual www.teladoc.com/molinamarketplace 1-800-TELADOC</p> <p>Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas 1 (888) 275-8750 (inglés) 1 (866) 648-3537 (español)</p>
Acceso en línea	<ul style="list-style-type: none"> Encontrar o cambiar a su médico. Ver los beneficios y el Manual del Miembro Ver o imprimir tarjeta de identificación Realizar un seguimiento de los reclamos 	<p>Ingrese en MyMolina.com.</p> <p>Descargue la aplicación Molina Mobile.</p> <p>Visite el Directorio de proveedores MolinaMarketplace.com.</p>
Detalles del plan	<ul style="list-style-type: none"> Respuestas sobre el plan, los programas, los servicios o los medicamentos recetados Ayuda relacionada con la tarjeta de identificación Acceso a la atención médica Atención prenatal Consulta preventiva para bebés Preguntas sobre pagos 	<p>Centro de servicios para miembros de Molina 1 (888) 858-2150 De lunes a viernes, 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 un cambio de dirección o ingresos 	<p>1 (800) 300-1506</p> <p>Ingrese en 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 cobertura médica conforme a este Acuerdo. Molina ofrece estos servicios 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 de atención médica. Los miembros con problemas de audición o del habla pueden llamar al 711 para utilizar el servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

TABLA DE CONTENIDOS

GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA	2
PROGRAMA DE BENEFICIOS.....	6
GRACIAS POR ELEGIR MOLINA.....	11
DEFINICIONES	12
INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD	16
PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA	16
PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN	16
DEPENDIENTES.....	17
AGREGAR NUEVOS DEPENDIENTES	17
INTERRUPCIÓN DE LA COBERTURA DE DEPENDIENTES	18
ELEGIBILIDAD CONTINUA	19
PAGO DE LA PRIMA.....	19
CRÉDITO FISCAL ANTICIPADO PARA LA PRIMA (APTC)	19
PAGOS	19
PAGO DE PRIMAS Y COSTOS COMPARTIDOS POR PARTE DE TERCEROS	19
AVISO DE PAGO ATRASADO	20
PERÍODO DE GRACIA	20
NOTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO	21
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 LA INSCRIPCIÓN POR PARTE DEL MIEMBRO	22
INTERRUPCIÓN DE UN PRODUCTO EN PARTICULAR	22
INTERRUPCIÓN DE TODA LA COBERTURA	23
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA	23
REQUISITO DEL PROVEEDOR PARTICIPANTE	23
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO	23
DERECHO DEL MIEMBRO A OBTENER SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA FUERA DE LA PÓLIZA.....	24
PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP).....	24
SERVICIOS DE TELESALUD	24
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA FUERA DEL ÁREA	25
PROVEEDOR NO PARTICIPANTE EN UN CENTRO DE PROVEEDOR PARTICIPANTE	25
NINGÚN PROVEEDOR PARTICIPANTE BRINDARÁ UN SERVICIO CUBIERTO	25
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	25
TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN	26
SEGUNDAS OPINIONES	27
OBJECIONES MORALES	27
ACCESO A LA ATENCIÓN PARA MIEMBROS CON DISCAPACIDADES	28
ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN	28
AUTORIZACIÓN PREVIA.....	29
REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN	30
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)	31
COSTOS COMPARTIDOS	37

SERVICIOS CUBIERTOS.....	37
BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES.....	37
SERVICIOS DE ACUPUNTURA	38
ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS.....	38
CIRUGÍA BARIÁTRICA.....	39
TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER:.....	39
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA.....	40
SERVICIOS PARA LA DIABETES	40
SERVICIOS DE DIÁLISIS	41
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME).....	41
SERVICIOS DE EMERGENCIA	41
<i>Emergencia de salud conductual</i>	<i>41</i>
<i>Servicios de emergencia cuando está fuera del área de servicio</i>	<i>41</i>
<i>Servicios de emergencia proporcionados por un proveedor no participante.....</i>	<i>41</i>
<i>Servicios posteriores a la estabilización prestados por un proveedor no participante</i>	<i>42</i>
<i>Transferencia obligatoria a un hospital proveedor participante</i>	<i>42</i>
<i>Servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.....</i>	<i>42</i>
TRANSPORTE MÉDICO DE EMERGENCIA	43
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	43
SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LAS HABILIDADES	43
ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA	43
SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS	44
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS	44
PRUEBAS DE LABORATORIO, RADIOLOGÍA (RAYOS X) Y SERVICIOS DE EXPLORACIÓN ESPECIALIZADOS	44
SERVICIOS DE SALUD MENTAL.....	44
<i>Trastorno del espectro autista (ASD)</i>	<i>45</i>
<i>Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción.....</i>	<i>45</i>
<i>Asistencia, recuperación y empoderamiento comunitarios ordenados por el tribunal (CARE, en inglés).....</i>	<i>45</i>
TRANSPORTE MÉDICO QUE NO SEA DE EMERGENCIA.....	45
FENILCETONURIA (PKU) Y OTROS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	46
SERVICIOS MÉDICOS	46
EMBARAZO Y MATERNIDAD.....	46
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	47
SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS	47
DISPOSITIVOS PROTÉSICOS, ORTOPÉDICOS, IMPLANTADOS INTERNAMENTE Y EXTERNOS	48
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA.....	49
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN.....	49
CUIDADO DE RUTINA DE LOS PIES	49
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	49
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS)	49
CIRUGÍA (PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS)	50
SERVICIOS PARA EL SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (“ATM”)	50
SERVICIOS DE TRASPLANTE	50
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA.....	51
SERVICIOS PARA LA VISTA (ADULTOS Y PEDIÁTRICOS)	51
<i>Servicios para la vista especializados.....</i>	<i>51</i>
<i>Servicios para la vista pediátricos.....</i>	<i>51</i>
MEDICAMENTOS RECETADOS.....	52
FÁRMACOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPO MÉDICO DURADERO	52
FARMACIAS	52
FORMULARIO DE MOLINA	52
SOLICITUDES DE EXCEPCIÓN AL FORMULARIO.....	52
<i>Acceso a medicamentos no incluidos en el formulario</i>	<i>52</i>
<i>Medicamentos no cubiertos.....</i>	<i>53</i>
<i>Cómo solicitar una excepción al formulario.....</i>	<i>53</i>
COSTOS COMPARTIDOS	54

COSTO COMPARTIDO EN EXCEPCIONES DE FORMULARIO	55
ASISTENCIA CON COSTOS COMPARTIDOS DE MEDICAMENTOS Y COSTOS DE BOLSILLO	55
MEDICAMENTOS, PRODUCTOS Y SUPLEMENTOS DE VENTA LIBRE	56
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME):	56
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS	56
MEDICAMENTOS RECETADOS PARA DEJAR DE FUMAR	56
LÍMITE DE SUMINISTRO DIARIO	56
PRORRATEO Y SINCRONIZACIÓN	56
ANALGÉSICOS OPIOIDES PARA EL DOLOR CRÓNICO	56
MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL CÁNCER	57
TRATAMIENTO DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	57
TERAPIAS PARA EL TRATAMIENTO DE COVID-19	57
DISPONIBILIDAD DE PEDIDOS POR CORREO DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO:	57
MEDICAMENTOS NO AUTORIZADOS	58
MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS	58
INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	58
EXCLUSIONES.....	59
RECLAMOS.....	62
PRESENTAR UN RECLAMO	62
PROCESAMIENTO DE RECLAMOS.....	63
PAGO DE MOLINA	63
REEMBOLSO AL MIEMBRO	63
PAGO DE FACTURAS.....	64
AVISOS LEGALES	64
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS	64
INDEMNIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES	64
RENOVACIÓN DE LA COBERTURA	64
CAMBIOS EN LAS PRIMAS Y LOS COSTOS COMPARTIDOS.....	64
ACTOS FUERA DEL CONTROL DE MOLINA.....	65
EXENCIÓN.....	65
NO DISCRIMINACIÓN	65
ACUERDO VINCULANTE PARA LOS MIEMBROS	65
ASIGNACIÓN.....	65
LEY VIGENTE.....	65
FALTA DE VALIDEZ	65
AVISOS.....	65
SUBROGACIÓN PARA UN ACUERDO DE GESTACIÓN SUBROGADA	66
PROGRAMA DE BIENESTAR Y OTROS BENEFICIOS DEL PROGRAMA	67
MATERIALES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	67
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES.....	67
ARBITRAJE VINCULANTE.....	68
APELACIONES Y QUEJAS	69
RECLAMACIÓN O QUEJA	69
REVISIÓN ACCELERADA	70
REVISIÓN DE EXCEPCIONES EXTERNAS NO INCLUIDAS EN EL FORMULARIO.....	70
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA:	71
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE	71
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE PARA DENEGACIONES DE TERAPIAS EXPERIMENTALES/DE INVESTIGACIÓN.....	72
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN.....	73
ANEXO PARA SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS 2024	76

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA
PROGRAMA DE BENEFICIOS
Molina Silver 70 HMO AI-AN

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

En general, un miembro debe recibir 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 ni al desembolso máximo anual. Sin embargo, un miembro puede recibir servicios cubiertos de un proveedor no participante para servicios de emergencia y para las excepciones descritas en la sección del Acuerdo titulada “Acceso a la atención”.

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

Tipo de deducible	En proveedores participantes, usted paga
Deducible médico	
Individual	\$5,400
Familia entera de 2 o más	\$10,800
Deducible del medicamento recetado	
Individual	\$150
Familia entera de 2 o más	\$300
Deducible dental pediátrico	\$0

Máximo anual de gastos de bolsillo ¹	Usted paga
Individual	\$9,100
Familia entera de 2 o más	\$18,200

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

Servicios de sala de emergencias y de atención urgente	Usted paga	
Sala de emergencia²	\$450	Copago por visita, renunciado si es admitido.
Médico de emergencia²		Sin cargo
Atención de urgencia	\$50	Copago por consulta

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

Servicios profesionales para pacientes ambulatorios³	En proveedores participantes, usted paga	
Visitas al consultorio⁴		
Atención preventiva (incluye prenatal, preconcepción y primer examen postparto)	Sin cargo	
Atención primaria	\$50	Copago por consulta
Otros cuidados médicos	\$50	Copago por consulta
Atención de médico especialista	\$90	Copago por consulta
Servicios de recuperación de las habilidades	\$50	Copago
Servicios de rehabilitación	\$50	Copago
Servicios de salud mental/conductual y trastornos por consumo de sustancias		
Visitas al consultorio	\$50	Copago por consulta
Otros artículos y servicios	\$50	Copago por consulta
Planificación familiar	Sin cargo	
Servicios dentales pediátricos (solo para miembros menores de 19 años)		
Examen oral, limpieza preventiva, radiografías, selladores, aplicación de flúor, mantenedor de espacio - fijo	Para obtener una lista completa de costos compartidos, consulte el Anexo sobre odontología pediátrica adjunto al Acuerdo.	
Ortodoncia - médicamente necesaria		
Servicios de la vista pediátricos (solo para miembros menores de 19 años)		
Examen integral de la vista (Examen limitado a uno por año calendario).	Sin cargo	
Anteojos con receta <i>Marcos</i> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a un par de marcos cada año calendario. • Limitado a una selección de marcos cubiertos. <i>Lentes</i> <ul style="list-style-type: none"> • Limitado a un par de marcos por año calendario. • Monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea, lentes lenticulares, lentes de policarbonato. • Todos los cristales incluyen revestimiento resistente a los arañazos y protección ultravioleta (UV). 		
Lentes de contacto con receta <ul style="list-style-type: none"> • En lugar de anteojos recetados, lentes de contacto recetados cubiertos con un suministro mínimo de tres meses para cualquiera de las siguientes modalidades cada año calendario: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estándar (un par anual) ○ Mensual (suministro de seis meses) ○ Quincenal (suministro de tres meses) ○ Diarios (suministro de tres meses) • Los lentes de contacto médicamente necesarios para afecciones médicas específicas requieren autorización previa. 		
Servicios y dispositivos ópticos de baja visión (sujeto a limitaciones y se aplica autorización previa).		

³ Tenga en cuenta que, si lo atienden en una clínica hospitalaria, se aplicará el costo compartido del hospital para pacientes ambulatorios a los cargos auxiliares y del centro. Los honorarios profesionales asociados, limitados a los servicios de Evaluación y Gestión (Evaluation and Management, E&M), serán procesados en función de los gastos compartidos de su PCP o especialista.

⁴ Para los servicios de laboratorio y diagnóstico por radiografías que se proporcionan en el consultorio de un PCP o especialista, en la misma fecha de la consulta al PCP o especialista, usted solo será responsable del monto del costo compartido aplicable para la visita al consultorio. El costo compartido para los servicios de laboratorio y radiografías, como se muestra en el Programa 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 proveedores participantes, usted paga	
Cirugía Ambulatoria y Otros Procedimientos		
Profesional (servicios quirúrgicos y no quirúrgicos)	30 %	Coseguro
Centros (servicios quirúrgicos y no quirúrgicos)	30 %	Coseguro
Servicios de exploración especializada (TC, TEP, IRM) ⁵	\$325	Copago
Servicios de radiología	\$95	Copago
Pruebas de laboratorio	\$50	Copago
Trastorno de salud mental/conductual y consumo de sustancias (servicios profesionales y en centros)		
Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios	\$50	Copago
Tratamiento de salud conductual para el trastorno del espectro autista (ASD, en inglés)	\$50	Copago

⁵ A menos que los servicios de exploración especializada se realicen mientras usted se encuentra internado, se aplicará el monto de costo compartido indicado para estos servicios.

Servicios hospitalarios para pacientes internados	En proveedores participantes, usted 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 consumo de sustancias 	30 %	Se aplica coseguro, deducible.
Honorarios del médico/cirujano profesional	30 %	Coseguro
Centro de enfermería especializada (limitada a 100 días por período de beneficio) ⁶	30 %	Se aplica coseguro, deducible.
Cuidado paliativo	Sin cargo	

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

Cobertura de medicamentos recetados ⁷	En proveedores participantes, usted paga	
Categoría 1	\$19	Copago
Categoría 2	\$60	Se aplica copago, deducible.
Categoría 3	\$90	Se aplica copago, deducible.
Categoría 4	20 %	Coseguro, hasta un máximo de \$250 por receta, se aplica deducible
Medicamentos recetados pedidos por correo	Se ofrece un suministro de hasta 90 días a dos veces y media el costo compartido del beneficio de medicamentos recetados minoristas correspondiente a un mes.	

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

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

⁸ Los servicios deben ser facturados por una agencia de proveedores participantes de atención médica domiciliaria. Pueden aplicarse costos compartidos por separado para otros servicios cubiertos que se prestan a domicilio (p. ej., medicamentos inyectables, equipo médico duradero, etc.).

Otros servicios	En proveedores participantes, usted paga	
Servicios de diálisis	30 %	Coseguro

Emisión de póliza: este Acuerdo de Molina Healthcare of California y el Formulario combinado de Evidencia de Cobertura y Divulgación (también llamado el “Acuerdo”) son emitidos por Molina Healthcare of California (“Molina”) 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, las enmiendas y cláusulas adicionales de este Acuerdo, el Programa de Beneficios aplicable para este plan y cualquier solicitud presentada al Marketplace o Molina para obtener cobertura bajo este Acuerdo, incluida la hoja de tarifas aplicable para este producto, son incorporados a este Acuerdo por referencia, y constituyen el contrato completo legalmente vinculante entre Molina y el suscriptor.

Cambios en el contrato: ninguna enmienda, modificación u otro cambio a la totalidad de este contrato legalmente vinculante entre Molina y el suscriptor será válida hasta que sea aprobada por Molina y evidenciada por un documento escrito firmado por un funcionario 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: salvo 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.

Solicitudes de comunicación confidencial: una “Solicitud de comunicación confidencial” es una solicitud de un miembro de que las comunicaciones del plan que contienen información médica se le comuniquen a una dirección postal o de correo electrónico específica o a un número de teléfono específico, según lo haya designado el miembro. Los miembros pueden solicitar comunicación confidencial en la forma y formato solicitados por el miembro, si es fácilmente producible en la forma y formato solicitados, o en ubicaciones alternativas. La solicitud de comunicación confidencial del miembro debe realizarse por escrito o mediante transmisión electrónica. Los miembros pueden utilizar el formulario de Solicitud de comunicación confidencial de Molina para realizar Solicitudes de comunicación confidencial. Visite <https://www.molinahealthcare.com/members> o llame a Servicios para Miembros al número gratuito que figura en la tarjeta de identificación de miembro de Molina, si está interesado en realizar una Solicitud de comunicación confidencial. Molina aceptará las solicitudes de comunicación confidencial, que serán válidas hasta que el miembro presente una revocación de la solicitud de comunicación confidencial o hasta que el miembro presente una nueva solicitud de comunicación confidencial. La solicitud de comunicación confidencial se aplicará a todas las comunicaciones que revelen información médica o el nombre y dirección del proveedor relacionados con la recepción de servicios médicos por parte del miembro que solicita la comunicación confidencial.

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE NUESTROS PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICAS PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS ESTÁ DISPONIBLE Y SE LE PROPORCIONARÁ SI LA SOLICITA.

GRACIAS POR ELEGIR MOLINA

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

Le proporcionamos este Acuerdo para informarle lo siguiente:

- Cómo puede obtener servicios a través de Molina.
 - Obtener el servicio de un intérprete.
 - Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP).
 - Hacer una cita.
- Los términos y condiciones de cobertura según este Acuerdo.
- Sus beneficios y cobertura como miembro de Molina.
 - Revisar el estado de una autorización previa.
- La manera de comunicarse con Molina.

Lea atentamente este Acuerdo. En él, encontrará información sobre la amplia gama de necesidades de salud que se cubren y los servicios que se proporcionan. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con Servicios para Miembros en MolinaMarketplace.com o al número de teléfono que figura en la página 2 de este Acuerdo.

¡Estamos a su disposición!

Molina Marketplace

DEFINICIONES

Algunas de las palabras o términos utilizados en este Acuerdo no tienen su significado habitual. Los planes de salud usan estas palabras de una manera especial. Cuando una palabra con 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 Atención Médica Asequible: 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 pagará Molina por un servicio cubierto menos el costo compartido que deban pagar los miembros. Según corresponda:

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

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

3. *Para todos los demás servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no participante de conformidad con este Acuerdo:* excepto si la ley aplicable lo exige expresamente, estos servicios se reembolsarán al menor de (a) la tarifa mediana contratada por Molina para dichos servicios cubiertos, (b) el 100 % de la tarifa publicada de Medicare para dichos servicios cubiertos, (c) el método habitual y razonable de Molina para determinar el pago de dichos servicios cubiertos, o (d) un monto negociado acordado entre el proveedor no participante y Molina.

Máximo anual de gastos de bolsillo (también conocido como “OOPM”): 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 100 % de los costos de los servicios cubiertos. Los montos que el suscriptor o sus dependientes pagan por servicios no cubiertos por este plan no cuentan para el OOPM. El Programa de Beneficios puede incluir un monto OOPM por cada individuo inscrito bajo este Contrato y un monto OOPM por separado para toda la familia cuando hay dos o más Miembros inscritos. Cuando dos o más miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo:

1. el OOPM individual se alcanzará, con respecto al suscriptor o un dependiente, cuando esa persona cumpla con el monto del OOPM individual; o

2. se alcanzará el OOPM familiar cuando el costo compartido de la familia de un miembro se sume al total del OOPM familiar.

Una vez que los costos compartidos totales para el suscriptor o dependiente se sumen al total del OOPM individual, Molina pagará el 100 % de los cargos por los servicios cubiertos para esa persona durante el resto del año calendario si sigue inscrito en este plan. Una vez que el costo compartido para dos o más familiares del miembro se suma al monto de OOPM familiar, Molina pagará el 100 % de los cargos por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario para el miembro y cada miembro de su familia si permanecen 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 el saldo a un miembro por los servicios cubiertos.

Cobertura solo para niños: cobertura en virtud de este Acuerdo que contrata un adulto responsable para proporcionar cobertura de beneficios solo a un niño menor de 21 años.

Coseguro: es un porcentaje de los cargos por servicios cubiertos que 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 están detallados en el Programa de Beneficios.

Copago: Un monto fijo que el miembro pagará por un servicio cubierto. Si corresponde, los copagos están detallados en el Programa de Beneficios.

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

Servicio cubierto o servicios cubiertos: los servicios médicamente 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 a distancia: 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 medicamentos que cubre este plan de Molina. El Formulario de medicamentos coloca los medicamentos en diferentes niveles o categorías de costos compartidos.

Equipo médico duradero o DME: el equipo médico duradero (DME, en inglés) constituye el equipo médico y los suministros solicitados por un proveedor para uso diario o extendido.

El DME puede incluir equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras reactivas de sangre para diabéticos medicamente necesarios.

Emergencia o Condición médica de emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma (incluido el dolor intenso) o afección lo suficientemente grave como para que, en ausencia de atención médica inmediata, se pueda esperar razonablemente que como resultado lo siguiente: 1) poner en grave peligro la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño nonato); 2) deterioro grave de las funciones corporales; o 3) disfunción grave de cualquier 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 para Condiciones médicas de emergencia.

Beneficios de salud esenciales o EHB: un conjunto estandarizado de beneficios de salud esenciales que Molina debe ofrecer a los miembros o sus dependientes, según lo determina la Ley de atención médica asequible. Los Beneficios de salud esenciales cubren al menos las siguientes 10 categorías de beneficios:

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

Experimental o de investigación: cualquier servicio médico, incluidos procedimientos, medicamentos, instalaciones y dispositivos que, según Molina Healthcare, 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: una agencia gubernamental o entidad sin fines de lucro que cumple con los estándares aplicables de la Ley de Atención Médica Asequible y ayuda a los residentes del Estado a comprar cobertura de planes de salud calificados a compañías o planes de salud como Molina. Marketplace en California también se conoce como Covered California.

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

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

Miembro: una persona que es elegible y está inscrita en virtud de este Acuerdo, y por quien Molina ha recibido las primas correspondientes. El término incluye un dependiente y un suscriptor, a menos que el suscriptor sea un adulto responsable (padre/madre 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 corporación autorizada en California como organización de mantenimiento de la salud y contratada con Marketplace.

Acuerdo de Molina Healthcare of California y Formulario Combinado de Evidencia de Cobertura y Divulgación: este documento, que contiene información sobre la cobertura de este plan. También se le llama “Acuerdo”.

Proveedor no participante: un proveedor que no tiene un contrato con Molina para prestar servicios cubiertos a los miembros.

Otro profesional: un proveedor participante que brinda servicios cubiertos a miembros dentro del alcance de su licencia pero que no es un proveedor de atención primaria ni un especialista.

Proveedor participante: un proveedor que proporciona cualquier servicio de atención médica y que cuenta con licencia u otro tipo de autorización para proporcionar dichos servicios, además de los contratos con Molina, y que aceptó proporcionar servicios cubiertos a los miembros.

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

Plan: cobertura de seguro médico emitida para una persona y sus dependientes, si corresponde, que brinda beneficios para los servicios cubiertos. Según los servicios, se puede aplicar el costo compartido para los miembros.

Servicios posteriores a la estabilización: artículos y servicios que se brindan (independientemente del departamento del hospital en el que ocurra) después de que el miembro se estabilice y como parte de la observación ambulatoria o de una hospitalización como paciente internado o ambulatorio con respecto a la consulta en la que se prestan los servicios de emergencia.

Proveedor de atención primaria o PCP: un médico, incluido un MD (doctor en medicina) o DO (Doctor en Medicina Osteopática), enfermero practicante certificado, enfermero clínico especialista o asistente médico, según lo permitido por la ley estatal y los términos del plan, que proporciona, coordina o ayuda a un miembro a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

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

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

Programa de beneficios: una lista completa de los servicios cubiertos y el costo compartido correspondientes de los miembros.

Área de servicio: el área geográfica donde Molina ha sido autorizada por el Estado para comercializar productos individuales vendidos a través de Marketplace, inscribir a los miembros que obtienen cobertura a través de Marketplace y brindar beneficios a través de planes de salud individuales aprobados vendidos a través de 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 legal en California. Está compuesto por la constitución, los estatutos, los reglamentos, la orientación subregulatoria, las directivas de agencias reguladoras estatales y el derecho consuetudinario.

Atención de urgencia o servicios de atención de urgencia: atención de un paciente con una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave para que una persona razonable busque atención médica inmediata, pero no tan grave para requerir atención en la sala de emergencias.

INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD

Una persona debe estar inscrita como miembro de este plan para que los servicios cubiertos estén disponibles. Para inscribirse y convertirse en miembro de este plan, una persona debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad establecidos por 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.

Período de inscripción abierta: durante el período de inscripción abierta anual, las personas pueden presentar una solicitud e inscribirse en un plan de salud o cambiar de plan. El período de inscripción abierta va del 1 de noviembre de cada año al 31 de enero del año siguiente. Para selecciones de planes del 1 de noviembre al 31 de diciembre, la fecha de entrada en vigencia es el 1 de enero. Para selecciones de planes del 1 al 31 de enero, la fecha de entrada en vigencia es el 1 de febrero.

Período especial de inscripción: si una persona no se inscribe durante un período de inscripción abierta, puede hacerlo durante un período especial de inscripción. Para calificar para un período de inscripción especial, una persona debe haber experimentado ciertos cambios de vida establecidos por Marketplace. La fecha de entrada en vigencia de la cobertura de un miembro será determinada por Marketplace. Para obtener más información sobre los períodos de inscripción abierta y de inscripción especial, visite www.CoveredCA.com.

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

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

- **Cónyuge:** la persona casada legalmente con el suscriptor conforme a la ley estatal.
- **Hijos:** el hijo, hija, hijo adoptivo o hijastro del suscriptor. Cada niño es elegible para solicitar la inscripción como dependiente hasta la edad de 26 años.
- **Hijo con discapacidad:** un hijo que cumple los 26 años de edad es elegible para continuar siendo un dependiente si cumple los siguientes criterios de elegibilidad:
 - El hijo 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 permanecer cubierto por Molina como dependiente mientras permanezca incapacitado y siga cumpliendo los criterios de elegibilidad descritos anteriormente.
- **Pareja de hecho:** una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que convive y comparte una vida doméstica con el suscriptor pero que no está casada ni en unión civil con el suscriptor. La pareja de hecho debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y verificación de pareja de hecho establecidos por Marketplace o la ley estatal.
- **Nietos del suscriptor:** por lo general, no califican como dependientes del suscriptor a menos que se agreguen como hijo recién nacido de un hijo dependiente cubierto o de un miembro cubierto por cobertura solo para niños según este Acuerdo. La cobertura para niños de un niño dependiente cubierto o de un miembro en virtud de la cobertura solo para niños terminará cuando el niño dependiente cubierto o el miembro en virtud de la cobertura solo para niños ya no sea elegible en virtud de este Acuerdo.
- **Padre dependiente o padrastro dependiente del suscriptor:** los padres o padrastros dependientes del suscriptor que viven o residen dentro del área de servicio del plan califican como dependientes de acuerdo con el Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP, en inglés) del Departamento de Envejecimiento de California.

Agregar nuevos dependientes: para inscribir a un dependiente que sea elegible para inscribirse por primera vez después de que el suscriptor esté inscrito (como un nuevo cónyuge, un niño recién nacido o un niño recién adoptado), el suscriptor debe comunicarse con el Marketplace y enviar todas las solicitudes, formularios e información necesaria del dependiente. La solicitud para inscribir a un nuevo dependiente debe presentarse al Marketplace dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el dependiente se volvió elegible para inscribirse en el plan.

- **Cónyuge:** se puede agregar a un(a) cónyuge como dependiente si el suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.
 - La fecha de matrimonio con el suscriptor.
 - El cónyuge obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
 - El cónyuge se traslada permanentemente al área de servicio.
- **Hijos (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:
 - La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.
 - El niño se convierte en dependiente a través del matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción, manutención infantil u otra orden judicial.
 - El hijo obtiene el estado de ciudadano, nacionalizado o persona presente de manera legal en el país.
 - El hijo se traslada permanentemente al área de servicio.
- **Hijo recién nacido:** un hijo 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 con la inscripción si se inscribió en Molina dentro de los 60 días.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Los reclamos de hijos recién nacidos para los servicios cubiertos elegibles se procesarán como parte de los reclamos de la madre y cualquier monto de deducible u OOPM alcanzado a través del procesamiento de reclamos de un recién nacido se acumulará como parte del deducible y OOPM de la madre. Sin embargo, si se recibe un expediente de inscripción para el recién nacido durante los primeros 31 días, el recién nacido se agregará como dependiente a partir de la fecha de nacimiento, y cualquier reclamo incurrido por el recién nacido se procesará como parte de los reclamos del recién nacido, y cualquier monto de deducible u OOPM satisfecho mediante el procesamiento de estos reclamos se acumulará como parte del deducible u OOPM individual del recién nacido (es decir, no bajo el deducible y OOPM de la madre inscrita). El reclamo de un recién nacido es un reclamo en el que el niño recién nacido se identifica como la persona que recibe los servicios.

Interrupción de la cobertura de dependientes: se suspenderá la cobertura para dependientes según se indica a continuación:

- A las 11:59 p. m. del último día del año calendario en que el hijo dependiente cumpla 26 años, a menos que el hijo tenga una discapacidad y cumpla con los criterios específicos (consulte “Niño con discapacidad”).
- En la fecha en que se dicta una sentencia final de divorcio, anulación o disolución del matrimonio entre el cónyuge dependiente y el suscriptor.
- En la fecha en que se ingresa el decreto de finalización de concubinato entre el suscriptor y cónyuge.

- En el caso de la cobertura solo para niños, a las 11:59 p. m. del último día del año calendario en el que el miembro no dependiente alcanza la edad límite de 21 años. El miembro 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.

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

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

Si un miembro ya no es elegible para la cobertura de este plan, Molina enviará una notificación por escrito al menos 10 días calendario antes de la fecha 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 a más tardar en la fecha indicada en la factura de la prima (este es la “**Fecha de vencimiento**”). Antes de la fecha de vencimiento, 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 (APTC): el crédito fiscal anticipado para la prima (APTC, en inglés) es un 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 contactarse con Marketplace para determinar si son elegibles. Si el suscriptor es elegible para recibir un crédito fiscal anticipado para la prima, puede usar cualquier monto del crédito anticipado para reducir su prima.

Pagos: Molina acepta pagos de primas en línea, por teléfono, por correo postal y a través de giros postales. Consulte MolinaPayment.com o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información. No se aceptan pagos de la prima en las oficinas de Molina.

Pago de primas y costos compartidos por parte de terceros: según lo exige la ley, los siguientes son los únicos terceros que pueden pagar primas en nombre de las entidades miembros de los miembros (en el caso de una entidad intermedia, en la medida en que la entidad cobre primas o costos compartidos de manera rutinaria):

1. Un programa Ryan White de HIV/AIDS bajo el título XXVI de la Ley de Servicio de Salud Pública;
2. Tribus indias, organizaciones tribales u organizaciones indias urbanas;
3. Un programa del gobierno local, estatal o federal, incluido un beneficiario dirigido por un programa gubernamental para realizar pagos en su nombre; o
4. Un empleador para un empleado bajo un plan de Cuenta de Reembolso de Salud de Cobertura Individual (ICHRA, en inglés) o Cuenta de Reembolso de Salud para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA, en inglés).

Al descubrir que las primas fueron pagadas por un tercero distinto de los enumerados anteriormente, rechazaremos el pago e informaremos al afiliado que el pago no fue aceptado y que la prima sigue vencida.

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

Período de gracia: un período de gracia es un plazo posterior al vencimiento del pago de la prima del miembro que no se ha pagado en su totalidad. Si un suscriptor no ha realizado el pago completo, podrá hacerlo durante el período de gracia y evitar perder su cobertura. El hecho de que el suscriptor reciba un APTC afecta la duración del período de gracia.

- **Período de gracia para suscriptores con APTC:** si un suscriptor recibe un APTC, Molina le dará al suscriptor y a sus dependientes un período de gracia de 3 meses antes de cancelar o no renovar la cobertura por falta de pago de la prima. El período de gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la prima completa. Molina pagará los servicios cubiertos recibidos durante el primer mes del período de gracia de 3 meses. Si el suscriptor no paga la prima al final del primer mes del período de gracia de 3 meses, se suspenderá la cobertura bajo este plan y Molina no pagará los servicios cubiertos después del primer mes del período de gracia hasta que Molina reciba las primas morosas. Si todas las primas adeudadas no se reciben al final del período de gracia de 3 meses, este Acuerdo se cancelará a partir del día después del último día del primer mes del período de gracia. La terminación o no renovación de este Acuerdo por falta de pago será efectiva **a partir de las 12:01 a. m.** del día siguiente al último día del primer mes del período de gracia.
- **Período de gracia para suscriptores sin APTC:** si un suscriptor no recibe un APTC, Molina le otorgará al suscriptor y a sus dependientes un período de gracia de 30 días calendario antes de cancelar o no renovar la cobertura por falta de pago de la prima. El período de gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la prima completa. Molina continuará brindando cobertura de conformidad con los términos de este Acuerdo, incluido el pago de los servicios cubiertos recibidos durante el período de gracia de 30 días calendario. Si el suscriptor no paga la prima al final del período de gracia, este Acuerdo se cancelará al final del período de gracia. El suscriptor seguirá siendo responsable de cualquier prima impaga adeudada durante el período de gracia. La terminación o no renovación de este Acuerdo por falta de pago será efectiva **a partir de las 11:59 p. m.** el último día del período de gracia.

Notificación de terminación por falta de pago: al finalizar este Acuerdo, Molina enviará por correo un aviso de fin de cobertura a la dirección registrada del suscriptor, en donde se especificará la fecha y hora en que finalizó la membresía.

Si afirma que Molina puso fin al derecho de un miembro a recibir servicios cubiertos debido al estado de salud del miembro, los requisitos de servicios de atención médica o la falta de pago de primas, puede solicitar una revisión por parte del Departamento de Atención Médica Administrada. 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 una queja al número gratuito 1 (888) 466-2219; TDD: 1 (877) 688-9891 para personas con discapacidad auditiva y del habla; FAX: 1 (916) 255-5241. El sitio web del Departamento en Internet 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 un suscriptor es cancelado por falta de pago de la prima y se inscribe en Molina durante el período de inscripción abierta o un período de inscripción especial para el siguiente año del plan, Molina puede exigir que el suscriptor pague 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 todos los procedimientos requeridos por el Marketplace para redeterminar la elegibilidad y la renovación garantizada de la inscripción cada año durante el período de inscripción abierta.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La fecha de terminación es el primer día en el que un antiguo miembro ya no está inscrito en Molina. Si la cobertura de un miembro termina por cualquier motivo, el miembro debe pagar todos los montos pagaderos relacionados con su cobertura con Molina, incluidas las primas, por el período anterior a la fecha de finalización de la cobertura. Excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional, si se cancela la cobertura de un miembro, cualquier pago de prima recibido en nombre del miembro cancelado aplicable a los períodos posteriores a la fecha de terminación, menos cualquier monto adeudado a Molina o sus proveedores por la cobertura de los servicios cubiertos proporcionados antes de la fecha de terminación, será reembolsado al suscriptor dentro de los 30 días calendario. Conforme a este plan, Molina y sus proveedores no tendrán ninguna responsabilidad ni obligación adicional. En caso de fraude o tergiversación intencional, Molina puede retener partes de este monto para recuperar las pérdidas debidas al fraude.

Puede solicitar una revisión por parte del Director del Departamento de Atención Médica Administrada si cree que este Acuerdo ha sido o será cancelado, rescindido o no renovado indebidamente. Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada a su número gratuito, 1 (888) 466-2219, o al número gratuito de TDD para personas con discapacidad auditiva o del habla al 1 (877) 688-9891, o en línea en sitio web del Departamento en www.dmhc.ca.gov.

Molina podrá cancelar o no renovar a un miembro por cualquiera de las siguientes razones:

El dependiente o niño no reúne los requisitos debido a su edad: un dependiente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura requeridos por el Marketplace y Molina debido a su edad. Consulte la sección “Interrupción de la cobertura de dependientes” de la sección “Inscripción y elegibilidad” para obtener más información sobre cuándo entrará en vigencia la terminación.

El miembro no reúne los requisitos: un miembro ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura requeridos por el Marketplace y Molina. 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 envíen 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 ha realizado un acto o práctica que constituye fraude o ha hecho una tergiversación intencional de un hecho material en relación con la cobertura, Molina enviará una notificación por escrito de terminación y la cobertura del miembro finalizará a las 11:59 p. m. del día 30 a partir de la fecha en que se envió la notificación. Si el miembro ha cometido fraude o tergiversación intencional, Molina puede no aceptar la inscripción del miembro en el futuro y puede denunciar cualquier acto criminal sospechoso a las autoridades. Después de los primeros 24 meses de cobertura de un miembro, Molina no puede cancelar la cobertura debido a omisiones intencionales, tergiversaciones o inexactitudes en el formulario de solicitud.

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

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

informe dicha interrupción, al menos, noventa 90 días calendario antes de la fecha en la que se interrumpirá la cobertura.

Interrupción de toda la cobertura: Molina elige dejar de ofrecer toda la cobertura de salud en un estado de acuerdo con la Ley estatal. Molina enviará a los miembros una notificación por escrito sobre dicha interrupción, al menos, 180 días calendario 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 ir a cualquier centro de emergencia, incluso si es un proveedor no participante o está fuera del área de servicio.

Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas: el personal de enfermería está disponible 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 figura en la página 2 de este Acuerdo.

Requisito del proveedor participante: en general, un miembro debe recibir los servicios cubiertos de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no están cubiertos. El miembro será 100 % responsable del pago al proveedor no participante; 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 en los siguientes casos:

- Servicios de emergencia.
- Servicios posteriores a la estabilización, a menos que el miembro renuncie a las protecciones de facturación del saldo.
- Servicios de ambulancia aérea.
- Servicios de un proveedor no participante, que están sujetos a autorización previa.
- Excepciones que se describen a continuación en “Servicios de atención de urgencia fuera del área”.
- Excepciones que se detallan a continuación, en la sección “Proveedor no participante en un centro de proveedor participante”.
- Excepciones que se describen a continuación en “Ningún proveedor participante proporcionará un servicio cubierto”.
- Excepciones que se describen a continuación en “Continuidad de la atención”.
- Excepciones que se describen a continuación en “Transición de la atención”.
- Excepciones que se describen a continuación en “Segundas opiniones”.

Para localizar un proveedor participante, consulte el directorio de proveedores en MolinaMarketplace.com o llame a Servicios para Miembros. Debido a que los proveedores no participantes no están en la red de proveedores contratados de Molina, a menos que se apliquen las protecciones de facturación de saldo otorgadas al miembro a través de la ley federal o estatal, pueden facturar el saldo a los miembros por la diferencia entre el monto permitido de Molina y la tarifa que cobran.

Tarjeta de identificación de miembro: los miembros siempre deben llevar consigo su tarjeta de identificación de miembro (ID). Además, deben exhibirla cada vez que reciban servicios cubiertos. Para obtener una tarjeta de identificación de miembro de reemplazo, ingrese a MyMolina.com o comuníquese con Servicios para Miembros. Las versiones digitales de la tarjeta de identificación están disponibles a través de MyMolina.com y la aplicación móvil de Molina.

Derecho del miembro a obtener servicios de atención médica fuera de la póliza: Molina no restringe a los miembros la posibilidad de contratar libremente en cualquier momento para obtener servicios de atención médica fuera de este Acuerdo en cualquier término o condición 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. En caso de excepciones, los miembros deben revisar la sección “Servicios cubiertos” del Acuerdo.

Proveedor de atención primaria (PCP): Un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) se ocupa de las necesidades habituales y básicas de atención médica. Los proveedores de atención primaria 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 PCP del Directorio de proveedores. Si no se selecciona un PCP, Molina asignará uno. Los miembros pueden solicitar el cambio de su PCP en cualquier momento en MyMolina.com o comunicándose con Servicios para Miembros.

Cada familiar puede seleccionar un PCP diferente. Es posible seleccionar a un médico especializado en pediatría como PCP de un niño. Se puede seleccionar a un médico obstetra/ginecólogo como PCP del miembro sin necesidad de derivaciones.

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

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

Servicios de telesalud: 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. La telesalud incluye la telepsiquiatría. 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:

- Los servicios 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 se encuentran en la misma ubicación física.
- No incluyen mensajes de texto, fax o correo electrónico únicamente.
- 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.

Molina cubre los servicios prestados adecuadamente a través de telesalud de la misma manera y en la misma medida que Molina cubre el mismo servicio a través de diagnóstico, consulta o tratamiento en persona. La cobertura no se limita únicamente a los servicios prestados por proveedores de telesalud corporativos externos seleccionados. Los servicios ofrecidos por un

proveedor de telesalud corporativo externo también están disponibles a través del proveedor de atención primaria del miembro u otro proveedor de la red de Molina en persona o mediante telesalud (si está disponible). Los miembros tienen derecho a acceder a sus registros médicos de conformidad con el Capítulo 1 del Código de Salud y Seguridad de California (comenzando con la Sección 123100) de la Parte 1 de la División 106. El registro de cualquier servicio proporcionado a un miembro a través de un proveedor de telesalud corporativo externo se compartirá con el proveedor de atención primaria del miembro, a menos que este se oponga. Los servicios recibidos a través de un proveedor de telesalud corporativo externo están disponibles a un costo no mayor que el costo compartido dentro de la red, y los costos de bolsillo, si los hubiera, se acumularán hasta cualquier deducible o máximo de bolsillo aplicable.

Servicios de atención de urgencia fuera del área: mientras un miembro se encuentre fuera del área de servicio, puede recibir servicios de atención de urgencia de un proveedor no participante para evitar un deterioro grave de la salud como resultado de una enfermedad o lesión imprevista cuyo tratamiento no se puede retrasar hasta que el miembro regrese al área de servicio. Para los servicios de atención de urgencia fuera del área, los miembros pueden acudir 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 del cual, el miembro recibe servicios proporcionados por un proveedor no participante. De ser así, el miembro no pagará más que el mismo costo compartido que pagaría por los mismos servicios cubiertos recibidos de un proveedor participante, a menos que el miembro renuncie a las protecciones de facturación de saldo.

Ningún proveedor participante brindará un servicio cubierto: si no hay ningún proveedor participante que pueda brindar un servicio cubierto que no sea de emergencia y médicamente necesario, Molina brindará el servicio cubierto a través de un proveedor no participante de la misma manera y sin costo mayor que los servicios cubiertos cuando los brinda un proveedor participante. En este caso, se requiere autorización previa antes del inicio del servicio de un proveedor no participante.

Continuidad de la atención: si un miembro es asignado a un PCP u hospital que está finalizando un contrato con Molina, Molina le proporcionará al miembro un aviso por escrito con 60 días calendario de anticipación sobre la finalización de dicho contrato entre Molina y el PCP o el hospital de cuidados intensivos.

Si un miembro está recibiendo tratamiento por una de las afecciones que se enumeran a continuación y el médico u hospital que brinda el tratamiento ya no es un proveedor participante de Molina, el miembro puede solicitar permiso a Molina para permanecer con el médico u hospital para continuar con 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. “Afección crónica grave” significa una afección médica debida a una enfermedad, dolencia u otro problema o trastorno médico que es de naturaleza grave y que provoca cualquiera de las siguientes situaciones:
 - Persiste sin cura completa o empeora durante un período prolongado.
 - Requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir que empeore.
- Para una afección crónica grave, un miembro puede permanecer con el médico o el hospital hasta por 12 meses.

- Una miembro está embarazada. La miembro puede permanecer con el médico o el hospital durante todo el embarazo. La duración del embarazo incluye los tres trimestres del embarazo y el puerperio inmediato.
- Una miembro presenta documentación escrita de que el proveedor de atención médica tratante le ha diagnosticado una afección de salud mental materna. “Afección de salud mental materna” significa una afección de salud mental que puede afectar a una mujer durante el embarazo, peri o posparto, o que surge durante el embarazo, en el período peri o posparto, hasta un año después del parto. Si un miembro tiene una afección de salud mental materna, es posible que pueda permanecer con el médico o el hospital hasta por 12 meses desde el diagnóstico o desde el final del embarazo, lo que ocurra más tarde.
- Un miembro tiene una afección aguda. “Afección aguda” significa una afección médica que implica una aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración limitada. El miembro puede permanecer con el médico o el hospital mientras dure la afección aguda.
- El hijo de un miembro es un recién nacido o un niño de hasta 36 meses de edad. El hijo del miembro puede permanecer con el médico o el hospital hasta por 12 meses.
- Un miembro tiene una enfermedad terminal. El miembro puede permanecer con el médico o el hospital mientras dure la enfermedad.
- Un miembro ha recibido autorización previa para una cirugía u otro procedimiento que se realizará dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha en que el médico u hospital dejará de estar en Molina.

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

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

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

Si un miembro se inscribe recientemente y la cobertura anterior del miembro finalizó porque el plan anterior del miembro retiró ese producto de cualquier parte del mercado o el plan dejó de vender productos en cualquier parte del mercado, el derecho a la continuidad temporal de la atención, como descrito anteriormente, sí se aplica.

Transición de la atención: Molina proporciona servicios cubiertos médicamente necesarios a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del miembro con Molina, no antes. Una aseguradora anterior (si no hubo interrupción en la cobertura antes de inscribirse en Molina) puede ser responsable de la cobertura hasta que la cobertura del miembro entre en vigencia con Molina.

Después de la fecha de entrada en vigencia de un miembro con Molina, a petición del miembro, Molina puede permitir que el miembro continúe recibiendo servicios cubiertos médicamente necesarios para un curso de tratamiento continuo hasta su finalización con un proveedor no participante. Molina puede coordinar la prestación de servicios cubiertos con cualquier proveedor no participante (médico u hospital) en nombre del miembro para la transición de

registros médicos, gestión de casos y coordinación de transferencia a un proveedor participante de Molina.

Para servicios hospitalarios para pacientes internados: Con la ayuda del miembro, Molina puede comunicarse con cualquier aseguradora anterior (si corresponde) para determinar la responsabilidad de la aseguradora anterior por el pago de los servicios hospitalarios para pacientes internados hasta el alta de cualquier internación del paciente. Si no hay una transición de la prestación de atención a través de la aseguradora anterior o el miembro no tenía cobertura a través de una aseguradora en el momento de la internación, Molina asumirá la responsabilidad de los servicios cubiertos en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del miembro con Molina, no antes.

Segundas opiniones: es posible que un miembro o PCP desee que un segundo médico revise la condición del miembro. Puede ser un proveedor de atención primaria o un especialista. Este nuevo médico revisa el expediente médico del miembro. El médico puede ver al miembro en su consultorio. Este médico puede sugerir un plan de atención. Esto se llama una segunda opinión.

El PCP de un miembro puede derivarlo a un proveedor participante para obtener una segunda opinión. Los miembros no necesitan permiso de Molina para obtener una segunda opinión de un proveedor participante. Si no hay ningún proveedor en la red que pueda dar una segunda opinión, el miembro podrá obtener una segunda opinión de un proveedor no participante. Si un miembro solicita una segunda opinión de un proveedor no participante, Molina revisará y le informará al miembro si la segunda opinión fue aprobada.

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 correcto.
- El miembro ha seguido el plan de atención de un médico y su salud no ha mejorado.
- El miembro no está seguro de si es necesaria una cirugía o cree que es necesaria.
- El miembro no está de acuerdo con lo que un médico cree que es el problema.
- El miembro no está de acuerdo con el plan de atención de un médico.
- Un médico no ha respondido las inquietudes del miembro sobre un diagnóstico o plan de atención.
- Puede haber otras razones.

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

El miembro puede comunicarse con Servicios para Miembros si necesita ayuda para obtener una segunda opinión.

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

Acceso a la atención para miembros con discapacidades: la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, en inglés) prohíbe la discriminación por motivos de discapacidad. La ADA exige que Molina y sus contratistas hagan adaptaciones razonables para los miembros con discapacidades. Los miembros con discapacidades deben comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar asistencia con 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 a Servicios para Miembros al número que figura en la página 2 de este Acuerdo si necesitan ayuda para encontrar un proveedor participante adecuado.

Acceso para personas con problemas de habla o audición: llame a Servicios para Miembros al número TTY 711 para obtener ayuda.

Acceso para personas con visión disminuida o ciegas: este Acuerdo y otros materiales importante sobre el producto estarán disponibles en formatos accesibles para personas con visión reducida o ciegas. Hay disponibles formatos de disco de ordenador ampliado y en letra grande. Este Acuerdo también está disponible en formato de audio. Para obtener formatos accesibles o ayuda directa para leer el Acuerdo y otros materiales, llame a Servicios para Miembros.

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

Acceso oportuno a la atención: los consultorios médicos deben proporcionar una cita en los plazos que se enumeran a continuación. Se pueden aplicar excepciones a estas normas de acceso oportuno si el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, en inglés) ha encontrado que las excepciones son permisibles.

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

Molina puede ayudarle a programar una cita y Molina brinda servicios de interpretación sin costo, las 24 horas del día. Solo tiene que llamar a Servicios para Miembros.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Molina debe aprobar el uso de algunos servicios médicos y medicamentos antes de que estén cubiertos. Esto se denomina autorización previa (“PA”, en inglés). Los miembros pueden recibir muchos servicios cubiertos sin PA. Si un servicio médico o medicamento necesita PA, el proveedor del miembro solicitará la PA en su nombre.

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

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

Se informará a los miembros si se deniega la solicitud. Los miembros obtendrán información sobre cómo apelar la denegación.

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

Plazos de la PA

Servicios médicos:

- Solicitudes de PA de rutina:
 - No debe exceder los 5 días hábiles a partir de la recepción por parte del plan de la información razonablemente necesaria y solicitada por el plan para tomar la determinación.
- Solicitudes de PA urgentes:
 - 72 horas desde la solicitud.
 - Los plazos urgentes se aplican si con los plazos estándares sucede lo siguiente:
 - Pueden amenazar seriamente su vida o su salud.
 - Pueden amenazar seriamente su capacidad para recuperar la función completa.
 - Le causarían un dolor intenso que no se puede controlar sin la atención solicitada, según su proveedor.
- Las afecciones médicas de emergencia y los servicios posteriores a la estabilización no necesitan PA. Sin embargo, los servicios de posteriores a la estabilización recibidos en el departamento de internación de un hospital están sujetos al proceso de revisión simultánea para pacientes internados que se analiza a continuación.

Medicamentos y Medicamentos recetados: las decisiones de autorización previa y las notificaciones para el acceso a medicamentos que no figuran en el Formulario de Molina se proporcionarán como se describe en las secciones de este Acuerdo tituladas “Autorización previa” y “Solicitudes de excepción al formulario”.

Necesidad médica: 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 cómo se puede aprobar un determinado servicio, visite MolinaMarketplace.com o llame a Servicios para Miembros. Molina puede explicarle cómo se toma ese tipo de decisión.

Los criterios de determinación de necesidad médica para la cobertura de servicios de atención médica incluyen si los servicios son apropiados para el diagnóstico o afección del miembro en términos de tipo, cantidad, frecuencia, nivel, entorno y duración. Las determinaciones de necesidad médica se basan en evidencia médica o científica generalmente aceptada y suelen coincidir 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 médicamente necesaria, no será aprobada. Si el servicio solicitado no es un servicio cubierto, no será aprobado. Los miembros recibirán una notificación por escrito en las que se les informará por qué no se aprobó la solicitud de autorización previa. El miembro, el representante autorizado del miembro o el proveedor del miembro pueden apelar la decisión. La carta de decisión de denegación informará a los miembros sobre el proceso para apelar la decisión de denegación. Estas instrucciones también se encuentran en la sección de este Acuerdo titulada “Apelaciones y quejas”.

Si un miembro o su proveedor deciden continuar con un servicio que no ha sido autorizado por Molina, el miembro tendrá que pagar el costo de esos servicios.

Revisión de la utilización: el personal autorizado de Molina procesa las solicitudes de autorización previa y realiza revisiones simultáneas. Los proveedores y miembros que pidan una autorización para servicios cubiertos recibirán un detalle de los criterios utilizados para

tomar las determinaciones de cobertura, si así lo solicitan. Molina brinda asistencia e informa a los miembros sobre alternativas de atención cuando un miembro no está autorizado para recibir un servicio.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

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

Las reglas de determinación de orden de beneficios rigen el orden en que cada plan pagará una reclamación por beneficios. El plan que paga primero se llama “**plan primario**”. El plan primario debe pagar beneficios de acuerdo con 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 total permitido.

Beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica

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

Definiciones (aplicables a esta disposición del COB)

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

1. El plan incluye:

- Cobertura de seguro de grupo general o franquicia.
- Contratos del plan de servicio, práctica de grupo, práctica individual y otra cobertura de pago anticipado.
- Cualquier cobertura bajo los planes de administración de mano de obra, los planes de bienestar de los sindicatos, los planes de organización de empleadores o los planes de organización de beneficios de los empleados.
- 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 por enfermedad o accidente; cobertura de salud para beneficios limitados, 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 COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se trata como un plan separado.

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

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

“Gastos Permitidos” es un gasto en atención médica, que incluye deducibles, coseguros y copagos, que está cubierto al menos en parte por cualquier plan que cubra al miembro. Cuando un plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan que cubra al miembro no es un gasto permitido. Además, cualquier gasto que, por ley o de conformidad con un acuerdo contractual, un proveedor no pueda 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 habitación de hospital semiprivada y una habitación de hospital privada no es un gasto permitido, a menos que uno de los planes proporcione cobertura para los gastos de habitación de hospital privada.
2. Si un miembro está cubierto por 2 o más planes que computan los pagos de sus beneficios sobre la base de tasas habituales y razonables o una metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier monto que supere el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un gasto permitido.
3. Si un miembro está cubierto por 2 o más planes que ofrecen beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, un monto que supere el monto más alto de las tasas negociadas no es un gasto permitido.
4. Si un miembro está cubierto por un plan que calcula sus beneficios o servicios sobre la base de las tasas habituales y razonables o de la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar y otro plan que proporciona sus beneficios o servicios sobre la base de las tasas negociadas, el acuerdo de pago del plan primario será el gasto permitido para todos los planes.

Sin embargo, si el proveedor tiene un contrato 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 debido a que un miembro no ha cumplido con las disposiciones del plan no es un gasto permitido. Algunos ejemplos de este tipo de disposiciones del plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, precertificaciones de internaciones y contratos de proveedores preferidos.

“Período de determinación de reclamos” significa un año calendario.

Reglas de determinación de orden de beneficios

(A) Cuando un miembro está cubierto por dos o más planes, estas reglas de orden de determinación de beneficios se aplican para determinar los beneficios para un miembro cubierto bajo este plan para cualquier período de determinación de reclamo si, por los gastos permitidos incurridos por dicho miembro durante dicho período, la suma de:

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

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

(B) En cuanto a cualquier período de determinación de reclamos 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 en los que incurre dicho miembro durante dicho período de determinación de reclamos se reducirán en la medida necesaria para que la suma de tales beneficios reducidos y todos los beneficios pagaderos por tales gastos permitidos en todos los demás planes, excepto como se estipula en el párrafo (C), no supere el total de los gastos permitidos. Los beneficios pagaderos bajo otro plan incluyen los beneficios que habrían sido pagaderos si así se lo hubiera solicitado.

(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) exigirían que este plan determine sus beneficios antes de dicho otro plan, entonces los beneficios de dicho otro plan serán ignorados para determinar los beneficios de este plan.

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

(1) Los beneficios de un plan que cubre al miembro en cuyos gastos se basa el reclamo como no 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 normas establecidas por el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (42 USC 1395 et seq.) y las reglamentaciones de implementación, Medicare es (i) secundario al plan que cubre al miembro como dependiente y (ii) primario al plan que cubre al miembro como si no fuera dependiente (p. ej., un empleado jubilado). Así, los beneficios del plan que cubre al miembro como dependiente se determinan antes que los del plan que cubre a ese miembro como no dependiente.

(2) Excepto en los casos de un miembro por quien el reclamo se presenta como hijo dependiente, cuyos padres están separados o divorciados, los beneficios de un plan que cubra al miembro en cuyos gastos se basa el reclamo como no dependiente de un

miembro cuya fecha de nacimiento, excluido el año de nacimiento, se produzca antes de un año calendario, se determinarán antes de los beneficios de un plan que cubra a dicho miembro como dependiente de un miembro cuya fecha de nacimiento, excluido el año de nacimiento, se produzca luego de un año calendario. Si cualquiera de los dos planes no tiene las disposiciones de este apartado relativas a los dependientes, lo que da como resultado que cada plan determine sus beneficios antes que el otro o que cada plan determine sus beneficios después del otro, las disposiciones de este apartado no se aplicarán, y la norma 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 por quien el reclamo se presenta como hijo dependiente cuyos padres están separados o divorciados y el padre/la madre 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 por quien el reclamo se presenta 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/la madrastra, y los beneficios de un plan que cubra al niño como dependiente del padrastro/la madrastra se determinarán antes de los beneficios de un plan que cubra al niño como dependiente del padre con custodia.

(5) En el caso de un miembro por quien el reclamo se presenta 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 los beneficios de cualquier otro plan que cubra al niño como un niño dependiente.

(6) Salvo lo dispuesto en el apartado (7), los beneficios de un plan que cubra al miembro por quien el reclamo de gastos se basa 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, no despedido ni 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 da como resultado que cada plan determine sus beneficios después del otro, la norma 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 orden de determinación de beneficios será el siguiente:

- Primero, los beneficios de un plan que cubre 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 normas descritas anteriormente y si, como resultado, los planes

no están de acuerdo en el orden de los beneficios, se ignora la norma 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 gasto se basa el reclamo por el período más largo se determinarán antes de los beneficios de un plan que ha cubierto a dicho miembro durante el período más corto.

(E) Cuando esta disposición opere para reducir la cantidad total de beneficios que de otra manera se pagarán en cuanto a un miembro cubierto por este plan durante cualquier período de determinación de reclamos, 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 de COB afecta a otro plan, que también tiene una disposición de COB, los operadores involucrados utilizarán las normas anteriores para decidir el orden en el que se determinarán los beneficios pagaderos bajo los planes respectivos.

Al determinar el período que un individuo ha estado 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 operador que asegura el plan, ni un cambio de un tipo de plan a otro (por ejemplo, plan de empleador único a plan de empleador múltiple, o viceversa, o plan de empleador único a plan de Bienestar Taft-Hartley) constituirían el inicio de un nuevo plan a los fines de esta instrucción.

Si la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de un reclamante bajo un plan determinado es posterior a la fecha en que la aseguradora se contrató por primera vez para proporcionar el plan para el grupo en cuestión (empleador, sindicato, asociación, etc.), entonces, en ausencia de información específica que indique lo contrario, la aseguradora asumirá, a los fines de esta instrucción, que el período en que el reclamante estuvo cubierto por ese plan se medirá a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del reclamante. Si la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de un reclamante conforme a un plan determinado es la misma que la fecha en que la aseguradora se contrató por primera vez para proporcionar el plan para el grupo en cuestión, entonces la aseguradora requerirá que el grupo en cuestión proporcione la fecha en que el reclamante pasó a estar cubierto por primera vez en virtud del primero de cualquiera de los planes que el grupo pueda 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 pueden existir planes grupales que contengan disposiciones según las cuales la cobertura se declare como “excedente” de todas las demás coberturas, u otras disposiciones de COB que no coincidan con esta norma. En tales casos, se insta a los planes a que utilicen los siguientes procedimientos de administración de reclamaciones: un plan grupal debe pagar primero si fuera primario bajo el orden de determinación de beneficios de COB. En aquellos casos en los que un plan grupal normalmente se consideraría secundario, el plan debe hacer todo lo posible para coordinarse en una posición secundaria con los beneficios disponibles a través de dichos planes “excedentes”. El plan debe tratar de obtener la información necesaria del plan “excedente”.

Derecho a recibir y divulgar la información necesaria

Con el fin de determinar la aplicabilidad e implementar los términos de esta disposición de este plan o cualquier disposición de propósito similar de cualquier otro plan, el plan puede divulgar u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización o persona cualquier información, con respecto a cualquier persona, que el plan considere necesario para dichos fines. Cualquier persona que reclame beneficios bajo este plan deberá proporcionar la información que sea 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. En ese caso, 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 mayor de lo que Molina debería haber pagado según esta disposición de COB, Molina puede recuperar el exceso de una o más de las personas que Molina pagó o por quienes Molina había pagado, o cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados al 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 cree que Molina no ha pagado un reclamo correctamente, primero debe intentar resolver el problema comunicándose con Molina. Siga los pasos descritos en la sección “Apelaciones y quejas”. Si aún no está satisfecho, puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, en inglés) para obtener instrucciones sobre cómo presentar una queja del consumidor. Llame al 1 (888) 466-2219 o visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) en www.dmhc.ca.gov.

Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios en virtud de este Acuerdo, todos los miembros legalmente capaces de contratar, y los representantes legales de todos los miembros incapaces de contratar, aceptan todas las disposiciones de este Acuerdo.

COSTOS COMPARTIDOS

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 se 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 recibirán una comunicación impresa de forma predeterminada con su saldo de acumulación actualizado para su deducible anual y OOPM cada mes en el que se utilizan los beneficios hasta que el saldo de acumulación sea igual al monto total del deducible o OOPM. Si los miembros no desean recibir comunicación impresa con esta información, pueden optar por no participar y acceder a esta información en tiempo real en el portal MyMolina o comunicarse con Servicios para Miembros. Los miembros que opten por no recibir comunicaciones impresas pueden volver a recibirlas en cualquier momento comunicándose con Servicios para Miembros.

Los miembros que reciben servicios cubiertos hospitalarios para pacientes internados o servicios en un centro 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 entrada en vigencia de la cobertura con Molina. En el caso de los artículos pedidos por adelantado, los miembros pagan el costo compartido vigente conforme a este Acuerdo a partir de la fecha de entrada en vigencia solo para los servicios cubiertos. El costo compartido de los medicamentos recetados cubiertos se debe pagar en el momento en que la farmacia de la red surta la receta del miembro. Las categorías del Formulario y los costos compartidos del diseño del plan se describen en la sección “Medicamentos recetados” de este Acuerdo y en el Programa de Beneficios para su plan.

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 médicamente 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 los prestan proveedores no participantes según los términos de este Acuerdo.

Los miembros deben leer este Acuerdo en su totalidad y con atención, a 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 (EHB, en inglés), según lo define la Ley de Atención Médica Asequible (ACA, en inglés) 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 Ley ACA y sus reglamentaciones federales correspondientes. Los miembros no pueden quedar excluidos de la cobertura en ninguna de las 10 categorías de EHB. Tenga en cuenta que los miembros no serán elegibles para los servicios pediátricos cubiertos de EHB en virtud de este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m. del último día del mes en que cumplan 19 años. Esto incluye cobertura dental pediátrica y cobertura de la vista de pacientes pediátricos.

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

- Molina no puede fijar límites vitalicios ni anuales sobre el valor en dólares de los EHB que se proporcionan conforme a este Acuerdo.
- Cuando los servicios preventivos de EHB son proporcionados por un proveedor participante, 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. Los costos compartidos incluyen los deducibles, el coseguro y los copagos, pero excluyen las primas y los gastos del miembro en servicios no cubiertos.

Servicios de acupuntura: Molina cubre los servicios de acupuntura que generalmente 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.

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 afección potencialmente mortal. Una enfermedad o una afección potencialmente mortal es aquella con una alta probabilidad de muerte, a menos que se interrumpa el curso de dicha enfermedad o afección. 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 afección 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, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos, el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, el Departamento de Energía de los Estados Unidos 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, o
2. El estudio o la investigación se lleva a cabo bajo una nueva aplicación de medicamentos en investigación revisada por la FDA.

3. El estudio o investigación es un ensayo de medicamentos que está exento de tener tal aplicación de nuevos medicamentos en investigación.

Todas las aprobaciones y requisitos de autorización previa que se aplican a la atención de rutina para los miembros que no están en un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención de rutina para los miembros en ensayos clínicos aprobados. Si un miembro califica, Molina no puede denegar 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 artículos y servicios que no son costos rutinarios para el paciente, según lo determina la Ley de Atención Médica Asequible, incluso si el Miembro incurre en estos costos mientras participa en un ensayo clínico aprobado. Los costos excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo incluyen: el artículo, dispositivo o servicio de investigación en sí mismo, los artículos 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 de rutina para los miembros que no están en un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención de rutina para los miembros en ensayos clínicos aprobados. 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 Servicios para Miembros para obtener más información.

Cirugía bariátrica: Molina cubre la atención hospitalaria para pacientes internados relacionada con procedimientos quirúrgicos bariátricos. Esto incluye habitación y comidas, 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 educativo preparatorio prequirúrgico aprobado por el grupo médico sobre 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 procedimientos quirúrgicos bariátricos, el miembro pagará el mismo costo compartido que se aplicaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con un procedimiento quirúrgico bariátrico. Por ejemplo, para la atención hospitalaria para pacientes internados, el miembro pagará el costo compartido que figura en “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en el 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).

- Las pruebas de biomarcadores sin requisito de autorización previa para un miembro con cáncer avanzado o metastásico en etapa 3 o 4.
- Las pruebas, los análisis de laboratorio y los procedimientos de diagnóstico.
- 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 protésicos, ortopédicos, implantados internos y externos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Costos de atención de rutina al paciente para miembros que participan en un ensayo clínico aprobado para el cáncer (consulte la sección “Ensayos clínicos aprobados” de este Acuerdo para obtener más información).
- Medicamentos recetados para tratar 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 de hasta 19 años. Los beneficios de odontología pediátrica incluyen servicios preventivos, de diagnóstico, de rutina, mayores y de ortodoncia, como se describe en el anexo de Servicios de odontología pediátrica adjunto a este Acuerdo.

De lo contrario, los servicios dentales y de ortodoncia proporcionados en virtud de este acuerdo para adultos y niños deben contar con autorización previa y se limitan a lo siguiente:

- Servicios dentales para el tratamiento con radioterapia.
- Anestesia dental cuando sea médicamente necesaria.
- Servicios dentales y de ortodoncia para el paladar hendido.
- Servicios para tratar el Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ, en inglés) (consulte la sección Síndrome de la Articulación Temporomandibular de este Acuerdo).
- Servicios dentales necesarios debido a una lesión accidental.

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

- Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes cuando las proporciona un proveedor participante.
- Exámenes 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, para pacientes internados o domiciliario.
- Entrenamiento para la autogestión de la diabetes del paciente ambulatorio.
- Cuidado de rutina de los pies (incluido el cuidado de callos, juanetes, durezas o desbridamiento de uñas).
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando los receta un proveedor participante que sea podólogo.
- Los servicios médicos preventivos incluyen los siguientes:
 - Educación y autocontrol de la diabetes.
 - Examen preventivo de diabetes (de tipo 2).
 - Detección de diabetes gestacional.
- Servicios de dietistas.
- Asesoramiento nutricional.

Para obtener información sobre los suministros destinados a 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 todos los criterios médicos desarrollados por Molina.
- Un médico proveedor participante proporciona una remisión por escrito para recibir atención en el centro.

Después de que un miembro recibe la capacitación adecuada en un centro de diálisis designado y aprobado por Molina, Molina también cubre los equipos y suministros médicos necesarios para la hemodiálisis domiciliaria y la diálisis peritoneal domiciliaria dentro del área de servicio. La cobertura se limita al artículo estándar de equipo o suministros que satisfaga adecuadamente las necesidades médicas del miembro. Molina decide si alquila o compra el equipo y los suministros y también selecciona al proveedor. El miembro debe devolver el equipo y los suministros no utilizados o pagar el precio justo de mercado del equipo y los suministros no utilizados cuando ya no estén cubiertos.

Equipo médico duradero (DME): Molina cubre el alquiler o la compra de ciertos equipos médicos duraderos (DME, en inglés). Molina también cubre reparaciones, mantenimiento, entrega y suministros relacionados razonables para DME. El DME debe ser proporcionado a través de un proveedor que tenga un contrato con Molina. Se requiere autorización previa.

Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los miembros. Los miembros que crean que están teniendo una emergencia deben llamar al **911** de inmediato y dirigirse al centro de emergencia más cercano. Al recibir los servicios de emergencia, los miembros deben presentar su tarjeta de identificación del miembro. Los miembros que no crean que necesitan servicios de emergencia pero que necesiten ayuda médica deben llamar gratuitamente a la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas o comunicarse con su PCP. Los miembros no deben ir sala de emergencias de un hospital si su afección no es una emergencia.

Emergencia de salud conductual: Molina cubre el tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias, incluidos, entre otros, servicios de crisis de salud conductual, proporcionados a un afiliado por un centro 988 o un equipo móvil de crisis, independientemente de si el servicio lo brinda un proveedor participante o un proveedor no participante. No requiere autorización previa. Para los servicios de un proveedor no participante, el miembro no pagará más que el mismo costo compartido que pagaría por los mismos servicios cubiertos recibidos de un proveedor participante.

Servicios de emergencia cuando está fuera del área de servicio: los miembros deben acudir a la sala de emergencias más cercana para recibir atención cuando estén fuera del área de servicio de Molina cuando crean que están teniendo una emergencia. Comuníquese con Servicios para Miembros dentro de las 24 horas o lo antes posible.

Servicios de emergencia proporcionados por un proveedor no participante: los servicios de emergencia para el tratamiento de una afección médica de emergencia están sujetos a costos compartidos. Esto es cierto ya sea que los servicios de emergencia sean proporcionados por proveedores participantes o no participantes. Los miembros deben consultar los costos compartidos para servicios de emergencia en la lista de beneficios.

Importante: salvo que la ley estatal exija lo contrario, cuando se reciben servicios de emergencia de proveedores no participantes para el tratamiento de una afección médica de emergencia, los reclamos por servicios de emergencia se pagarán según el monto permitido de Molina. Un proveedor no participante en California no puede facturar el saldo a un miembro por la diferencia entre el monto permitido de Molina y la tarifa que cobra el proveedor por los servicios de emergencia.

Servicios posteriores a la estabilización prestados por un proveedor no participante: excepto como se establece a continuación, cuando el traslado a un hospital proveedor participante sea adecuado, o cuando se apliquen otras exclusiones de beneficios, Molina cubre los servicios posteriores a la estabilización prestados por un proveedor no participante de acuerdo con las leyes estatales y federales. Los servicios posteriores a la estabilización cubiertos, ya sea de proveedores participantes o proveedores no participantes, están sujetos al costo compartido para los servicios de emergencia en el Programa de Beneficios. Los miembros no están sujetos a la facturación del saldo por los servicios posteriores a la estabilización a menos que den su consentimiento a renunciar a las protecciones de facturación del saldo de acuerdo con el proceso requerido por la ley federal.

Transferencia obligatoria a un hospital proveedor participante: se requiere autorización previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de servicios de emergencia, servicios posteriores a la estabilización y otras excepciones identificadas en este Acuerdo. Para los miembros que son admitidos en un centro de proveedores no participantes para recibir servicios de emergencia, Molina trabajará con el miembro y su proveedor para proporcionar transporte a un centro de proveedores participantes. Si la cobertura del miembro termina durante una internación, los servicios recibidos después de la fecha de terminación no son servicios cubiertos. Si el miembro renuncia a las protecciones federales de facturación de saldo y rechaza el traslado, los servicios adicionales proporcionados en el centro del proveedor no participante no son servicios cubiertos, el miembro será 100 % responsable de los pagos, y los pagos no se aplicarán al deducible ni al OOPM.

Servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos: los servicios cubiertos incluyen servicios de emergencia mientras viaja fuera del área de servicio. Esto incluye viajes fuera de los Estados Unidos. Para los servicios de emergencia mientras viajan fuera de los Estados Unidos, los miembros deben utilizar el número de teléfono de emergencia de ese país o territorio o acudir a la sala de emergencias más cercana.

Los miembros que reciban servicios de emergencia mientras viajan fuera de los Estados Unidos deberán pagar los cargos del proveedor no participante en el momento en que obtengan esos servicios. Los miembros pueden presentar un reclamo de reembolso a Molina por los cargos que pagaron por los servicios cubiertos recibidos del proveedor no participante.

Los miembros son responsables de garantizar que las reclamaciones o registros de dichos servicios se traduzcan adecuadamente. También son responsables de garantizar que el tipo de cambio monetario esté claramente identificado al presentar reclamos por servicios de emergencia recibidos fuera de los Estados Unidos. También se pueden requerir registros médicos de tratamiento y servicios para el reembolso apropiado de Molina. Las reclamaciones de reembolso por servicios cubiertos deben enviarse a la dirección postal que figura en la primera página de este Acuerdo.

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

Debido a que estos servicios los realiza un proveedor no participante, a los miembros solo se les reembolsará la cantidad permitida. El monto permitido puede ser menor que el monto que el proveedor no participante le cobró al miembro. Los miembros no tendrán derecho a reembolso por cargos por servicios o tratamientos de atención médica que no estén cubiertos por este Acuerdo.

Transporte médico de emergencia: el transporte médico de emergencia (ambulancia terrestre y aérea) o los servicios de transporte en ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia 911 están cubiertos cuando sean médicamente necesarios o cuando un miembro crea razonablemente que existe una emergencia. La facturación del saldo está prohibida en California.

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

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) si están médicamente indicados, incluidos kits de pruebas caseras y el procesamiento de laboratorio de esos kits cuando los solicita un proveedor participante.
- Anticonceptivos recetados, incluidos los anticonceptivos de emergencia cuando los receta un farmacéutico proveedor participante o un proveedor no participante en caso de una emergencia.
- Productos anticonceptivos de venta libre incluidos en el Formulario, con receta en farmacias de la red.
- Anticoncepción de emergencia de venta libre (“píldoras del día después”) sin receta en farmacias de la red.
- El plan cubre una versión de cada medicamento anticonceptivo disponible. Cuando un genérico está disponible, el genérico está cubierto. Cuando un genérico no está disponible, el medicamento de marca está cubierto.
- Atención de seguimiento por cualquier problema que pueda tener el miembro al usar métodos anticonceptivos provistos por los proveedores de planificación familiar.
- Pruebas 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 de VIH 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 retirar un anticonceptivo.

Servicios de recuperación de las habilidades: Molina cubre los servicios de atención médica y los dispositivos autorizados que ayudan a una persona con discapacidades o afecciones crónicas a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Incluyen la fisioterapia, la terapia del habla, la terapia ocupacional y 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 asistencia médica domiciliaria.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros médicos que no sean medicamentos y productos biológicos.

- Aparatos médicos necesarios, proporcionados en un plan de tratamiento aprobado.
- Servicios de enfermería especializada de medio tiempo brindados por 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:

- Hasta 2 horas por visita de una enfermera, trabajador social médico, terapeuta físico, ocupacional o del habla y hasta 4 horas por visita de un asistente de atención médica domiciliaria.
- Hasta 100 visitas por año calendario (contando todas las visitas de atención médica domiciliaria).

Servicios de cuidados 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 servicios de cuidados paliativos en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por este plan. Molina cubre servicios de cuidados paliativos en el hogar y una habitación semiprivada en un centro de cuidados paliativos. Molina también cubre atención de relevo por hasta 7 días por incidente.

Servicios hospitalarios para pacientes internados: los miembros deben tener una autorización previa antes de recibir servicios hospitalarios cubiertos, excepto en el caso de servicios de emergencia, servicios posteriores a la estabilización y servicios de atención de urgencia fuera del área. Los servicios posteriores a la estabilización recibidos en un hospital proveedor no participante después de la admisión al hospital para servicios de emergencia o servicios de atención de urgencia fuera del área estarán cubiertos, siempre que la cobertura del miembro con Molina no haya terminado y el miembro no haya renunciado a las protecciones de facturación del saldo conforme a la Ley Federal. Molina trabajará con el miembro y su proveedor para proporcionar el transporte adecuado 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.

Los servicios para pacientes internados medicamente necesarios suelen ser proporcionados por hospitales generales de cuidados intensivos dentro de nuestra área de servicio: Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros, enfermería privada, bandejas para invitados y artículos de conveniencia para el paciente.

Pruebas de laboratorio, radiología (rayos X) y servicios de exploración especializados: Molina cubre servicios de laboratorio, radiología (incluidos rayos X) y exploración con un proveedor participante. Los servicios de exploración cubiertos pueden incluir exploraciones por tomografía computarizada (CT, en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés) y resonancia magnética (MRI, en inglés), con autorización previa. Molina puede ayudar a los miembros a seleccionar un centro adecuado para estos servicios. Se pueden aplicar costos compartidos por separado para servicios profesionales y servicios en centros. El miembro debe recibir estos servicios de proveedores participantes; de lo contrario, los servicios no están cubiertos, el miembro será 100 % responsable del pago a los proveedores no participantes y los pagos no se aplicarán al deducible ni al OOPM.

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

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

- De acuerdo con los estándares de atención de salud mental y trastornos por consumo de sustancias de las asociaciones profesionales sin fines de lucro exigidas por el estado.
- Clínicamente adecuado en términos de tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración.
- No principalmente para el beneficio económico del plan de servicios de atención médica y los suscriptores o para la conveniencia del paciente, médico tratante u otro proveedor de atención médica.

La atención ambulatoria para el tratamiento de un trastorno de salud mental no incluye terapia ni asesoramiento para el diagnóstico primario de cualquiera de los siguientes: asesoramiento o terapia profesional, matrimonial, de divorcio, parental o laboral.

Molina generalmente cubre los siguientes servicios de salud mental médicamente necesarios:

- Atención para pacientes internados.
- Estabilización de crisis.
- Servicios de tratamiento residencial a corto plazo.
- Programas de hospitalización parcial por salud mental.
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios para adultos y de tratamiento durante el día para niños.
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas.
- Procedimientos de salud conductual. Terapia psicológica individual y grupal.

Trastorno del espectro autista (ASD): Molina cubre el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista, incluido el trastorno autista, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado, según lo define la versión más reciente del DSM. Molina cubre el tratamiento de los trastornos del espectro autista, incluido el Análisis conductual aplicado (ABA, en inglés), recetado u ordenado por un proveedor.

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. Molina se asegura de que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento en los beneficios de servicios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias proporcionados no sean más restrictivos que los de los beneficios médicos o quirúrgicos.

Asistencia, recuperación y empoderamiento comunitarios ordenados por el tribunal (CARE, en inglés): Molina cubre el costo de desarrollar evaluaciones y de brindar todos los servicios de atención médica para un miembro cuando sean necesarios o recomendados para el miembro de conformidad con los acuerdos CARE o los planes CARE aprobados por un tribunal, ya sea proporcionados por un proveedor participante o un proveedor no participante. Para servicios que no sean medicamentos recetados, no se aplica el costo compartido y no se requiere autorización previa.

Transporte médico que no sea de emergencia: los servicios de ambulancia y camioneta de transporte psiquiátrico que no sean de emergencia están cubiertos si un proveedor participante determina que la afección de un miembro requiere el uso de servicios que solo una ambulancia

o una camioneta de transporte psiquiátrico con licencia puede proporcionar y que el uso de otros medios de transporte pondría en peligro la salud del miembro. Estos servicios están cubiertos únicamente cuando el vehículo transporta al miembro hacia el lugar donde recibe los servicios cubiertos o desde este. El miembro debe tener autorización previa de Molina antes de recibir estos servicios.

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, en inglés). También cubre otros errores innatos del metabolismo que involucran aminoácidos. Esto incluye fórmulas y productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta recetada por un proveedor participante y administrada por un profesional de atención médica autorizado. El profesional de la salud consultará con un médico especializado en el tratamiento de la enfermedad metabólica. La dieta debe ser considerada médicamente necesaria para prevenir el desarrollo de discapacidades físicas o mentales serias o para promover el desarrollo o función normal. Otras fórmulas especializadas y suplementos nutricionales no están cubiertos.

A efectos de esta sección, se aplican las siguientes definiciones: “Producto alimenticio especial” es un producto alimenticio recetado por un proveedor participante para el tratamiento de la PKU. También se puede recetar 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. “Fórmula” es un producto enteral para uso en el hogar recetado por un proveedor participante.

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

- Visitas al consultorio, que incluyen lo siguiente:
 - Suministros médicos asociados.
 - Consultas prenatales y postnatales.
- Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor, ya sea 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 salud pediátricos y de adultos de rutina.
- Inyecciones, pruebas y tratamientos contra las alergias.
- Exámenes de rutina y la atención 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 (es posible que se apliquen costos compartidos de instalaciones independientes).
- Exámenes de detección de experiencias adversas en la infancia (ACE)

Embarazo y Maternidad: para la atención prenatal, los 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 médicamente necesarios para un parto domiciliario.

- Servicios para complicaciones del embarazo, incluido sufrimiento fetal, diabetes gestacional y toxemia. “Complicaciones del embarazo” significa una condición debida al embarazo, parto y nacimiento que requiere atención médica para evitar daños graves a la salud de la madre o del feto. Las náuseas matutinas y una cesárea que no sea de emergencia no son complicaciones del embarazo.
- Exámenes de detección de las afecciones de salud mental materna.
- Servicios de laboratorio.
- Atención hospitalaria para pacientes internadas y atención en un centro de maternidad durante 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea (cesárea). Las internaciones más largas requieren que la miembro o su proveedor notifiquen a Molina.

Después de hablar con una miembro, si su proveedor decide darle el alta a la miembro y a su recién nacido antes del período de 48 o 96 horas, Molina cubrirá los servicios de laboratorio y los servicios posteriores al alta. Servicios preventivos, de atención primaria y de laboratorio. El costo compartido se aplicará a los servicios posteriores al alta, según corresponda.

Interrupción del embarazo: Molina cubre servicios de interrupción del embarazo sujetos a ciertas restricciones de cobertura requeridas por la Ley de Atención Médica Asequible y por cualquier ley aplicable de California sin costos compartidos. Los procedimientos ambulatorios no requieren autorización previa. Si el servicio de interrupción del embarazo se brindará en un entorno de internación, se requiere autorización previa.

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

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

- Artículos 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 (USPSTF, en inglés). 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 (CDC, en inglés).
- Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, dicha atención preventiva y exámenes de detección basados en evidencia están previstos en las directrices integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, en inglés).
- Los servicios médicos preventivos y los exámenes de detección previstos en las pautas integrales respaldadas por la HRSA, en la medida en que no estén ya incluidos en ciertas recomendaciones del USPSTF.

Todos los servicios de atención preventiva deben ser proporcionados por un proveedor participante para ser cubiertos en virtud de este Acuerdo. A medida que 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 calendario.

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 preventivo, entonces Molina puede imponer límites razonables de cobertura a dicha atención preventiva. Los límites de cobertura serán conforme a la ACA, sus normas federales correspondientes y las leyes estatales aplicables.

Dispositivos protésicos, ortopédicos, implantados internamente y externos: Molina cubre los dispositivos protésicos y ortopédicos descritos en esta sección si se cumplen 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 que Molina seleccione

La cobertura incluye instalación y ajuste del dispositivo, reparación o reemplazo del dispositivo (a menos que se deba a pérdida o uso indebido) y servicios para determinar si el miembro necesita un dispositivo ortopédico o protésico. Si Molina cubre un dispositivo de reemplazo, entonces el miembro paga el costo compartido que se aplicaría para obtener 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 de otro modo está cubierta por Molina. Consulte las secciones “Servicios hospitalarios para pacientes internados” o “Servicios hospitalarios/de instalaciones para pacientes ambulatorios” (según corresponda) del Programa de Beneficios para ver el costo compartido aplicable a los dispositivos implantados internamente.

Dispositivos externos: el costo compartido de equipo médico duradero se aplica a los siguientes dispositivos protésicos y ortopédicos externos.

- Dispositivos protésicos y accesorios de instalación para restaurar un método de habla después de la extracción de la totalidad o parte de la laringe (esta cobertura no incluye máquinas productoras de voz electrónica que no son dispositivos protésicos).
- Prótesis necesarias después de una mastectomía médicamente necesaria, incluidas prótesis hechas a medida cuando son médicamente necesarias y hasta tres 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 receta un proveedor participante que sea podólogo.
- Prendas y prendas de compresión para quemaduras y fajas y prendas para linfedema.
- Fórmula enteral para miembros que requieren alimentación por sonda de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Prótesis para reemplazar total o parcialmente una parte externa del cuerpo facial que ha sido extirpada o deteriorada 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, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades tales que la cirugía sea necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, en la medida de lo posible.
- Extirpación total o parcial de una mama (mastectomía), reconstrucción de la mama luego de una mastectomía médicamente necesaria, cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica luego de la reconstrucción de una mama y tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas.

Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva no están cubiertos:

- Cirugía que, a juicio de un 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 con el fin de mejorar la apariencia.

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

Cuidado de rutina de los pies: Molina cubre el cuidado de rutina de los pies médicamente necesario, incluido el cuidado de callos, juanetes, durezas o desbridamiento de uñas.

Centro de enfermería especializada: Molina cubre 100 días por período de beneficios en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) para un miembro cuando el SNF es un proveedor participante y los servicios cuentan con autorización previa antes de comenzar. Entre los servicios de SNF cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Habitación y comidas.
- Servicios médicos y de enfermería.
- Medicamentos e inyecciones.

Un período de beneficios comienza en la fecha en que el miembro es internado en un hospital o SNF con un nivel de atención especializado y finaliza en la fecha en que el miembro no ha estado internado en un hospital o SNF, recibiendo un nivel de atención especializado, durante 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios sólo puede comenzar después de que termine cualquier período de beneficios existente. No se requiere una estadía previa de 3 días en un hospital de cuidados intensivos para comenzar un período de beneficios.

Trastorno por consumo de sustancias (pacientes internados y ambulatorios): Molina cubre el tratamiento ambulatorio y hospitalario médicamente necesario para el trastorno por consumo de sustancias según los criterios de una asociación profesional sin fines de lucro. La cobertura para pacientes internados, en un hospital proveedor participante, está cubierta para el tratamiento médico de los síntomas de abstinencia. Molina puede requerir autorización para la cobertura de servicios, incluidos los servicios para pacientes internados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. Molina cubre la siguiente atención ambulatoria para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias:

- Programas residenciales a corto plazo.
- 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 ambulatorios intensivos.
- Tratamiento médico para síntomas de abstinencia.
- Tratamiento asistido por medicamentos (MAT, en inglés).
- Programas para tratamiento con opioides (OTP, en inglés).

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

Cirugía (pacientes internados y ambulatorios): Molina cubre los servicios quirúrgicos para pacientes internados y ambulatorios que se enumeran a continuación cuando se brindan en un centro de proveedor participante. 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 los siguientes lugares:

- 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/centro o los servicios hospitalarios para pacientes internados a fin de determinar el costo compartido aplicable del miembro.

Servicios para el síndrome de la articulación temporomandibular (“ATM”): Molina cubre los servicios para tratar el síndrome de la articulación temporomandibular si se aplican todas las siguientes condiciones:

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

Servicios de trasplante: 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 los 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. Para conocer las pautas de Molina sobre los servicios a donantes, puede llamar a Servicios para Miembros.

Servicios de atención de urgencia: los servicios de atención de urgencia están sujetos al costo compartido en el Programa de Beneficios. Los servicios de atención de urgencia son aquellos servicios necesarios para prevenir el deterioro grave de la salud debido a una afección o lesión médica imprevista. Para servicios de atención de urgencia o fuera del horario de atención, los miembros deben llamar a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermería. Los miembros que se encuentran dentro del área de servicio de Molina pueden preguntar a su PCP a qué centro de atención médica de urgencia de proveedor participante pueden acudir. Es mejor averiguar el nombre del centro de atención de urgencia de proveedor participante con anticipación. Los miembros deben obtener servicios de atención de urgencia de un proveedor participante, excepto que los miembros que se encuentren fuera del área de servicio puedan acudir a la sala de emergencias más cercana para recibir servicios de atención de urgencia.

Servicios para la vista (adultos y pediátricos): todos los miembros tienen cobertura para exámenes oculares para diabéticos (exámenes de retina con dilatación), así como para servicios de tratamiento médico y quirúrgico de lesiones o enfermedades que afectan el ojo.

Los beneficios no están disponibles por cargos relacionados con exámenes refractivos de la vista de rutina, con la corrección de defectos refractivos del ojo (como miopía, hipermetropía o astigmatismo) o con la compra o adaptación de anteojos o lentes de contacto, excepto como se describe en esta sección de "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 receta un proveedor participante, sujeto al costo compartido de la visita al consultorio del especialista:

- Hasta dos lentes de contacto médicamente necesarios por ojo (incluidos el ajuste y la dispensación) en cualquier período de 12 meses para tratar la aniridia (falta de iris), ya sea que los proporcione el plan durante el período de contrato actual o anterior de 12 meses.
- Hasta seis lentes de contacto afáquicos médicamente Necesarios por ojo (incluidos el ajuste y la dispensación) por año calendario para tratar la afaquia (ausencia de la lente cristalina del ojo), ya sea que los proporcione el plan según el contrato actual o anterior en el mismo año calendario.

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

- Examen de la vista de rutina y de detección cada año calendario, incluida la refracción y la dilatación cuando esté indicado profesionalmente.
- Un par de anteojos recetados (marcos y lentes) cada año calendario con lentes de vidrio, plástico o policarbonato; disponibles en lentes monofocales, bifocales convencionales, trifocales convencionales y lenticulares en todas las potencias de las lentes.
- Examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación), incluidos los ajustes estándar y premium cubiertos en su totalidad.
- Hay lentes de contacto recetados disponibles en lugar de anteojos. Los miembros pueden elegir entre cualquier material de lentes de contacto recetados disponible, incluido un suministro mínimo de 3 meses para cualquiera de las siguientes modalidades: estándar (1 par al año), mensual (suministro de 6 meses), quincenal (suministro de 3 meses), diarios (suministro de 3 meses).
- Los lentes de contacto necesarios están cubiertos en su totalidad para los miembros que tienen afecciones específicas para las cuales los lentes de contacto brindan una mejor corrección visual, en lugar de lentes y marcos recetados, para el tratamiento

de aniridia, aniseiconia, anisometropía, afaquia, trastornos corneales, astigmatismo irregular, queratocono, miopía patológica, trastornos postraumáticos. Consulte la sección “Servicios para la vista especializados” más arriba para conocer la cobertura de lentes de contacto especiales para aniridia y afaquia.

- Dispositivos ópticos para la visión deficiente, incluidos servicios, capacitación e instrucción para la visión deficiente para maximizar la visión utilizable restante con atención de seguimiento, cuando los servicios son médicamente necesarios y se obtiene autorización previa. Con autorización previa, la cobertura incluye lo siguiente:
 - Una evaluación integral de visión deficiente cada 5 años.
 - Gafas, lupas y telescopios de alta potencia según sean médicamente necesarios.
 - Atención de seguimiento, incluidas 4 visitas en cualquier período de 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 farmacias de la red de Molina. Los medicamentos cubiertos incluyen medicamentos de venta libre (OTC, en inglés) 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 recetar, 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 farmacias de pedido por correo dentro de nuestra red. 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 (FDA, en inglés), si requiere manejo especial o coordinación de proveedores o si se requiere una educación especializada del paciente para garantizar un uso seguro y eficaz. Para encontrar farmacias de la red, visite www.MolinaMarketplace.com. También está disponible una copia impresa previa solicitud a Servicios para Miembros.

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 los requisitos, limitaciones o restricciones de cobertura de los productos enumerados. El formulario está disponible para los miembros en 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.

Solicitudes de excepción al formulario

Acceso a medicamentos no incluidos en el formulario: los miembros de Molina pueden solicitar cobertura de medicamentos clínicamente apropiados que no estén en el formulario, o que tengan “terapia escalonada” u otros requisitos que no se hayan cumplido. Es posible que el plan no cubra los medicamentos que no forman parte del Formulario. Estos medicamentos

pueden costar a los miembros más que medicamentos similares que están en el formulario si están cubiertos por “excepción”, como se describe en las siguientes secciones. Para solicitar la cobertura de medicamentos que no están en el formulario, un proveedor puede enviar una solicitud de excepción al formulario en nombre de un miembro. Estas solicitudes se considerarán para un uso médicamente aceptado cuando no se puedan utilizar las opciones del formulario y se cumplan otros requisitos de cobertura. La respuesta de un miembro a las muestras de medicamentos de un proveedor o fabricante de medicamentos no es motivo para eludir las reglas estándar para la cobertura de medicamentos del plan.

Los proveedores suelen recetar los medicamentos del formulario para que los miembros los obtengan en una farmacia y se los administren ellos mismos. La mayoría de los medicamentos inyectables que requieren la ayuda de un proveedor están cubiertos por el beneficio médico en lugar del beneficio de farmacia. Los proveedores reciben instrucciones de Molina sobre cómo obtener aprobación anticipada para los medicamentos de los miembros. Algunos medicamentos inyectables se pueden aprobar mediante el proceso de excepciones para obtenerlos en una farmacia utilizando el beneficio de farmacia del plan.

Medicamentos no cubiertos: los medicamentos no cubiertos, como las exclusiones de beneficios, no están cubiertos en absoluto. No pueden ser aprobados para cobertura por excepción del formulario. Molina no cubre ciertos tipos de medicamentos que figuran como exclusiones de beneficios en la póliza del plan, que incluyen los siguientes:

- Medicamentos cosméticos.
- Medicamentos que no están aprobados ni autorizados por la FDA para su uso en los Estados Unidos.
- Medicamentos para tratar la disfunción eréctil u otros tipos de disfunción sexual.
- Medicamentos o usos de medicamentos experimentales y en etapa de investigación.
- Terapia genética.
- Tratamientos para la caída o el crecimiento del cabello.
- Tratamientos homeopáticos y suplementos nutricionales.
- Medicamentos para la infertilidad (además del tratamiento y la causa subyacente de la infertilidad).
- Medicamentos de venta libre que no figuran en el formulario.
- Medicamentos que, según ha identificado el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (DESI, en inglés), son poco efectivos.
- Medicamentos para bajar de peso.

Cómo solicitar una excepción al formulario: el proceso para solicitar una excepción al formulario es el mismo para solicitar autorización previa para medicamentos del formulario que requieren aprobación anticipada para la cobertura. Las solicitudes se revisan según las reglas estándar para determinar la necesidad médica.

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

Molina otorgará una excepción para un medicamento que no esté en el formulario o un requisito de terapia escalonada si sus revisores determinan que la información de respaldo muestra cualquiera de los siguientes:

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

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

- Dentro de las 72 horas para solicitudes estándar, y
- Dentro de las 24 horas para solicitudes urgentes

Las solicitudes de excepción urgente se aplican cuando un miembro está experimentando una situación de salud que puede poner en peligro grave su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, o cuando un miembro está siguiendo un tratamiento actual con un medicamento que no está en el formulario.

Si se rechaza la solicitud, Molina Healthcare enviará una carta al miembro y al médico que receta. En la carta se explicará el motivo por el que se denegó el medicamento o producto. El médico que receta puede solicitar discutir la denegación con Molina. Si el miembro no está de acuerdo con la denegación de la solicitud, puede apelar la decisión de cobertura de Molina. El médico que receta también puede solicitar que una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés) revise la decisión de cobertura de Molina durante una apelación. La IRO notificará al solicitante de la decisión de la IRO a más tardar en los siguientes plazos:

- 72 horas después de recibir una apelación de una solicitud de excepción estándar denegada.
- 24 horas después de recibir una apelación de una solicitud de excepción urgente denegada.

Costos compartidos: 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 se ofrecen algunos detalles sobre qué medicamentos se encuentran en qué categorías.

Categoría de medicamento	Descripción
Categoría 1	1) La mayoría de los medicamentos genéricos y de marcas preferidas de bajo costo.
Categoría 2	1) Medicamentos genéricos no preferidos o; 2) Medicamentos de marca preferidos o; 3) Recomendado por el comité farmacéutico y terapéutico (P&T, en inglés) del plan según la seguridad, eficacia y costo del medicamento.
Categoría 3	1) Medicamentos de marca no preferida o; 2) Recomendado por el comité de P&T según la seguridad, eficacia y costo del medicamento o; 3) Generalmente tienen una alternativa terapéutica preferida y, a menudo, menos costosa en una categoría inferior.
Categoría 4	1) La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) o el fabricante del medicamento limita la distribución a farmacias especializadas o; 2) La autoadministración requiere capacitación, seguimiento clínico o; 3) El medicamento fue fabricado mediante biotecnología o; 4) El costo del plan (neto de devoluciones) es > \$600.
Categoría 5	Medicamentos y formas de dosificación de servicios médicos preventivos reconocidos a nivel nacional, y medicamentos y dispositivos de planificación familiar (es decir, anticoncepción) con \$0 de costo compartido.
DME	Equipo médico duradero (“DME”, en inglés): se aplica el costo compartido; algunos productos que no son medicamentos en el Formulario tienen costos compartidos determinados por el coseguro de DME.

Los miembros no están obligados a pagar más que el precio minorista por un medicamento recetado cubierto. Si el precio minorista de una farmacia es menor que el monto de copago o coseguro aplicable que figura en el Programa de Beneficios, el precio minorista que el miembro paga por un medicamento cubierto constituirá el costo compartido aplicable. El pago del precio minorista se aplicará tanto al deducible, si lo hubiera, como al OOPM.

Costo compartido en excepciones de Formulario: para los medicamentos u otros productos aprobados en la excepción del Formulario, el miembro tendrá un costo compartido de Categoría 3 para productos que no son de especialidad o un costo compartido de Categoría 4 para productos de especialidad. 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 costos compartidos de medicamentos y costos de bolsillo: la reducción de costo compartido para cualquier medicamento recetado que los miembros obtienen mediante el uso de una tarjeta de descuento, un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos recetados o cualquier forma de asistencia de costo compartido de terceros para medicamentos recetados no se aplicará a ningún deducible ni al OOPM según el plan.

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

Equipo médico duradero (DME): Molina cubrirá los costos de compra o alquiler del DME incluso 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. Los montos de costos compartidos que figuran en su Programa de Beneficios se aplican por período de compra o alquiler. Es posible que se requiera una autorización previa para la cobertura del DME. La cobertura puede estar 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 MolinaMarketplace.com o comuníquese con Servicios para Miembros 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 la sangre, DME de monitoreo continuo de glucosa, tiras de prueba de glucosa en la 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 3 meses a través de un servicio de farmacia de pedido 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 12 meses para un anticonceptivo hormonal autoadministrado aprobado por la FDA cuando el afiliado lo obtiene a través de un proveedor, farmacéutico o en un lugar con licencia u otro tipo de autorización para dispensar medicamentos o suministros. El límite de suministro de 30 días y el límite de suministro de pedidos por correo de 90 días no se aplican necesariamente al suministro de hasta 12 meses de anticonceptivos hormonales autoadministrados aprobados por la FDA. De lo contrario, las cantidades que superen el límite de suministro del día no estarán cubiertas a menos que se autorice previamente.

Prorrato y sincronización: Molina proporciona un prorrato del medicamento para un suministro parcial de un medicamento recetado si la farmacia 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 prorrato descrito se basará en la cantidad de días de suministro del medicamento dispensado.

Analgésicos 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, las reclamaciones de opioides tienen límites de seguridad, incluido un suministro más corto por surtido y restricciones sobre los medicamentos opioides de acción

prolongada y las 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 para tratar el cáncer: Molina cubre los costos razonables de medicamentos contra el cáncer y su administración. Las solicitudes de autorización previa para medicamentos que se usarán fuera de lo indicado por la FDA (es decir, usos fuera de la etiqueta) se revisan según necesidad médica. Estas solicitudes se revisan con respecto a las recomendaciones estándar para el uso del medicamento y para el tipo de cáncer que se está tratando. 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 nuevos medicamentos contra el cáncer requieren un manejo y educación especiales y se consideran medicamentos especializados de Categoría 4 según el beneficio de farmacia. Ciertos medicamentos contra el cáncer están cubiertos por un programa de surtido parcial. Las farmacias de la red pueden dispensar los primeros surtidos de los medicamentos contra el cáncer recién iniciados de medio mes a la vez hasta que los miembros estén estables con el medicamento y la dosis. Todos los medicamentos contra el cáncer que se toman por vía oral y se pagan conforme al beneficio de farmacia estarán cubiertos de la misma manera y sin un costo compartido mayor que el impuesto bajo el beneficio médico para los medicamentos contra el cáncer administrados por un proveedor mediante otras vías corporales. El costo compartido máximo para un medicamento contra el cáncer administrado por vía oral es de \$250 para un suministro de hasta 30 días y no está sujeto a un deducible.

Tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): Molina cubre medicamentos recetados para el tratamiento de la infección por VIH o una enfermedad o afección médica que surja o esté relacionada con el VIH. Los medicamentos deben recetarse dentro del alcance de la práctica del proveedor y los tiene que aprobar la Administración de Medicamentos y Alimentos (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.

Terapias para el tratamiento de COVID-19: Molina cubre terapias aprobadas o autorizadas para uso de emergencia por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal para el tratamiento de COVID-19 cuando las receta o las proporciona un proveedor participante, sin costos compartidos ni autorización previa.

Disponibilidad de pedidos por correo de medicamentos del Formulario: Molina ofrece a sus miembros una opción de pedido por correo para ciertos medicamentos en las categorías 1, 2, 3 y 5. Los medicamentos elegibles están marcados como "CORREO" en el Formulario. Los medicamentos del Formulario serán enviados 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 pedido por correo se aplica a una tasa de dos veces y media el costo compartido del suministro de 1 mes en la categoría del Formulario del medicamento. Los medicamentos especializados de Categoría 4 no son elegibles para programas de suministro de 90 días como el de pedido por correo, aunque la mayoría de los medicamentos especializados se enviarán directamente al miembro. Para

obtener más información, consulte MolinaMarketplace.com o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Medicamentos no autorizados: 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 afección 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.
- Medicamentos que, según ha identificado el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (DESI, en inglés), son poco efectivos.
- Medicamentos experimentales o en investigación.
- Medicamentos para bajar de peso o medicamentos para la diabetes cuando se usan fuera de lo indicado para perder peso en lugar de tratar la diabetes

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.

Información sobre la cobertura de medicamentos recetados: además de la información proporcionada en este Acuerdo, Molina proporciona recursos telefónicos y en línea para que los miembros y proveedores obtengan información específica sobre la cobertura y los costos compartidos. Los miembros pueden llamar a Servicios para Miembros para obtener esta información. Los proveedores pueden llamar a los servicios de proveedores de farmacia para obtener esta información. Los miembros y proveedores pueden buscar información en línea utilizando el formulario publicado o la herramienta “Buscar medicamentos” en MolinaMarketplace.com. La información del formulario también está disponible para el médico que receta dentro del software de recetas electrónicas si utiliza un registro médico electrónico compatible. Caremark®, el administrador de beneficios de farmacia de Molina utiliza la interoperabilidad de beneficios de recetas en tiempo real de Surescripts® para brindar a los médicos que recetan visibilidad de la información del formulario en el punto de receta. A través de estos recursos disponibles, los miembros y proveedores pueden obtener información sobre todos los siguientes detalles de la cobertura de medicamentos recetados (es posible que no todos estén disponibles en un solo recurso):

- Si el medicamento está cubierto para el miembro.
- La lista de medicamentos cubiertos más actualizada.

- Información de costos compartidos para el medicamento recetado y alternativas en el formulario (para obtener detalles de costos compartidos de autoservicio, use la herramienta de búsqueda de medicamentos en línea).
- Si el medicamento es elegible para pedido por correo u otros programas de 90 días, y la información de costo compartido aplicable (para obtener detalles de autoservicio, consulte el formulario o la herramienta de búsqueda de medicamentos en línea).
- Detalles de los requisitos de cobertura, como autorización previa, terapia escalonada, límites de edad, etc. (para obtener detalles de autoservicio, consulte el formulario en línea).

EXCLUSIONES

Ciertos equipos y servicios están excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo. Estas exclusiones se aplican a todos los servicios que de otro modo estarían cubiertos por este Acuerdo, independientemente de si los servicios están dentro del alcance de la licencia de un proveedor, excepto cuando 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 están excluidos de la cobertura de este plan. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina si tiene preguntas sobre las exclusiones.

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

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

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

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 un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.

Cuidado de custodia: no está cubierta la ayuda con las actividades de la vida cotidiana. Esta exclusión no se aplica a la ayuda con las actividades de la vida cotidiana que se proporciona como parte de los cuidados paliativos, la atención en un centro de enfermería especializada o la atención hospitalaria para pacientes internados. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.

Dietista: un servicio de un dietista no es un servicio cubierto, excepto para los beneficios de cuidados paliativos o como se describe en la sección titulada “Fenilcetonuria (PKU) y otros errores congénitos del metabolismo”. Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.

Salud digital y terapias digitales: las aplicaciones móviles, el software o los dispositivos de hardware comercializados como terapias digitales para prevenir, controlar o tratar trastornos médicos o afecciones conductuales no están cubiertos. Esto no se aplica a los monitores continuos de glucosa del formulario ni a los dispositivos de bomba de insulina cubiertos, que se consideran equipos médicos duraderos y están sujetos a autorización previa.

Suministros desechables: los suministros desechables para uso doméstico, como vendas, gasas, cinta, antisépticos, vendajes, vendas elásticas, pañales, protectores interiores y otros suministros para la incontinencia no están cubiertos.

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

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

Terapia génica, terapia celular y terapia génica basada en células: la mayoría de las terapias génicas, terapias celulares y terapias génicas basadas en células, incluidos los medicamentos recetados, los procedimientos o los servicios de atención médica relacionados con estas terapias, no están cubiertos. Molina cubre servicios limitados de terapia genética, terapia celular y terapia genética basada en células, de acuerdo con las políticas médicas de Molina y sujeto a autorización previa.

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

Servicios de infertilidad: aparte de los servicios de preservación de la fertilidad iatrogénica médicamente necesarios, Molina no cubre los servicios y suministros de infertilidad, incluida la inseminación y concepción por medios artificiales, como trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, en inglés), semen y óvulos (y servicios relacionados con su obtención y almacenamiento), fertilización in vitro (FIV) y transferencia intratubárica del cigoto (ZIFT, en inglés).

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

Artículos y servicios no relacionados con la atención médica: Molina no cubre servicios que no son servicios de atención médica, como los que se indican a continuación:

- Enseñanza de modales y protocolo.
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación como la planificación de actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas.
- Artículos y servicios que aumentan el conocimiento o las habilidades académicas, servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.

- Preparación académica o tutoría para habilidades como gramática, matemáticas y manejo del tiempo.
- Enseñar a los miembros cómo leer si tienen dislexia.
- Pruebas educativas.
- Enseñar arte, danza, equitación, música, juegos o natación, a menos que sea médicamente necesario para el tratamiento de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.
- Enseñar habilidades para conseguir empleo o con propósitos vocacionales.
- Formación profesional o enseñar habilidades profesionales.
- Cursos de crecimiento profesional.
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral.
- Exámenes relacionados con el desempeño laboral, deportivo (exámenes físicos para deportes) o recreativo.

Condomes masculinos: los condones masculinos no están cubiertos excepto aquellos en el formulario de servicios preventivos de salud femenina.

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

Nutrición oral: no está cubierta la nutrición oral para pacientes ambulatorios, como suplementos dietéticos o nutricionales, suplementos, suplementos a base de hierbas, ayudas para bajar de peso y alimentos. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos según la sección “Fenilcetonuria (PKU) y otros errores congénitos del metabolismo” de este Acuerdo.

Servicio de enfermería privado: habitualmente, no se cubren los servicios de enfermería proporcionados a un 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 enfermería especializada.
- Atención de relevo para pacientes internados cubierta en la sección “Servicios de cuidados paliativos”.
- Un centro con licencia que brinda servicios residenciales de crisis cubiertos por la sección de Servicios de salud mental (pacientes internados y ambulatorios).
- Una instalación autorizada que proporciona servicios de recuperación residencial de transición cubiertos por la sección Trastornos por consumo de sustancias (pacientes internados y ambulatorios).

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 EE. UU. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos en la sección Ensayos clínicos aprobados de este Acuerdo. Consulte la sección Apelaciones y quejas de este Acuerdo para obtener información sobre solicitudes denegadas de servicios experimentales o de investigación.

Servicios prestados fuera del área de servicio: excepto como se indica en este Acuerdo, 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, tampoco se cubre la atención médica de rutina, la atención médica preventiva, la atención primaria y los servicios para pacientes internados cuando se suministran fuera del área de servicio. 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 Servicios para Miembros.

Servicios prestados por personas sin licencia: no se cubren los servicios prestados 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 los servicios que se consideran médicamente necesarios para el tratamiento de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.

Servicios relacionados con un servicio no cubierto: cuando un servicio no está cubierto, todos los servicios relacionados con el servicio no cubierto no están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a los servicios que Molina cubriría de otro modo para tratar complicaciones del servicio no cubierto. Molina cubre todos los servicios de salud básicos médicamente necesarios por complicaciones de un servicio no cubierto.

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

Gestación subrogada: los servicios para cualquier persona en relación con un acuerdo de gestación subrogada, excepto los servicios cubiertos de otra manera proporcionados a una miembro que es una madre subrogada. Un “Acuerdo de gestación subrogada” es uno en el que una mujer (la madre subrogada) se compromete a quedar embarazada y a entregar al bebé (o bebés) a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño (o niños), independientemente de si la mujer recibe pago por ser la madre subrogada. Consulte “Subrogación para un acuerdo de gestación subrogada” en la sección “Avisos legales” de este Acuerdo para obtener información sobre las obligaciones que el miembro tiene con Molina en relación con un acuerdo de gestación subrogada, incluidas las obligaciones del miembro de reembolsar a Molina por cualquier servicio cubierto que Molina cubra y la obligación del miembro de proporcionar información a Molina sobre cualquier persona que pueda ser financieramente responsable de los servicios cubiertos que reciba el bebé (o los bebés).

Gastos de viaje y alojamiento: los gastos de viaje y alojamiento no están cubiertos. 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 Servicios para Miembros.

RECLAMOS

Presentar un reclamo: los miembros o proveedores deben presentar de inmediato a Molina los reclamos por los 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 proveedor debe presentar los reclamos a Molina dentro de los 365 días calendario posteriores a que haya ocurrido lo siguiente:

- Alta por servicios para pacientes internados o la fecha del servicio para pacientes ambulatorios.
- Se le ha proporcionado al proveedor el nombre y la dirección correctos de Molina.

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

Procesamiento de 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 acordado por escrito un cronograma de pago alternativo, Molina pagará al proveedor el servicio dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de un reclamo presentado con toda la documentación médica relevante y que cumpla con las pautas y requisitos de facturación de Molina. La fecha de recepción de un reclamo es la fecha en que Molina recibe el 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 a Servicios para Miembros. Los miembros también pueden llamar al consultorio de un proveedor o su grupo médico para obtener esta información.

Reembolso al miembro: 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 previamente 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.

Para los servicios médicos cubiertos, los miembros deben enviar esta información por correo a Servicios para Miembros de Molina a la dirección que figura en la primera página de este Acuerdo. El miembro tendrá que enviar a Molina una copia de la factura del proveedor o el centro por los servicios cubiertos, así como también una copia del recibo. También debe incluir el nombre y el número de póliza del miembro para el que presenta el reclamo.

Para los medicamentos recetados cubiertos, los miembros deben completar un formulario de reembolso que se encuentra en la sección de Formularios de MolinaMarketplace.com. Los miembros deben incluir una copia de la etiqueta de la receta y del recibo de la farmacia al enviar el formulario de solicitud a la dirección indicada en el formulario.

Después de que Molina reciba la solicitud de reembolso, Molina responderá al miembro dentro de los 30 días calendario. Si se acepta el reclamo, Molina enviará por correo un cheque al miembro para reembolsarlo. Si se rechaza el reclamo, Molina enviará al miembro una carta explicando por qué se rechazó el reclamo. 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 servicios de emergencia o excepciones enumeradas en la sección “Acceso a la atención” de este Acuerdo, el miembro solicita y obtiene servicios de atención médica de un proveedor o centro que no es un proveedor participante.

Si Molina no paga a un proveedor participante por 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 recibió una compensación por la lesión o enfermedad de parte del tercero, o de sus representantes. Molina tendrá derecho al pago, el reembolso y la subrogación (recuperación de beneficios pagados cuando otro seguro 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 después de que el miembro cobre los daños, ya sea por acción o ley, acuerdo o de otro modo. También deben cooperar plenamente con la ejecución por parte de Molina de sus derechos de gravamen por el valor razonable de los servicios proporcionados por Molina en la medida permitida por la ley estatal. El gravamen de Molina puede presentarse ante la persona cuyo acto causó las lesiones, su agente o el tribunal.

Indemnización de los trabajadores: Molina no proporcionará beneficios en virtud de este Acuerdo que dupliquen los beneficios a los que el miembro tiene derecho según cualquier ley de indemnización de los trabajadores aplicable. El miembro es responsable de todas las acciones necesarias para obtener el pago según las leyes de indemnización de trabajadores cuando se pueda esperar razonablemente el pago según el sistema de indemnización de los trabajadores. La falta de una acción apropiada y oportuna impedirá que Molina tenga la responsabilidad de proporcionar beneficios en la medida en que el pago podría haberse esperado razonablemente en virtud de las leyes de indemnización de los trabajadores. Si surge una disputa entre el miembro y la compañía de indemnización de los trabajadores, en cuanto a la capacidad del miembro para cobrar conforme a las leyes de indemnización de los trabajadores, Molina proveerá los beneficios descritos en este Acuerdo hasta la resolución de la disputa. Si Molina proporciona beneficios que duplican los beneficios a los que el miembro tiene derecho bajo la ley de indemnización de los trabajadores, 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 todos los procedimientos requeridos por el Marketplace para redeterminar la elegibilidad y la renovación garantizada de la inscripción cada año durante el período de inscripción abierta.

Cambios en las primas y los costos compartidos: cualquier cambio a este Acuerdo, incluidos, entre otros, cambios en las primas, los servicios cubiertos, el deducible, el copago, el

coseguro y los montos de OOPM, entra en vigencia después de 60 días de notificación a la dirección registrada del suscriptor en Molina.

Actos fuera 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 tendrá ninguna responsabilidad u obligación por demora o falta de prestación de servicios cubiertos si tal retraso o fracaso es el resultado de cualquiera de las circunstancias descritas anteriormente.

Exención: 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 brindar atención médica por motivos de afección médica preexistente, color, credo, edad, origen nacional, identificación de grupo étnico, religión, discapacidad, sexo u orientación sexual y/o identidad de género, o información genética.

Donación de órganos o tejidos: la Legislatura del estado ha pedido a Molina que les diga a los miembros que pueden convertirse en donantes de órganos o tejidos. Los avances médicos en la tecnología de trasplante de órganos han ayudado a muchos pacientes. Sin embargo, el número de órganos disponibles es mucho menor que el número de pacientes que necesitan un trasplante de órganos. Los miembros pueden optar por ser donantes de tejido de órganos; deben comunicarse con el Departamento de Vehículos Motorizados para obtener una tarjeta de donación de órganos.

Acuerdo vinculante para los miembros: Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios en virtud de este Acuerdo, todos los miembros legalmente capaces de contratar, y los representantes legales de todos los miembros incapaces de contratar, aceptan 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: excepto que lo prefiera la ley federal, este Acuerdo se regirá conforme a la ley estatal y cualquier disposición que la ley estatal o federal requiera que esté en este Acuerdo vinculará a Molina y a los miembros, ya sea que se establezca o no en este Acuerdo.

Falta de validez: si alguna disposición de este Acuerdo se considera ilegal, inválida o inaplicable en un procedimiento judicial, dicha disposición será eliminada y quedará inoperante, y el resto de este Acuerdo permanecerá operativo y en pleno vigor y efecto.

Avisos: cualquier notificación requerida por Molina en virtud de este Acuerdo se enviará a la dirección o registro más reciente del suscriptor. El suscriptor es responsable de informar cualquier cambio de dirección al Marketplace.

Subrogación para un acuerdo de gestación subrogada: si un miembro celebra un acuerdo de gestación subrogada y el miembro o cualquier otro beneficiario tiene derecho a recibir pagos u otra compensación en virtud del acuerdo de gestación subrogada, el miembro debe reembolsar a Molina por los servicios cubiertos que recibe el miembro relacionados con la concepción, el embarazo, el parto o la atención posparto en relación con ese acuerdo (“Servicios médicos de gestación subrogada”) en la medida máxima permitida por la Sección 3040 del Código Civil de California. Un “Acuerdo de gestación subrogada” es aquel en el que una mujer se compromete a quedar embarazada y a entregar el bebé (o los bebés) a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño (o hijos), ya sea que la mujer reciba o no el pago por ser una madre subrogada. Nota: esta sección “Acuerdos de gestación subrogada” no afecta la obligación de la miembro ni el pago del copago o coseguro de la miembro por estos servicios cubiertos. Después de que la miembro entrega un bebé a los padres legales, no está obligada a reembolsar ningún servicio cubierto que reciba el bebé (los padres legales son financieramente responsables de cualquier servicio cubierto que reciba el bebé).

Al aceptar los servicios médicos de gestación subrogada, la miembro asigna automáticamente a Molina su derecho a recibir pagos pagaderos a la miembro o a cualquier otro beneficiario según el acuerdo de gestación subrogada, independientemente de si esos pagos se caracterizan como gastos médicos. Para garantizar los derechos de Molina, Molina también tendrá un gravamen sobre esos pagos y sobre cualquier cuenta de depósito en garantía, fideicomiso o cualquier otra cuenta que contenga esos pagos. Esos pagos (y los montos en cualquier cuenta de depósito en garantía, fideicomiso u otra cuenta que contenga esos pagos) se aplicarán primero para satisfacer el gravamen de Molina. La cesión y el gravamen de Molina no excederán el monto total de la obligación del miembro hacia Molina según el párrafo anterior.

Dentro de los 30 días posteriores a la celebración de un acuerdo de gestación subrogada, el miembro debe enviar una notificación por escrito del acuerdo, que incluya toda la siguiente información:

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

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

El miembro debe completar y enviar a Molina todos los formularios de consentimiento, exenciones, autorizaciones, gravamen y otros documentos que sean razonablemente necesarios para que Molina determine la existencia de cualquier derecho que Molina pueda tener en virtud de esta sección de “Acuerdos de gestación subrogada” y para satisfacer esos derechos. El miembro no puede aceptar renunciar, eximir o reducir los derechos de Molina conforme a esta sección “Acuerdos de gestación subrogada” sin el consentimiento previo por escrito de Molina.

Si el patrimonio, padre, tutor o curador del miembro presenta un reclamo contra un tercero basado en el acuerdo de gestación subrogada, el patrimonio, padre, tutor o curador del miembro estará sujeto a los gravámenes y otros derechos de Molina en la misma medida que si

el miembro hubiera hecho valer la demanda contra el tercero. Molina puede ceder los derechos de Molina para hacer cumplir los gravámenes y otros derechos de Molina.

Si el miembro tiene preguntas sobre sus obligaciones según esta disposición, comuníquese con Servicios para Miembros.

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 sus miembros recompensas u otros beneficios por participar en determinadas actividades y programas de salud. Las recompensas y beneficios del programa disponibles para los miembros pueden incluir créditos premium u otros beneficios como tarjetas de regalo.

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

Materiales de educación para la salud: Molina proporciona materiales fáciles de leer sobre temas como nutrición, pautas de servicios preventivos, manejo del estrés, ejercicio, control 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 (DPP, en inglés) 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.

Al programa lo dirigen entrenadores capacitados que ayudan a los miembros a cambiar ciertos aspectos de su estilo de vida. Mostrarán a los miembros cómo comer de manera más saludable, reducir el estrés y realizar más actividad física. El programa también incluye apoyo grupal de otras personas 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 habilidades y crear confianza lleva tiempo. A medida que un miembro comience a comer mejor y se vuelva más activo, notará cambios. Los cambios pueden estar en cómo se siente el miembro o incluso en cómo se ve. El personal del DPP trabajará con los miembros para ver si están listos para inscribirse en el programa.

Para poder participar del 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 de análisis de sangre en el rango de prediabetes en los últimos 12 meses; O haber tenido diagnóstico de diabetes gestacional en el pasado (ahora no está embarazada).

Para acceder al Programa de Prevención de la Diabetes de Molina, los miembros pueden visitar a su proveedor o llamar a Servicios para Miembros.

ARBITRAJE VINCULANTE: ACUERDO PARA RESOLVER TODAS LAS CONTROVERSIAS, INCLUIDOS RECLAMOS FUTUROS POR NEGLIGENCIA MEDIANTE ARBITRAJE VINCULANTE

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

Todas y cada una de las disputas de cualquier tipo, incluidos, entre otros, reclamos relacionados con la cobertura y prestación de servicios de este producto, que pueden incluir, entre otros, reclamos por negligencia (p. ej., en caso de que surja cualquier disputa o controversia a raíz del diagnóstico, tratamiento o atención del paciente por parte del proveedor de atención médica) o reclamos de que los servicios médicos prestados bajo el producto fueron innecesarios o no autorizados o fueron prestados de manera inadecuada, negligente o incompetente, entre el miembro (incluido cualquier heredero, sucesor o cesionarios del miembro) y Molina, o cualquiera de sus matrices, subsidiarias, afiliadas, sucesores o cesionarios se someterán a arbitraje vinculante de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables, incluida la Ley Federal de Arbitraje, 9 USC Secciones 1-16, Código de Procedimiento Civil de California, secciones 1280 y siguientes y la Ley de Atención Médica Asequible. Cualquier disputa de este tipo no será resuelta por una demanda, proceso judicial, ni estará sujeta a apelación, excepto según lo dispuesto por la ley aplicable. Cualquier arbitraje bajo esta disposición se llevará a cabo de manera individual; no se permiten arbitrajes de clase y acciones de clase.

El miembro y Molina acuerdan que, al celebrar el acuerdo para inscribir al miembro en este producto, el miembro y Molina renuncian al derecho a un juicio con jurado o a participar en una demanda colectiva. El miembro y Molina renuncian a sus derechos constitucionales de que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso de un arbitraje final y vinculante de acuerdo con las Reglas y Procedimientos Integrales de JAMS y la administración del arbitraje será realizado por JAMS o cualquier otro servicio de arbitraje que las partes puedan acordar 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 llegar a un acuerdo mutuo sobre el nombramiento del árbitro, pero si dicho acuerdo no se puede llegar dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que se recibe la notificación de inicio del arbitraje, se aplicarán los procedimientos de nombramiento de árbitro de las Normas y Procedimientos Integrales de JAMS. El árbitro celebrará una audiencia dentro de un plazo razonable a partir de la fecha de notificación de la selección del árbitro neutral.

Las audiencias de arbitraje se llevarán a cabo en el condado en el cual el miembro vive o en cualquier otro lugar en el que las partes puedan llegar a un contrato por escrito. El descubrimiento civil puede ser tomado en tal arbitraje de acuerdo con las secciones 1280-1294.2 del Código de procedimiento Civil de California. El árbitro seleccionado tendrá el poder de controlar el momento, el alcance y la manera de tomar el descubrimiento y tendrá además los mismos poderes para hacer cumplir los deberes respectivos de las partes con respecto al descubrimiento, como lo haría un tribunal de derecho del estado de California, incluido, 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 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, incluidos, entre otros, a aquellos que buscan daños, estará sujeto a arbitraje vinculante como se estipula en el presente documento.

Las partes dividirán por igual los costos y gastos de JAMS y del árbitro. En casos de dificultades extremas, Molina puede asumir, en forma total o parcial, la parte del miembro de los honorarios y gastos de JAMS y el árbitro, siempre que el miembro presente una solicitud por dificultad extrema a JAMS. La solicitud por dificultad extrema se realizará conforme lo requiera JAMS y con la información y documentación que necesite. JAMS (y no la persona imparcial asignada para escuchar el caso) determinarán si se debe conceder la solicitud por dificultad extrema al 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

Reclamación o queja: Una reclamación es una queja. Una queja es una expresión escrita u oral de insatisfacción que un miembro tiene con Molina o cualquier proveedor participante, incluidas inquietudes sobre la calidad de la atención, e incluirá una queja, disputa, solicitud de consideración o apelación realizada por un miembro o su representante. Por ejemplo, un miembro puede no estar satisfecho con el horario de disponibilidad de un médico. Las cuestiones relacionadas con la denegación de servicios de atención médica son apelaciones y deben presentarse ante Molina o el Departamento de Atención Médica Administrada del Estado de California de la manera que se describe a continuación.

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

El representante del plan de Molina con quien se puede contactar acerca de la queja se llama “Coordinador de apelaciones y quejas” y se puede contactar de la siguiente manera:

- Por teléfono al número de Servicios para Miembros de Molina que figura en la página 2 de este Acuerdo.
- Por escrito, por correo o en línea en la siguiente dirección:
Attn: CA Appeals and Grievance Coordinator
Molina Healthcare, Inc.
200 Oceangate Dr., Suite 100

Long Beach, CA 90802

- MolinaMarketplace.com
- Por correo electrónico a: MHCMiembroGandA@Molinahealthcare.com
- Por fax al 1 (562) 499-0757

Los miembros también pueden llamar gratuitamente al Departamento de Atención Médica Administrada del Estado de California (DHMC, en inglés) al 1 (888) 466-2219.

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

Los miembros pueden presentar una queja (también llamada reclamación) en persona, por escrito o por teléfono como se describe anteriormente.

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

Si un miembro no está satisfecho con la respuesta de Molina a una queja, es posible que pueda presentar una apelación ante Molina si se recibe y puede procesarse dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción inicial de la queja. Molina enviará una carta acusando recibo de la apelación dentro de los 5 días calendario. Todos los niveles de los procedimientos de apelaciones y quejas de Molina se completarán dentro de 30 días calendario.

Los miembros deben presentar una queja dentro de los 180 días calendario a partir del día en que ocurrió el incidente o acción que causó que el miembro no estuviera satisfecho.

La cobertura de un miembro permanecerá vigente en espera del resultado de la apelación interna.

Revisión acelerada: si una queja implica una amenaza grave e inminente para la salud de un miembro, Molina revisará rápidamente la queja. Algunos ejemplos de amenazas inminentes y serias incluyen, entre otros, dolor grave, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función corporal importante. Se informará inmediatamente al miembro sobre su derecho a comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada. Molina emitirá una respuesta formal a más tardar 3 días calendario después del contacto inicial del miembro con Molina. El miembro también puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de inmediato y no está obligado a participar en el proceso de quejas de Molina.

Revisión de excepciones externas no incluidas en el formulario: si un miembro no está de acuerdo con la denegación de una solicitud de excepción de “medicamento que no está en el formulario” o terapia escalonada, el miembro, el representante del miembro o el proveedor del miembro pueden presentar una queja solicitando una revisión externa de la excepción. 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 los siguientes plazos:

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

Departamento de Atención Médica Administrada:

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de reglamentar los planes de servicio de atención médica. 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 quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de reclamos formales no prohíbe el ejercicio de ningún derecho ni recurso legal potencial que pueda estar a su disposición. Si usted necesita ayuda con 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 (IMR, en inglés). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para los tratamientos que son por naturaleza experimentales o de investigación y litigios por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para personas con discapacidad auditiva y del habla. El sitio web del departamento www.dmhc.ca.gov tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

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

El proceso de IMR se suma a cualquier otro procedimiento o recurso que pueda estar disponible para los miembros. Los miembros no pagan tarifas de solicitud o procesamiento de ningún tipo para la IMR. Los miembros tienen derecho a brindar información que respalde la solicitud de una IMR. Molina entregará a los miembros un formulario de solicitud de IMR con cualquier carta de disposición que niegue, modifique o retrase los servicios de atención médica. La decisión de no participar en el proceso de IMR puede hacer que un miembro pierda cualquier derecho legal de emprender acciones legales contra Molina con respecto al servicio de atención médica en disputa.

Elegibilidad para IMR: el DMHC revisará la solicitud de un miembro para una IMR para confirmar lo siguiente:

1. O bien:
 - A. El proveedor del miembro ha recomendado un servicio de atención médica como médicamente necesario, o
 - B. El miembro ha recibido atención de urgencia o servicios de emergencia que un proveedor determinó que son médicamente necesarios, o
 - C. El miembro ha sido atendido por un proveedor participante para el diagnóstico o tratamiento de la afección médica por la cual el miembro busca revisión médica.
2. Molina o uno de sus proveedores participantes ha negado, modificado o retrasado el servicio de atención médica en disputa, basándose total o parcialmente en una decisión de que el servicio de atención médica no es médicamente necesario.

3. El miembro presentó una queja ante Molina o su proveedor participante y la decisión en disputa se confirma, o la queja sigue sin resolverse después de 30 días calendario. El miembro no está obligado a esperar una respuesta de Molina por más de 30 días calendario.

Si una queja requiere una revisión acelerada, el miembro puede presentarla inmediatamente ante el DMHC. El miembro no está obligado a esperar una respuesta de Molina por más de 3 días calendario. El DMHC puede renunciar al requisito de que los miembros sigan el proceso de quejas de Molina en casos extraordinarios y apremiantes.

Si un caso es elegible para IMR, la disputa se presentará a un médico especialista que tomará una determinación independiente sobre si la atención es médicamente necesaria o no. El miembro recibirá copia de la valoración realizada en el caso. Si la IMR determina que el servicio es médicamente necesario, Molina brindará el servicio de atención médica.

Para casos no urgentes, la organización de IMR designada por el DMHC debe proporcionar su determinación dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud del miembro y los documentos de respaldo. Para casos urgentes que impliquen una amenaza inminente y grave a la salud de un miembro, incluidos, entre otros, dolores graves, la posible pérdida de la vida, una extremidad o una función corporal importante, o el deterioro inmediato y grave de la salud del miembro, la organización IMR deberá proporcionar su determinación en el plazo de 3 días naturales.

Para obtener más información sobre el proceso de IMR o para solicitar un formulario de solicitud, llame a Servicios para Miembros de Molina.

Revisión médica independiente para denegaciones de terapias experimentales/de investigación: los miembros también pueden tener derecho a una revisión médica independiente de la decisión de Molina de negar la cobertura de un tratamiento que Molina haya determinado que es experimental o de investigación.

- El tratamiento debe ser para una condición potencialmente mortal o seriamente debilitante.
- Molina notificará al miembro por escrito sobre la oportunidad de solicitar una revisión médica independiente de una decisión que deniegue una terapia experimental/de investigación dentro de los 5 días hábiles posteriores a la decisión de denegar la cobertura.
- No se requiere que un miembro participe en el proceso de queja de Molina antes de solicitar una revisión médica independiente de la decisión de Molina de negar la cobertura de una terapia experimental o de investigación.
- La revisión médica independiente se completará dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción por parte del Departamento de Atención Médica Administrada de la solicitud y la documentación de respaldo del miembro. Si el médico de un miembro determina que la terapia propuesta sería significativamente menos efectiva si no se inicia de inmediato, la decisión de la revisión médica independiente se emitirá dentro de los 7 días calendario posteriores a la solicitud completa de 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, ascendencia, edad, discapacidad o sexo.

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

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

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

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

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

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

También puede enviar su queja 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. Los formularios de queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

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

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

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

8/2023 – Global
9784770CORP0218.1

Quejas: el procedimiento de quejas está disponible en la sección del Acuerdo titulada “Reclamos y apelaciones”. Consulte esa sección para saber cómo presentar una queja e incluya el nombre del representante del plan y el número de teléfono, dirección y dirección de correo electrónico del representante del plan a quien se puede contactar acerca de la queja, y cómo presentar la queja al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC, en inglés) para su revisión después de completar el proceso de queja o participar en el proceso por al menos 30 días.

ВНИМАНИЕ: Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните в службу поддержки. Номер указан на обратной стороне вашей идентификационной карты. (Телетайп: 711).

Таже доступны вспомогательные средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Эти услуги бесплатны. (Ruso)

ATTENTION: Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika tumawag sa Member Services na matatagpuan sa likod ng iyong ID card. (TTY: 711). Ang mga serbisyonang ito ay libre. (Tagalog)

ความสนใจ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณโทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก หมายเลขจะอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวสมาชิกของคุณ (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมีบริการช่วยเหลือสำหรับคนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และสิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย (Tailandés)

УВАГА: Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте до служби підтримки. Номер вказано на зворотному боці посвідчення учасника. (ЛТАЙП: 711).

Також доступні допоміжні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, такі як документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Ці послуги безкоштовні. (Ucraniano)

CHÚ Ý: Nếu bạn cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên. Số này nằm ở mặt sau thẻ ID Hội viên của bạn. (TTY: 711). Hỗ trợ và dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nhỏ và chữ in lớn, cũng có sẵn. Các dịch vụ này là miễn phí. (Vietnamita)

ANEXO PARA SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS 2024

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.

“Afección médica de emergencia” se refiere a una afección médica que incluye dolor grave o sangrado asociado con problemas dentales, o afecciones dentales imprevistas que, si no se diagnostican y tratan inmediatamente, pueden llevar a una discapacidad, disfunción o muerte que se manifiesten por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor grave) de tal manera que se podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata dé 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 CDN o el proveedor.

“Limitación” significa cualquier servicio que no sea una exclusión que restrinja la cobertura bajo este plan.

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

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

“Desembolso máximo anual” (también conocido como “OOPM”): significa lo 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 coseguro, la CDN paga el 100 % de los costos de los beneficios de salud dental esenciales cubiertos para miembros pediátricos (niños hasta 19 años). Los montos que el suscriptor o sus dependientes pagan por servicios no cubiertos por este plan no cuentan para el OOPM. El Programa de Beneficios puede incluir un monto de OOPM para cada individuo inscrito y un monto de OOPM separado para toda la familia cuando hay dos o más miembros inscritos. Cuando dos o más miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo: 1) el OOPM individual se alcanzará, con respecto al suscriptor o un dependiente, cuando esa persona cumpla con el monto del OOPM individual; o 2) los OOPM familiares se alcanzarán cuando el costo compartido de la familia de un miembro se suma al monto de los OOPM familiares. Una vez que el costo compartido total para el suscriptor o un dependiente se suma al monto de OOPM individual, la CDN pagará el 100 % de los costos de los beneficios de salud dentales esenciales cubiertos para miembros pediátricos (niños hasta 19 años) durante el resto del año del plan para el afiliado pediátrico. Una vez que el costo compartido para dos o más familiares de miembros se suma al monto de OOPM familiar, la CDN pagará el 100 % de los costos de los beneficios de salud dental esenciales cubiertos para miembros pediátricos (niños hasta 19 años) durante el resto del año del plan para el miembro y cada miembro pediátrico (niños hasta 19 años) de su familia.

“Proveedor dental participante” significa un dentista que tiene un contrato con la CDN para tratar a nuestros miembros asegurados.

“Beneficios esenciales para la salud pediátrica” son uno de los diez beneficios esenciales para la salud requeridos bajo la Ley de Atención Médica Asequible (ACA, en inglés). Los beneficios pediátricos esenciales para la salud cubren la atención y servicios dentales como limpiezas, radiografías y rellenos para personas de hasta 19 años.

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

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

¿CÓMO USO MIS BENEFICIOS?

Además de su EOC de Molina Healthcare of California, usted recibirá una carta de la Red Dental de California (CDN, en inglés) con el número de teléfono y la dirección del consultorio de su dentista.

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 DETALLA LOS GRUPOS DE PROVEEDORES QUE PUEDEN PROPORCIONARLE ATENCIÓN DENTAL.

Usted puede seleccionar a cualquier proveedor dental participante de la CDN para recibir atención dental. Usted puede cambiar a su dentista primario en cualquier momento. Comuníquese con el Departamento de Servicio de Atención al Cliente Dental al 1-855-424-8106 para cambiar a su dentista primario. Cualquier solicitud recibida antes del 20 de cada mes entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Cualquier solicitud recibida después del 20 del mes entra en vigencia el primer día del siguiente mes calendario. Es posible que necesitemos 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 están abiertos el sábado. Consulte el directorio de su proveedor para obtener más información sobre los horarios del consultorio 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 al 1-855-424-8106 para recibir autorización para servicios fuera de la red. Usted podrá seleccionar un proveedor de su elección en el área inmediata. Se dará autorización para el examen y las radiografías; todo el tratamiento debe ser sometido para su aprobación.

¿Cómo puedo obtener servicios de emergencia?

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

En el caso de una emergencia después del horario de atención y si su proveedor dental seleccionado no está disponible, usted puede obtener servicio de emergencia o urgente de cualquier dentista autorizado. Usted sólo tiene que enviar a la CDN, en la dirección indicada en este documento, la factura en la que incurrió 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 urgente sin la aprobación del padre cubierto; en tal caso el padre no cubierto será reembolsado. Tras la verificación de la indisponibilidad de su proveedor, la CDN le reembolsará el costo de los servicios de emergencia o de urgencia, menos cualquier copago aplicable.

Se recomienda a los afiliados que utilicen adecuadamente el sistema de respuesta de emergencia "911", en áreas donde el sistema está establecido y en funcionamiento, cuando usted tiene una afección médica de emergencia que requiere una respuesta de emergencia.

¿Qué hago si estoy fuera del área?

Usted tiene cobertura para atención dental urgente y de emergencia. Si usted está lejos de su proveedor participante asignado, usted puede contactar a la CDN para ser derivado a otro dentista contratado que pueda tratar su afección urgente o de emergencia. Si usted está fuera del área, es después del horario comercial normal de la CDN, o no puede contactar a la CDN para redirigirle a otro dentista contratado, póngase en contacto con cualquier dentista autorizado para recibir atención de emergencia o urgente. Debe presentar 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 atención 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 afección médica de emergencia y cubre sólo los servicios dentales necesarios para aliviar los síntomas de tales afecciones. La atención urgente es el tratamiento requerido dentro de 24 a 72 horas, y son servicios necesarios para prevenir el grave deterioro de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista para la cual el tratamiento no se puede retrasar. El plan proporciona cobertura para servicios dentales urgentes o de emergencia sólo si se requieren los servicios para aliviar síntomas como dolor o sangrado graves, o si un miembro cree razonablemente que la afección, si no se diagnostica o se trata, puede llevar a una discapacidad, deterioro o disfunción. El beneficio cubierto es el alivio de los síntomas agudos solamente, (por ejemplo: dolor grave o sangrado) y no incluye la restauración completa.

Para ver a un especialista

Si su dentista principal decide que necesita los servicios de un especialista, solicitará autorización previa para una derivación a un especialista en 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 en la CDN asignada. Las solicitudes de autorización previa de rutina se procesarán en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por la CDN para tomar la determinación. Si se requiere una derivación de emergencia, su dentista primario se pondrá en contacto con la CDN y se harán arreglos inmediatos para el tratamiento especial. Las derivaciones de emergencia se procesan dentro de setenta y dos (72) horas a partir de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por la CDN para hacer la determinación. A su dentista primario se le informará de la

decisión de la CDN en un plazo de 24 horas a partir de la determinación. Tanto el proveedor general como el paciente recibirán una notificación por escrito de aprobación o denegación.

Si tiene preguntas sobre cómo se aprueba un determinado servicio, llame gratis a la CDN al 1-855-424-8106. Si es sordo o tiene problemas de audición, marque 711 para comunicarse con el Servicio de Retransmisión de California. Estaremos encantados de enviarle una explicación general de cómo se toma ese tipo de decisión o enviarle una explicación general del proceso de aprobación general si lo solicita.

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

RESPONSABILIDAD DEL MIEMBRO POR EL PAGO

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

En caso de que la CDN no pague a los dentistas participantes que no sean contratados, el miembro podrá ser responsable ante el dentista participante que no sea contratado por los costos de los servicios prestados.

Los miembros serán responsables de todos los cargos complementarios, 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 póliza que ofrezca cobertura, beneficios o servicios (plan) que sean beneficios cubiertos bajo este plan dental, entonces los beneficios de este plan se coordinarán con el otro plan de acuerdo con las reglamentaciones sobre "Coordinación de beneficios". El diseño de beneficios estándar de Covered California requiere que el pagador de beneficios dentales primario sea un plan de salud comprado a través de Covered California que incluye beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica. Cualquier plan dental independiente que ofrezca el beneficio de salud dental esencial pediátrico, ya sea como un beneficio separado o combinado con un beneficio dental familiar, cubre los beneficios como un pagador secundario del plan de beneficios dentales. El pagador principal de beneficios dentales es este plan de salud comprado a través de Covered California e incluye beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica.

Se puede obtener una copia de las normas de coordinación de beneficios de la CDN. El plan o sus proveedores tratantes se reservan el derecho de recuperar el costo o valor, según lo establecido en la Sección 3040 del Código Civil, de los servicios cubiertos proporcionados a un miembro que resultaron o fueron causados por terceros que posteriormente se determinan como responsables del daño al miembro.

POLÍTICA DE SEGUNDA OPINIÓN

Es la política de la CDN que una segunda opinión obtenida de un proveedor de panel participante sea un beneficio cubierto. El beneficio cubierto necesitará una aprobación del plan. Se alienta una segunda opinión como componente positivo de la calidad de la atención.

Práctica general segunda opinión

Una solicitud de 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 segundo proveedor de opinión. Si el miembro opta por no aceptar a uno de los proveedores contratados y desea salir de la red, no es un beneficio cubierto. El proveedor de elección será notificado por el plan de la necesidad del miembro de un segundo dictamen y del copago aplicable. El miembro será responsable de obtener una cita del segundo proveedor de opinión.

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

Los proveedores contratantes han acordado en su contrato participar en las actividades de garantía de calidad del plan. La presentación de una segunda opinión se considera parte de las actividades de garantía de calidad del plan, por lo que todos los proveedores contratantes acuerdan lo siguiente:

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

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

Segunda opinión de un especialista

Los procedimientos de especialidad incorporados en un plan de tratamiento pueden requerir una segunda opinión especial. Se tratarían de la misma manera que una segunda opinión de la práctica general con las mismas pautas.

Segunda opinión de ortodoncia

En el caso de una segunda opinión en materia de ortodoncia, se procesará de la misma manera que un caso general, excepto que 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 descritos, la solicitud será enviada al director dental para su consideración.

Denegaciones

Situaciones en las que se puede negar una segunda opinión:

- El miembro no es elegible o el plan ha sido cancelado.
- 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 está en curso y el paciente no está cumpliendo los acuerdos financieros, las citas, el seguimiento, la atención en el hogar, etc.

Segunda opinión de emergencia

Cuando la afección de un miembro sea tal que el miembro se enfrente a una amenaza inminente y grave para su salud (incluida, entre otras, posible pérdida de la vida, una extremidad 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 rescindido a un afiliado que esté recibiendo un tratamiento de un dentista participante rescindido por una afección aguda o una afección crónica grave. En el caso de que el inscrito y el dentista participante rescindido reúnan los requisitos, el plan proporcionará los servicios dentales en forma oportuna y adecuada hasta 90 días o más si es necesario, para obtener una derivación segura a otro dentista participante según lo determinado por el plan en consulta con el dentista participante rescindido, de conformidad con una buena práctica profesional.

El pago de copagos, deducibles u otros componentes de costos compartidos por parte del afiliado durante el período de continuación de la atención con un dentista participante rescindido será el mismo copago, deducible u otro componente costos compartidos que serían pagados por el afiliado cuando reciba atención de un dentista participante contratado o empleado actualmente 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 es renovado 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 grupo de dentistas participantes contratado.

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

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

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

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

ACCESO OPORTUNO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN E INTÉRPRETE

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

Los servicios de interpretación están disponibles para los miembros en todos los puntos de contacto, incluso cuando un miembro está acompañado por un familiar o amigo que puede brindar servicios de interpretación, sin costo para el miembro. Para concertar servicios de interpretación en su cita dental u otro punto de contacto, comuníquese con el departamento de servicios para miembros de la CDN.

DIVULGACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Todos los registros médicos y personales (incluida cualquier información personal o privilegiada, registros médicos, historiales de pacientes, etc.) permanecerán confidenciales. La CDN podrá revisar dicha información confidencial según lo requiera su personal y el Comité de Garantía de Calidad.

Dicha información también puede estar disponible para el Departamento de Atención Médica Administrada, la Junta Dental y los representantes legales de la CDN u otras agencias según lo exige la ley.

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

Se requiere que el paciente firme el consentimiento por escrito para la divulgación de información y registros del paciente, junto con la tarifa correspondiente, según lo permite la ley, antes de que se divulgue cualquier registro. La CDN responderá a dicha solicitud dentro de los 30 días posteriores a la recepción de los formularios y tarifas correspondientes.

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

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

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

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

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

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

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

La política de confidencialidad de la CDN está disponible para que la revisen todos los miembros del plan que la soliciten.

Un miembro del plan puede solicitar que se añada un anexo de 250 o menos palabras a sus registros médicos, de conformidad con la ley estatal. Esta solicitud debe hacerse directamente al dentista participante que tiene la custodia de los registros. Si el dentista participante niega al miembro la solicitud de agregar un anexo, el miembro debe comunicarse con la CDN para obtener ayuda.

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA CDN PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS ESTÁ DISPONIBLE Y SE LE PROPORCIONARÁ A USTED SI LA SOLICITA.

TELEODONTOLOGÍA

Este plan incluye cobertura para servicios dentales brindados adecuadamente a través de servicios de teleodontología. En general, la teleodontología se puede utilizar para realizar diagnósticos básicos, clasificar emergencias y responder preguntas sobre cuidado bucal. Durante una visita virtual, su dentista podría determinar que necesita ser atendido ahora para recibir atención de emergencia o decidir que puede

esperar hasta que se reanuden las citas regulares en el consultorio. Los servicios están cubiertos sobre la misma base y en la misma medida que está cubierto el mismo servicio mediante diagnóstico, consulta o tratamiento en persona. La cobertura no se limita únicamente a los servicios prestados por proveedores de telesalud corporativos externos seleccionados.

BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Los beneficios dentales esenciales para la salud pediátrica se exponen en la lista adjunta de procedimientos cubiertos y están sujetos al costo de miembro aplicable (copago) en la lista, cuando los proporciona un proveedor dental participante de la CDN y están sujetos a las exclusiones y limitaciones que figuran en el presente documento. Los copagos/costos compartidos de los miembros pagados por los beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica se acumulan para el deducible y el máximo anual de su bolsillo, según corresponda.

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

Las actualizaciones de acumulación se enviarán por correo a los inscritos, a menos que el inscrito haya optado por no recibir notificaciones por correo y haya elegido recibir la actualización de acumulación electrónicamente, o a menos que el inscrito haya optado previamente por no recibir notificaciones por correo.

- Los afiliados que hayan optado por no recibir notificaciones por correo pueden optar por volver a recibirlas en cualquier momento.
- Las actualizaciones de acumulación pueden incluirse con evidencia de declaraciones de beneficios.

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

o por teléfono al:
(949) 830-1600: Número gratuito (877) 425-4164

Los beneficios dentales esenciales para la salud pediátrica se aplican a los miembros de hasta 19 años de edad. Los copagos/costos compartidos de los miembros pagados por los beneficios de salud esenciales para la odontología pediátrica se acumulan para el deducible y el máximo anual de su bolsillo, según corresponda. Los miembros deben conservar los recibos de todos los trabajos dentales para mostrar los costos de su bolsillo.

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

Beneficios y límites para los servicios de diagnóstico:

- Evaluación oral periódica (D0120): una vez cada seis meses, por proveedor.
- Evaluación oral limitada, centrada en el problema (D0140): una vez por paciente por proveedor.
- Evaluación oral integral (D0150): una vez por paciente por proveedor para la evaluación inicial.
- Evaluación oral detallada y extensa (D0160): centrada en el problema, por informe, una vez por paciente por proveedor.
- Reevaluación, limitada, centrada en el problema (visita no postoperatoria) (D0170): un beneficio para el cuidado sintomático continuo de la disfunción de la articulación temporomandibular; hasta seis veces en un período de tres meses, hasta un máximo de 12 en un período de 12 meses.
- Radiografías (rayos X), series integrales intraorales (incluidas las alas de mordida) (D0210): una vez por proveedor cada 36 meses.
- Radiografías (rayos X), intraoral, primera película periapical (D0220): un beneficio para un máximo de 20 periapicales en un período de 12 meses por el mismo proveedor, en cualquier combinación de lo siguiente: primera imagen radiográfica intraoral-periapical (D0220) e intraoral-periapical cada imagen radiográfica adicional (D0230).
- Radiografías (rayos X), intraorales, periapicales cada película adicional (D0230): un beneficio para un máximo de 20 periapicales en un período de 12 meses para el mismo proveedor, en cualquier combinación de lo siguiente: primera imagen radiográfica intraoral- periapical (D0220) e intraoral- periapical cada imagen radiográfica adicional (D0230).
- Radiografías (rayos X), intraoral, película oclusal (D0240): un beneficio de hasta un máximo de dos en un período de seis meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X), Extraorales (D0250): un beneficio una vez por fecha de servicio.
- Radiografías (rayos X), mordida, película simple (D0270): un beneficio una vez por fecha de servicio.
- Radiografías (rayos X), mordeduras, dos películas (D0272): un beneficio una vez cada seis meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X), mordeduras, cuatro películas (D0274): un beneficio una vez cada seis meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X), artrograma de la articulación temporomandibular, incluida la inyección (D0320): un beneficio para la encuesta de trauma o patología; para un máximo de tres por fecha de servicio.
- Radiografías, estudio Tomográfico (D0322): un beneficio dos veces en un período de 12 meses por proveedor.
- Radiografías (rayos X) película panorámica (D0330): un beneficio una vez en un período de 36 meses por proveedor, excepto cuando se documenta como esencial para un examen de seguimiento/ postoperatorio (como después de la cirugía oral).
- Radiografías (rayos X), imagen radiográfica cefalométrica (D0340): un beneficio dos veces en un período de 12 meses por proveedor.
- Imagen fotográfica oral/facial 2D obtenida intraoral o extraoralmente (D0350): un beneficio hasta un máximo de cuatro por fecha de servicio.
- Moldes de diagnóstico (D0470): un beneficio una vez por proveedor a menos que se documenten circunstancias especiales (tales como trauma o patología que ha afectado el curso del tratamiento ortodóncico, para pacientes menores de 21 años, para dentición permanente, a menos que tengan más de 13 años con dientes primarios todavía presentes o tengan un paladar hendido o anomalía craneofacial).

Beneficios y límites para los servicios preventivos:

- Profilaxis infantil (D1120): un beneficio una vez en un período de seis meses para pacientes menores de 21 años.
- Barniz de fluoruro tópico (D1206): un beneficio una vez en un período de seis meses para pacientes menores de 21 años. Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica del fluoruro (D1208). Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica del fluoruro (D1208).
- Aplicación tópica de fluoruro (D1208): un beneficio una vez en un período de seis meses para pacientes menores de 21 años. Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de barniz de flúor (D1206). Las limitaciones de frecuencia se aplicarán a la aplicación tópica de barniz de flúor (D1206).
- Sellador, por diente (D1351): un beneficio, para los molares permanentes primero, segundo y tercero que ocupan la segunda posición molar; sólo en las superficies oclusales que están libres de caries y/o restauraciones; para pacientes menores de 21 años; una vez por diente cada 36 meses por proveedor independientemente de las superficies selladas.
- Restauración de resina preventiva en un paciente con riesgo de caries moderado a alto, diente permanente (D1352): un beneficio para los molares permanentes primero, segundo y tercero que ocupan la segunda posición molar; sólo para una lesión cavitaria activa en un foso o fisura que no cruza el DEJ; para pacientes menores de 21 años; una vez por diente cada 36 meses por proveedor independientemente de las superficies selladas.
- Mantenedor de espacio, fijo, unilateral (D1510): un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes menores de 18 años; sólo para mantener el espacio para un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, maxilar (D1516): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular (D1517): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación. Mantenedor de espacio, extraíble, unilateral (D1520): un beneficio una vez por cuadrante por paciente; para pacientes menores de 18 años; sólo para mantener el espacio para un solo diente. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; o para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Mantenedor de espacio, extraíble, bilateral, maxilar (D1526): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los

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

- Mantenedor de espacio, removible, bilateral, mandibular (D1527): un beneficio una vez por arco cuando falta un molar primario en ambos cuadrantes o cuando faltan dos molares primarios en el mismo cuadrante; para pacientes menores de 18 años. No es un beneficio cuando el diente permanente está cerca de la erupción o falta; para los dientes anteriores superiores e inferiores; para los aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación.
- Recementar o volver a unir el mantenedor de espacio bilateral-maxilar (D1551): un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años.
- Recementar o volver a unir el mantenedor de espacio bilateral mandibular (D1552): un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años.
- Volver a cementar o adherir mantenedores de espacio unilaterales por cuadrante (D1553): un beneficio una vez por proveedor, por cuadrante o arco aplicable; para pacientes menores de 18 años. Beneficios y límites para los servicios restaurativos:
- Dientes primarios, restauraciones de amalgama: una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro o más superficies (D2161): un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, restauraciones de amalgama: una superficie (D2140), dos superficies (D2150), tres superficies (D2160), cuatro o más superficies (D2161): un beneficio una vez en un período de 36 meses.
- Dientes primarios, restauraciones compuestas a base de resina (anterior): una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro o más superficies o que impliquen un ángulo incisal (D2335): Un beneficio una vez en un período de 12 meses, cada superficie dental única sólo se paga una vez por diente por fecha de servicio.
- Dientes permanentes, restauraciones compuestas a base de resina (anterior): una superficie (D2330), dos superficies (D2331), tres superficies (D2332), cuatro o más superficies o que impliquen un ángulo incisal (D2335): un beneficio una vez en un período de 36 meses, cada superficie dental única sólo se paga una vez por diente por fecha de servicio
- Dientes primarios, corona compuesta a base de resina (anterior) (D2390): por lo menos cuatro superficies se implicarán: un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, corona compuesta a base de resina (anterior) (D2390): por lo menos cuatro superficies se involucrarán: un beneficio una vez en un período de 36 meses
- Dientes primarios, restauraciones compuestas a base de resina (posterior): una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro o más superficies (D2394): un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, restauraciones compuestas a base de resina (posterior): una superficie (D2391), dos superficies (D2392), tres superficies (D2393), cuatro o más superficies (D2394): un beneficio una vez en un período de 36 meses.
- Corona, compuesto a base de resina (indirecta), dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2710): un beneficio una vez en un período de cinco años; para cualquier corona compuesta basada en resina que sea fabricada indirectamente. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar

o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o soportes para yeso.

- Corona, 3/4 compuesto a base de resina (indirecta), dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2712): un beneficio una vez en un período de cinco años; para cualquier corona compuesta basada en resina que sea fabricada indirectamente. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o soportes para yeso; o para usar como corona temporal.
- Corona, resina con predominantemente metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2721): un beneficio una vez en un período de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o soportes para yeso.
- Corona, porcelana/cerámica, dientes anteriores y posteriores permanentes, 13 años o más (D2740): un beneficio una vez en un período de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o soportes para yeso.
- Corona, porcelana fusionada a predominantemente metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2751): un beneficio una vez en un período de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o soportes para yeso.
- Corona, 3/4 de fundición predominantemente metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2781): un beneficio una vez en un período de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o soportes para yeso.
- Corona, 3/4 porcelana/cerámica, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2783): un beneficio una vez en un período de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o soportes para yeso.
- Corona, fundición total predominantemente metal base, dientes anteriores y posteriores permanentes, de 13 años o más, (D2791): un beneficio una vez en un período de cinco años. No es un beneficio para pacientes menores de 13 años; o para terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar para una dentadura postiza parcial removible existente con ganchos o soportes para yeso.
- Restauración de cementación de la cobertura parcial de la incrustación (2910): un beneficio una vez en un período de 12 meses, por proveedor.
- Cementación de la corona (D2920): no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.

- Corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente permanente (D2928): un beneficio una vez en un período de 36 meses. No es un beneficio para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la primera y segunda posición molar.
- Corona de porcelana/cerámica prefabricada - diente primario (D2929): un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario (D2930): un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente (D2931): un beneficio una vez en un período de 36 meses. No es un beneficio para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la primera y segunda posición molar.
- Dientes primarios, corona prefabricada de resina (D2932), corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina (D2933): un beneficio una vez en un período de 12 meses.
- Dientes permanentes, corona de resina prefabricada (D2932), corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina (D2933): un beneficio una vez en un período de 36 meses. No es un beneficio para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la primera y segunda posición molar.
- Restauración protectora (D2940): un beneficio una vez por diente en un período de seis meses, por proveedor. No es un beneficio cuando se realiza en la misma fecha de servicio con una restauración o corona permanente, para el mismo diente; en los dientes con tratamiento de conducto.
- Retención de perno; por diente, además de restauración (D2951): un beneficio sólo para los dientes permanentes; cuando se facturan con una amalgama o restauración compuesta en la misma fecha de servicio; una vez por diente independientemente del número de pernos colocados; para una restauración posterior cuando la destrucción implica tres o más superficies conectadas y al menos una cúspide; o para una restauración anterior cuando la destrucción coronal extensa implica el ángulo incisal.
- Perno y muñón, además de corona, de fabricación indirecta (D2952): un beneficio una vez por diente independientemente del número de pernos colocados; sólo en conjunción con las coronas permisibles (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en los dientes permanentes con tratamiento de conducto.
- Perno y muñón prefabricados, además de corona (D2954): un beneficio una vez por diente independientemente del número de pernos colocados; sólo en conjunción con las coronas permisibles (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en los dientes permanentes con tratamiento de conducto.
- 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 (excluida la restauración final); eliminación de la pulpa coronal a la unión dentinomial y aplicación del medicamento (D3220): un beneficio una vez por diente primario. No es un beneficio para un diente primario cerca de la exfoliación; para un diente primario con una pulpa necrótica o una lesión periapical; para un diente primario que no es restaurable; o para un diente permanente.
- Desbridamiento pulpal, dientes primarios y permanentes (D3221): un beneficio para los dientes permanentes o para los dientes primarios sobremantenidos sin sucesor permanente; una vez por diente.

- Pulpotomía parcial para apexogénesis; diente permanente con desarrollo de raíces incompleto (D3222): un beneficio una vez por diente permanente. No es un beneficio para los dientes primarios; para 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 existente con ganchos o soportes fundidos.
- Terapia pulpal (relleno reabsorbible); diente anterior, primario (D3230) o posterior, diente primario (D3240), (excluida restauración final): Un beneficio una vez por diente primario. No es un beneficio para un diente primario cerca de la exfoliación; con una pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final) (D3220), misma fecha de servicio, mismo diente; o con desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes (D3221), misma fecha de servicio, mismo diente.
- Terapia con el canal radicular, diente anterior (D3310), (excluyendo la restauración final): un beneficio una vez por diente para el tratamiento de conducto inicial. Para el retratamiento de conducto, use el retratamiento de conducto anterior (D3346).
- Tratamiento de conducto, diente premolar (D3320), (excluida restauración final): un beneficio una vez por diente para el tratamiento de conducto inicial. Para el retratamiento de conducto, use el retratamiento de conducto anterior: premolar (D3347).
- Tratamiento de conducto, molar (excluida restauración final) (D3330): un beneficio una vez por diente para el tratamiento de conducto inicial. Para el retratamiento de conducto, use el retratamiento de conducto molar anterior (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 existente con ganchos o soportes para yeso.
- Retratamiento de conducto previo: anterior (D3346), premolar (D3347): No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses posteriores al tratamiento inicial.
- Retratamiento de conducto: 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 existente o una dentadura postiza parcial removible con ganchos o soportes fundidos.
- Apexificación/recalcificación/regeneración pulpal; visita inicial (cierre apical/reparación calcificada 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 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 existente con ganchos o soportes fundidos.
- Apexificación/recalcificación; provisional (D3352): un beneficio una vez por diente permanente; sólo después de la apexificación/recalcificación; visita inicial (cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción de raíces, etc.) (D3351). No es un beneficio para los dientes primarios; 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 existente con ganchos o soportes fundidos.
- Apicoectomía/cirugía perirradicular anterior (D3410): un beneficio sólo para los dientes anteriores permanentes. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días posteriores a la terapia con el canal radicular, excepto cuando se documenta

una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses posteriores a una apicoectomía previa/cirugía perirradicular.

- Apicoectomía/cirugía perirradicular; premolar (primera raíz) (D3421): un beneficio solo para los dientes premolares permanentes. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 90 días posteriores a la terapia con el canal radicular, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses posteriores a una apicoectomía previa/cirugía perirradicular.
- Apicoectomía/cirugía perirradicular; 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 del tratamiento de conducto, excepto cuando se documenta una necesidad médica; para el proveedor original dentro de los 24 meses de una apicoectomía previa/ cirugía perirradicular; la misma raíz; o para los terceros molares, a menos que el tercer molar ocupe la posición del primer o segundo molar o sea un pilar parcial fijo existente o una dentadura parcial removible con ganchos o soportes fundidos.
- Apicoectomía/cirugía perirradicular; 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 posteriores al tratamiento de conducto, excepto cuando se documenta una necesidad médica; al proveedor original dentro de los 24 meses posteriores a una apicoectomía/cirugía perirradicular previa; o 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 existente con ganchos o soportes fundidos.

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 (incluidos 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 (incluidos la entrada de la solapa y los cierres); de uno a tres dientes contiguos o espacios limitados a los dientes; por cuadrante (D4261): un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 36 meses.
- Escalamiento y planeo de raíces periodontales; cuatro o más dientes por cuadrante (D4341) o uno o tres dientes por cuadrante (D4342): un beneficio para los pacientes de 13 años o más; cada uno una vez por cuadrante cada 24 meses.
- Mantenimiento periodontal (D4910): un beneficio sólo para los pacientes que residen en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) o en un centro de cuidados intermedios (ICF, en inglés); sólo cuando están precedidos por un escalamiento y un planeo de raíces periodontales (D4341-D4342); sólo después de la finalización de todo el raspado y alisado radicular necesarios; una vez en un trimestre natural; sólo en el período de 24 meses posterior al último raspado y alisado radicular.
- Cambio no programado de vendajes (por alguien que no sea el dentista que atiende) (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 prostodónticos:

- Los servicios de prostodoncia prestados exclusivamente con fines cosméticos no son un beneficio.
- Las dentaduras temporales o provisionales que se utilizarán mientras se construye una dentadura permanente no son un beneficio.
- Las dentaduras de reserva o de respaldo no son un beneficio.
- La evaluación de una dentadura sobre una base de mantenimiento no es un beneficio.
- Dentadura completa; superior (D5110), inferior (D5120): cada uno un beneficio una vez en un período de cinco años a partir de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura completa anterior.
- Dentadura inmediata; superior (D5130), inferior (D5140): cada uno es un beneficio una vez por paciente. No es un beneficio como una dentadura temporal. Las dentaduras completas subsiguientes no son un beneficio dentro de un período de cinco años de una dentadura inmediata.
- Dentadura postiza parcial: a base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, soportes y dientes), superior (D5211) o inferior (D5212): un beneficio por cada uno de ellos una vez en un período de cinco años; cuando se reemplaza un diente/diente anterior permanente y/o el arco carece de una oclusión equilibrada posterior. La falta de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera: faltan cinco dientes permanentes posteriores (excluidos los terceros molares), o faltan los cuatro primeros y segundos molares permanentes, o faltan los primeros y segundos molares permanentes y el segundo premolar del mismo lado. No es un beneficio para reemplazar los terceros molares faltantes.
- Dentadura postiza parcial: metal fundido a base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, cualquier gancho, soporte y diente convencional) superior (D5213) o inferior (D5214): un beneficio por cada uno de ellos una vez en un período de cinco años; cuando se reemplaza un diente/diente anterior permanente y/o el arco carece de una oclusión equilibrada posterior. La falta de oclusión equilibrada posterior se define de la siguiente manera: faltan cinco dientes permanentes posteriores (excluidos los terceros molares), o faltan los cuatro primeros y segundos molares permanentes, o faltan los primeros y segundos molares permanentes y el segundo premolar del mismo lado. No es un beneficio para reemplazar los terceros molares faltantes.
- Ajuste la dentadura completa; superior (D5410) o inferior (D5411): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un período de 12 meses por proveedor. No un beneficio: misma fecha de servicio o en el transcurso de los seis meses posteriores a la fecha de servicio de una dentadura postiza completa, maxilar (D5110) mandibular (D5120), dentadura postiza inmediata, maxilar (D5130) mandibular (D5140) o sobredentadura, maxilar (D5863) o mandibular (D5865); misma fecha de servicio o en el transcurso de los seis meses posteriores a la fecha de servicio de rebasado de dentadura postiza completa (consultorio) maxilar (D5730) mandibular (D5731), rebasado de dentadura postiza completa (laboratorio) maxilar (D5750) mandibular (D5751) y preparación de tejido, maxilar (D5850) mandibular (D5851); misma fecha de servicio o en el transcurso de los seis meses posteriores a la fecha de servicio de la reparación de la base de dentadura postiza completa rota (D5511 O D5512) y reemplazo de dientes rotos o faltantes, dentadura postiza completa (D5520).
- Ajuste la dentadura parcial: superior (D5421), inferior (D5422): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un período de 12 meses por proveedor. No se trata de un beneficio igual a la fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio de: un marco de base de resina parcial maxilar (D5211)

mandibular (D5212) o un marco de metal fundido parcial de dentadura con bases de resina dentadura maxilar (D5213) mandibular (D5214) maxilar (D5740), tejido mandibular (D5741) revestir una dentadura parcial (en laboratorio) maxilar (D5760), mandibular (D5761) y acondicionamiento de tejido maxilar (D5850) mandibular (D5851); misma fecha de servicio o dentro de los seis meses siguientes a la fecha de servicio de la base de la dentadura de resina reparada (D5611 O D5612), reparar la estructura de fundición (D5621 O D5622), reparar o reemplazar el gancho roto (D5630), reemplazar los dientes rotos por diente (D5640), añadir el diente a la dentadura parcial existente (D5650) y añadir el gancho a la dentadura parcial existente (D5660).

- Reparar la base de la dentadura completa rota; inferior (D5511) o superior (D5512): un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces en un período de 12 meses por proveedor. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la dentadura maxilar completa (en el consultorio) (D5730), la dentadura mandibular completa (en el consultorio) (D5731), la dentadura maxilar completa (en laboratorio) (D5750) y la dentadura mandibular completa (en laboratorio) (D5751).
- Sustituir los dientes que faltan o están rotos; dentadura completa (cada diente) (D5520): Un beneficio hasta un máximo de cuatro, por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.
- Reparar la base de la dentadura de resina; inferior (D5611) o superior (D5612): un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor; sólo para dentaduras parciales. No es un beneficio para la misma fecha de servicio que la dentadura parcial maxilar (en el consultorio) (D5740), la dentadura parcial mandibular (en el consultorio) (D5741), la dentadura parcial maxilar (en laboratorio) (D5760) y la dentadura parcial mandibular (en laboratorio) (D5761).
- Reparar estructura fundida; inferior (D5621) o superior (D5622): un beneficio una vez por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.
- Reparar o sustituir el gancho roto (D5630): un beneficio hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.
- Sustituir los dientes rotos; por diente (D5640): un beneficio: hasta un máximo de cuatro, por arco, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor; sólo para dentaduras parciales.
- Agregar diente a la dentadura parcial existente (D5650): un beneficio: hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; una vez por diente. No es un beneficio para añadir los terceros molares.
- Agregar gancho a la dentadura parcial existente (D5660): un beneficio: hasta un máximo de tres, por fecha de servicio por proveedor; dos veces por arco, en un período de 12 meses por proveedor.
- Revestir una dentadura completa (en el consultorio) superior (D5730): un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una dentadura maxilar inmediata (D5130) o una sobredentadura inmediata (D5863) que requiriera extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura (remota) completa; maxilar (D5110) o sobredentadura (remota); maxilar (D5863) que no requiriera extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a revestir una dentadura maxilar completa (en laboratorio) (D5750).
- Revestir una dentadura completa (en el consultorio) inferior (D5731): cada beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una

dentadura mandibular inmediata (D5140) o una sobredentadura mandibular inmediata (D5865) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura (remota) mandibular completa (D5120) o una sobredentadura (remota) mandibular (D5865) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a revestir una dentadura mandibular completa (en laboratorio) (D5751).

- Revestir una dentadura parcial (en el consultorio) superior (D5740): un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para dentadura parcial; maxilar de base de resina (D5211) o dentadura parcial; estructura de metal fundido con dentadura maxilar de resina (D5213) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para dentadura parcial; maxilar de resina (D5211) o dentadura parcial; estructura de metal fundido con dentadura maxilar de resina (D5213) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a revestir una dentadura parcial (en laboratorio) maxilar (D5760).
- Revestir una dentadura parcial (en el consultorio) inferior (D5741): un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para dentadura parcial; dentadura mandibular de resina (D5212) o dentadura parcial; estructura de metal fundido con dentadura mandibular de resina (D5214) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para dentadura parcial; dentadura mandibular de resina (D5212) o dentadura parcial; estructura de metal fundido con dentadura mandibular de resina (D5214) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a revestir una dentadura parcial (en laboratorio) mandibular (D5761).
- Revestir una dentadura completa (en laboratorio) superior (D5750): cada beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una dentadura maxilar inmediata (D5130) o una sobredentadura maxilar inmediata (D5863) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para una dentadura completa (remota) maxilar (D5110) o una sobredentadura (remota) maxilar (D5863) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a revestir una dentadura completa maxilar (en el consultorio) (D5730).
- Revestir una dentadura completa (en laboratorio) inferior (D5751): cada beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha del servicio para una dentadura mandibular inmediata (D5140) o una sobredentadura mandibular inmediata (D5865) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha del servicio para una dentadura (remota) mandibular completa (D5120) o una sobredentadura (remota) mandibular (D5865) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses posterior a una dentadura mandibular completa (en el consultorio) (D5731).
- Revestir una dentadura parcial superior (en laboratorio) (D5760): un beneficio: una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una dentadura maxilar parcial; estructura de metal fundido con base de dentadura de resina (D5213) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de servicio para dentadura maxilar parcial; estructura de metal fundido con base de dentadura de resina (D5213) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a revestir una dentadura parcial maxilar (en el consultorio) (D5740); para una dentadura parcial maxilar con base de resina (D5211).
- Revestir una dentadura parcial inferior (en laboratorio) (D5761): un beneficio una vez en un período de 12 meses; seis meses después de la fecha de servicio para una dentadura parcial mandibular; estructura de metal fundido con base de dentadura de resina (D5214) que requirieron extracciones, o 12 meses después de la fecha de

servicio para dentadura parcial mandibular; estructura de metal fundido con base de dentadura de resina (D5214) que no requirieron extracciones. No es un beneficio dentro de los 12 meses de una dentadura parcial mandibular (en el consultorio) (D5741); para una base de dentadura parcial mandibular con base de resina (D5212).

- Acondicionamiento de tejidos, superior (D5850): un beneficio dos veces por prótesis en un período de 36 meses. No es un beneficio si es en la misma fecha de servicio de revestir una dentadura maxilar completa (en el consultorio) (D5730), revestir una dentadura parcial maxilar (en el consultorio) (D5740), revestir una dentadura maxilar completa (en laboratorio) (D5750) y revestir una dentadura parcial maxilar (en laboratorio) (D5760); o la misma fecha de servicio que una prótesis que no requería extracciones.
- Acondicionamiento del tejido, inferior (D5851): un beneficio dos veces por prótesis en un período de 36 meses. No es un beneficio si es en la misma fecha de servicio de revestir una dentadura mandibular completa (en el consultorio) (D5731), revestir una dentadura parcial mandibular (en el consultorio) (D5741), revestir una dentadura mandibular completa (en laboratorio) (D5751) y revestir una dentadura parcial mandibular (en laboratorio) (D5761); o la misma fecha de servicio que una prótesis que no requería extracciones.
- Sobredentadura axilar (D5863): un beneficio una vez en un período de cinco años.
- Sobredentadura mandibular (D5865): un beneficio una vez en un período de cinco años.

Beneficios y límites para las prótesis maxilofaciales

- Prótesis ocular (D5916): No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis ocular, provisoria (D5923).
- Prótesis ocular, provisoria (D5923): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con una prótesis ocular (D5916).
- Prótesis de obturador, quirúrgica (D5931): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, la prótesis definitiva (D5932) y la prótesis de obturador, provisoria (D5936).
- Prótesis de obturador, definitiva (D5932): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, quirúrgica (D5931) y la prótesis de obturador, provisoria (D5936).
- Prótesis de obturador, modificación (D5933): un beneficio dos veces en un período de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, quirúrgica (D5931), la prótesis de obturador, definitiva (D5932) y la prótesis de obturador, provisoria (D5936).
- Prótesis de obturador, provisoria (D5936): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de obturador, quirúrgica (D5931) y la prótesis de obturador, definitiva (D5932).
- Ayuda con 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.
- D5955 Prótesis de elevación del paladar, definitiva (D5955): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de elevación de paladar, provisoria (D5958).

- Prótesis de elevación de paladar, provisoria (D5958): no es un beneficio en la misma fecha de servicio con prótesis de elevación de paladar, definitiva (D5955).
- Prótesis de elevación de paladar, modificación (D5959): un beneficio dos veces en un período de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de elevación de paladar, definitiva (D5955) y la prótesis de elevación de paladar, provisoria (D5958).
- Prótesis de ayuda al habla, modificación (D5960): un beneficio dos veces en un período de 12 meses. No es un beneficio en la misma fecha de servicio que la prótesis de ayuda al habla, pediátrica (D5952) y la prótesis de ayuda al habla, adultos (D5953).
- Soporte para gel de flúor (D5986): un beneficio sólo en combinación con radioterapia dirigida a los dientes, las mandíbulas o las glándulas salivales.

Beneficios y límites para los servicios de implantes

- Los servicios de implantes son un beneficio sólo cuando las afecciones médicas excepcionales están documentadas y serán revisadas por la Red Dental de California en cuanto a necesidad médica para autorización previa. Las afecciones médicas excepcionales incluyen, entre otras, las siguientes:
 - Cáncer de la cavidad oral que requiere cirugía ablativa o radioterapia que conduce a la destrucción del hueso alveolar, donde las estructuras óseas restantes no pueden sostener las 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, ananodoncia parcial y displasia cleidocraneal).
 - Destrucción traumática de la mandíbula, la cara o la cabeza donde las estructuras óseas restantes no pueden sostener prótesis dentales convencionales.
- Los proveedores deberán presentar la documentación completa de los casos (como radiografías, exploraciones, informes operativos, informes de paneles craneofaciales, difusiones de diagnóstico, fotografías y trazas intraorales/extraorales) necesarios para demostrar la necesidad médica de los servicios de implante solicitados.
- Los implantes de un solo diente no son un beneficio de la HMO Dental de niños de la Red Dental de California.
- Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endosteal (D6010): los servicios de implante son un beneficio sólo cuando se documenten afecciones médicas excepcionales y se revisen en cuanto a necesidad médica. Consulte las políticas generales de servicios de implante para conocer los requisitos específicos.
- Colocación quirúrgica: implante eposteal (D6040): consulte D6010.
- Colocación quirúrgica: implante transosteal (D6050): consulte D6010.
- Barra de conexión: con soporte de implante o pilar (D6055): consulte D6010.
- Pilar prefabricado; incluye modificación y colocación (D6056): consulte D6010.
- Pilar fabricado a medida; incluye colocación (D6057): consulte D6010.
- Corona de porcelana/cerámica con soporte de pilar (D6058): consulte D6010.
- Porcelana con soporte de pilar fusionada a corona de metal (metal noble alto) (D6059): consulte D6010.
- Porcelana con soporte de pilar fusionada a corona de metal (predominantemente metal base) (D6060): consulte D6010.

- Porcelana con soporte de pilar fusionada a corona de metal (metal noble) (D6061): consulte D6010.
- Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal noble alto) (D6062): consulte D6010.
- Corona de metal fundido con soporte de pilar (predominantemente metal base) (D6063): consulte D6010.
- Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal noble) (D6064): consulte D6010.
- Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante (D6065): consulte D6010.
- Corona con soporte de implante: porcelana fundida con aleaciones altamente nobles (D6066): consulte D6010.
- Corona metálica con soporte de implante (aleaciones altamente nobles) (D6067): consulte D6010.
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana/cerámica (D6068): consulte D6010.
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida a metal (metal altamente noble) (D6069): consulte D6010.
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fusionada a metal (predominantemente metal base) (D6070): consulte D6010.
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida a metal (metal noble) (D6071): consulte D6010.
- Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal altamente noble) (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.
- FPD con retenedor con soporte de implante; porcelana fundida con aleaciones altamente nobles (D6076): consulte D6010.
- Retenedor con soporte de implante para FPD metálico; aleaciones altamente nobles (D6077): consulte D6010.
- Procedimientos de mantenimiento de implantes, incluida la extracción de prótesis, la limpieza de prótesis y pilares y inserción de prótesis (D6080): consulte D6010.
- Corona con soporte de implante (porcelana fundida predominantemente con aleaciones de base) (D6082): consulte D6010.
- Corona con soporte de implante (porcelana fundida con aleaciones nobles) (D6083): consulte D6010.
- Corona con soporte de implante (porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio) (D6084): consulte D6010. Corona con soporte de implante (predominantemente aleaciones base) (D6086): consulte D6010.
- Corona con soporte de implante (aleaciones nobles) (D6087): consulte D6010.
- Corona con soporte de implante (titanio y aleaciones de titanio) (D6088): consulte D6010.
- Reparar la prótesis con soporte de implante, según el informe (D6090): consulte D6010.
- Reemplazo de pieza de accesorio reemplazable de precisión o semiprecisión de prótesis con soporte de implante/pilar, por accesorio (D6091): consulte D6010.
- Recementar corona con soporte de implante/pilar (D6092): no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.

- Recementar dentadura parcial fija con soporte de implante/pilar (D6093): no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Corona con soporte de pilar (titanio) (D6094): consulte D6010.
- Reparar el pilar del implante, según el informe (D6095): consulte D6010.
- Corona con soporte de pilar; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio (6097): consulte D6010.
- Retenedor con soporte de implante: porcelana fundida predominantemente con aleaciones base (D6098): consulte D6010.
- Retenedor con soporte de implante para FPD; porcelana fundida con aleaciones nobles (6099): consulte D6010.
- Retenedor con soporte de implante; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio (6120): consulte D6010.
- Retenedor con soporte de implante para FPD metálico; predominantemente aleaciones base (6121): consulte D6010.
- Retenedor con soporte de implante para FPD metálico; aleaciones nobles (6122): consulte D6010.
- Retenedor con soporte de implante para FPD metálico; titanio y aleaciones de titanio (6123): consulte D6010.

Beneficios y límites para los servicios de prostodoncia fija:

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

- Póntico; resina con metal predominantemente base (D6251): un beneficio una vez cada cinco años; solo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214); solo cuando se factura en la misma fecha de servicio con retenedores de dentaduras parciales fijas (pilares) (D6721, D6740, D6751, D6781, D6783, D6784 y D6791). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona, resina con metal predominantemente base (D6721): un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona; porcelana/cerámica (D6740): un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona; porcelana fundida a metal predominante base (D6751): un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona; 3/4 de fundición de metal predominantemente base (D6781): un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona; 3/4 porcelana/cerámica (D6783): un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona retenedor ¾; titanio y aleaciones de titanio (D6784): un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Corona; fundición total predominantemente metal base (D6791): Un beneficio una vez en un período de cinco años; sólo cuando se cumplen los criterios para una dentadura parcial de resina o una dentadura parcial de fundición (D5211, D5212, D5213 y D5214). No es un beneficio para los pacientes menores de 13 años.
- Recementar puente (D6930): no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación previa por parte del mismo proveedor.
- Reparación de dentaduras parcial fija 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 por parte del mismo proveedor.

Beneficios y límites para servicios de cirugía oral

- Extracción de restos coronales; diente primario (D7111): no es un beneficio para los dientes asintomáticos.
- Extracción, diente en erupción o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps) (D7140): No es un beneficio para el mismo proveedor que realizó la extracción inicial del diente.
- Extirpación quirúrgica del diente en erupción que requiere elevación del colgajo y extracción del hueso o seccionamiento del diente, incluida la elevación del colgajo mucoperiosteal, si se indica (D7210): un beneficio cuando la extracción de cualquier

diente saliente requiere la elevación de un colgajo mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial o el seccionamiento del diente.

- Extracción del diente afectado; tejido blando (D7220): un beneficio cuando la porción mayor o toda la superficie oclusal está cubierta por tejido blando mucogingival.
- Extracción del diente afectado; parcialmente hueso (D7230): un beneficio cuando la extracción de cualquier diente afectado 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 afectado; completamente hueso (D7240): Un beneficio cuando la extracción de cualquier diente afectado requiere la elevación de un colgajo mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial que cubra la mayor parte o la totalidad de la corona.
- Extracción del diente afectado; hueso completo con complicaciones quirúrgicas inusuales (D7241): un beneficio cuando la extracción de cualquier diente afectado requiere la elevación de un colgajo mucoperiosteal y la extracción de un hueso alveolar sustancial que cubra la mayor parte o la totalidad de 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 en combinación con los procedimientos de extracción (D7111 – D7250).
- Cierre primario de una perforación sinusal (D7261): un beneficio en ausencia de un tracto fistuloso que requiera la reparación o cierre inmediato de la comunicación oroantral u oralnasal, posterior a la extracción de un diente.
- Reimplantación de dientes o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente (D7270): un beneficio una vez por arco independientemente del número de dientes involucrados, y sólo para dientes anteriores permanentes.
- Acceso quirúrgico de un diente retenido (D7280): no es un beneficio para los terceros molares.
- Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente afectado (D7283): un beneficio sólo para pacientes en tratamiento ortodóncico activo. No es un beneficio para los terceros molares a menos que el tercer molar ocupe la posición del primero y del 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 es un beneficio con una apicoectomía/cirugía perirradicular (D3410-D3426), una extracción (D7111-D7250) y una escisión de cualquier tejido blando o lesión intraósea (D7410-D7461) en la misma zona o región en la misma fecha de servicio.
- Biopsia de tejido oral blando (D7286): un beneficio para la extracción del espécimen solamente; hasta un máximo de tres por fecha de servicio. No es un beneficio con una apicoectomía/cirugía perirradicular (D3410-D3426), una extracción (D7111-D7250) y una escisión de cualquier tejido blando o lesión intraósea (D7410-D7461) en la misma zona o región en la misma fecha de servicio.

- Reposicionamiento quirúrgico de los dientes (D7290): un beneficio sólo para los dientes permanentes; una vez por arco; sólo para los pacientes con tratamiento ortodóncico activo. No es un beneficio para los terceros molares a menos que el tercer molar ocupe la posición del primero y del segundo molar.
- Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracresal, por informe (D7291): un beneficio una vez por arco; sólo para pacientes en tratamiento ortodóncico activo.
- Alveoloplastia junto con extracciones; cuatro o más dientes o espacios de dientes, por cuadrante (D7310): no es un beneficio cuando sólo se extrae un diente en el mismo cuadrante en la misma fecha de servicio.
- Alveoloplastia no en combinación con extracciones; cuatro o más dientes o espacios de dientes, por cuadrante (D7320): un beneficio, independientemente del 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, por parte del mismo proveedor.
- Vestibuloplastia; extensión de la cresta (epitelialización secundaria) (D7340): un beneficio una vez en un período de cinco años por arco. No es un beneficio en la misma fecha de servicio con una vestibuloplastia; extensión de la cresta (D7350) en el mismo arco; en la misma fecha de servicio con extracciones (D7111-D7250) en el mismo arco.
- Vestibuloplastia; extensión de la cresta (incluidos 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) en el mismo arco; en la misma fecha de servicio con extracciones (D7111-D7250) en el mismo arco.
- Escisión de lesión benigna, complicada (D7412): un beneficio cuando hay un gran debilitamiento con avance o cierre rotacional del colgajo.
- Escisión de lesión maligna, complicada (D7415): un beneficio cuando hay un gran debilitamiento con avance o cierre rotacional del colgajo.
- Extracción de la exostosis lateral (maxilar o mandíbula) (D7471): un beneficio una vez por cuadrante; sólo para la extracción de exostosis bucal o facial.
- Eliminación de torus palatinus (D7472): un beneficio una única vez en la vida del paciente.
- Eliminación 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 fasciales). (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; sólo para la eliminación de hueso suelto o deshuesado causado por infección o suministro de sangre reducido. No es un beneficio dentro de los 30 días posteriores a una extracción asociada (D7111-D7250).
- Sinotomía maxilar para la extracción del fragmento del diente o del cuerpo extraño (D7560): no es un beneficio cuando se recupera un fragmento de diente o un cuerpo extraño del zócalo de diente.
- Huesos faciales; reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos (D7680): un beneficio para el tratamiento de fracturas simples.
- Huesos faciales; reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos (D7780): un beneficio para el tratamiento de fracturas compuestas.
- Aparato ortótico oclusal, por informe (D7880): un beneficio para la disfunción de la ATM diagnosticada. No es un beneficio para el tratamiento del bruxismo.
- Terapia TMD no especificada, por informe (D7899): no es un beneficio para procedimientos como la acupuntura, la acupresión, la biorretroalimentación y la hipnosis.
- Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm (D7910): no es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Sutura complicada: hasta 5 cm (D7911): no es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Sutura complicada: superior a 5 cm (D7912): no es un beneficio para el cierre de incisiones quirúrgicas.
- Injerto de piel (identifique defecto cubierto, ubicación y tipo de injerto) (D7920): no es un beneficio para el injerto periodontal.
- Injerto óseo, osteoperiostal, o de cartílago de huesos mandibulares o faciales, autógenos o no autógenos, por informe (D7950): no es un beneficio para el injerto periodontal.
- Aumento sinusal con huesos o sustitutos óseos a través de un abordaje abierto lateral (D7951): un beneficio sólo para pacientes con servicios de implante autorizados.
- Aumento sinusal con hueso o sustituto óseo mediante un abordaje vertical (D7952): un beneficio sólo para pacientes con servicios de implante autorizados.
- Reparación del defecto del tejido blando o duro maxilofacial (D7955): no es un beneficio para el injerto periodontal.
- Frenectomía bucal/labial (frenulectomía) (D7961): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; sólo cuando han asomado los incisivos y los caninos permanentes.
- Frenectomía lingual (frenulectomía) (D7962): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; sólo cuando han asomado los incisivos y los caninos permanentes.
- Frenuloplastia (D7963): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; sólo cuando han asomado los incisivos y los caninos permanentes.
- Escisión de tejido hiperplásico por arco (D7970): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio. No es un beneficio para la hiperplasia inducida por fármacos o donde la extracción de tejido requiere una extensa remodelación gingival.
- Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa (D7972): un beneficio una vez por cuadrante por fecha de servicio.
- Retirada del aparato (no por el dentista que colocó el aparato), incluye la extracción de la barra de arco (D7997): un beneficio una vez por arco por fecha de servicio; sólo para la remoción de aparatos relacionados con procedimientos quirúrgicos. No es un beneficio para la retirada de aparatos de ortodoncia y mantenedores de espacio.

Beneficios y límites para los servicios ortodónticos

- Los procedimientos de ortodoncia son beneficios para casos de maloclusión por discapacidad médicamente necesarios, paladar hendido y tratamiento del crecimiento facial para pacientes menores de 21 años y deben estar autorizados previamente.
- Sólo aquellos casos con dentición permanente deben ser considerados para una maloclusión por discapacidad médicamente necesaria, a menos que el paciente tenga 13 años o más y los dientes primarios queden. Los casos de anomalía craneofacial y paladar hendido son un beneficio para las dentición primaria, mixta y permanente. Las anomalías craneofaciales se tratan a través del control del crecimiento facial.
- Todos los procedimientos necesarios que puedan afectar el tratamiento ortodóntico se deben completar antes de considerar el tratamiento ortodóntico.
- Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio solo cuando los modelos de diagnóstico verifican una puntuación mínima de 26 puntos en el Formulario de hoja de puntuación para la modificación de California del Índice de desviación Labiolingual de la discapacidad (HLD, en inglés), DC016 (06/09) o cuando existe una de las seis afecciones de calificación automática detalladas 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 las siguientes:
 - Deformidad del paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en los moldes 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 mordida cruzada de dientes anteriores individuales que causa la destrucción de tejido blando.
 - Una supraoclusión incisal superior a 9 mm o una supraoclusión inversa superior a 3.5 mm.
 - Una desviación traumática grave (como la pérdida de un segmento premaxilar por quemaduras, accidente u osteomielitis u otra patología macroscópica). La documentación escrita del trauma o patología se presentará con la solicitud de autorización previa.
- Tratamiento ortodóntico integral de la maloclusión de la dentición adolescente con discapacidad (D8080): un beneficio para casos de maloclusión con discapacidad, paladar hendido y tratamiento del crecimiento facial; para pacientes menores de 21 años; para dentición permanente (a menos que el paciente tenga 13 años o más con dientes primarios todavía presentes o tenga una anomalía craneofacial o paladar hendido); una vez por paciente por fase de tratamiento.
- Terapia con dispositivos extraíbles (D8210): un beneficio para los pacientes de 6 a 12 años; una vez por paciente. No es un beneficio para aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación; para mantenedores de espacio en la región anterior superior o inferior.
- Terapia con aparatos fijos (D8220): un beneficio para los pacientes de 6 a 12 años; una vez por paciente. No es un beneficio para aparatos de ortodoncia, aparatos de guiado dental, movimiento de diente menor o cables de activación; para mantenedores de espacio en la región anterior superior o inferior.
- Visita de tratamiento pre-ortodóntico (D8660): un beneficio previo al tratamiento ortodóntico integral de la dentición adolescente (D8080) para la fase inicial de

tratamiento para casos de manejo del crecimiento facial independientemente de cuántas fases de dentición se requieran; una vez cada tres meses; para pacientes menores de 21 años; para un máximo de seis.

- Visita periódica de tratamiento ortodóncico (como parte de un contrato); maloclusión con 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.
- A continuación, se detalla la cantidad máxima de visitas de tratamiento mensuales para las siguientes fases:
- Maloclusión; hasta un máximo de 8 visitas trimestrales. (4 visitas trimestrales adicionales serán autorizadas cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica), o
 - Paladar Hendido:
 - Dentición primaria: hasta un máximo de 4 visitas trimestrales. (Se autorizarán 2 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
 - Dentición mixta: hasta un máximo de 5 visitas trimestrales. (Se autorizarán 3 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
 - Dentición permanente: hasta un máximo de 10 visitas trimestrales. (5 visitas trimestrales adicionales serán autorizadas cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica), o
 - Control del crecimiento facial:
 - Dentición primaria: hasta un máximo de 4 visitas trimestrales. (Se autorizarán 2 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
 - Dentición mixta: hasta un máximo de 5 visitas trimestrales. (Se autorizarán 3 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
 - Dentición permanente: hasta un máximo de 8 visitas trimestrales. (Se autorizarán 4 visitas trimestrales adicionales cuando la documentación y las fotografías justifiquen la necesidad médica).
- Retención ortodóntica (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 de aparato de ortodoncia maxilar (D8696): un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por aparato. No es un beneficio al proveedor original la sustitución o reparación de aparatos, bandas o cables de arco.
- Reparación de aparato de ortodoncia mandibular (D8697): un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por aparato. No es un beneficio al proveedor original la sustitución o reparación de aparatos, bandas o cables de arco.
- Recementar o volver a adherir el retenedor fijo; maxilar (D8698): un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Recementar o volver a adherir el retenedor fijo; mandibular (D8699): un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.

- Reparación de retenedor fijo, incluye re inserción; maxilar (D8701): un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Reparación de retenedor fijo, incluye re inserción; mandibular (D8702): un beneficio para los pacientes menores de 21 años; una vez por proveedor.
- Reemplazo de retenedor perdido o roto; maxilar (D8703) Un beneficio: para pacientes menores de 21 años; una vez por arco; sólo dentro de los 24 meses siguientes a la fecha del servicio de retención de ortodoncia (D8680)
- Reemplazo de retenedor perdido o roto; mandibular (D8704) Un beneficio: para pacientes menores de 21 años; una vez por arco; sólo dentro de los 24 meses siguientes a la fecha del servicio de retención de ortodoncia.

Beneficios y límites para los servicios complementarios

- Tratamiento paliativo del dolor dental; por visita (D9110): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor independientemente del número de dientes o áreas tratadas. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento en la misma fecha de servicio, excepto cuando se necesitan radiografías/fotografías de la zona afectada para diagnosticar y documentar la afección de emergencia.
- Seccionamiento parcial de dentaduras fijas (D9120): un beneficio cuando al menos uno de los dientes de pilar debe ser retenido.
- Anestesia local no en combinación con procedimientos quirúrgicos ambulatorios (D9210): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; sólo para su uso con el fin de realizar un diagnóstico diferencial o como inyección terapéutica para eliminar o controlar una enfermedad o estado anormal. No es un beneficio cuando se realiza cualquier otro tratamiento en la misma fecha de servicio, excepto cuando se necesitan radiografías/fotografías de la zona afectada para diagnosticar y documentar la afección de emergencia.
- Sedación profunda/anestesia general; cada incremento de 15 minutos (D9223): no es un beneficio en la misma fecha de servicio que la analgesia, la ansiólisis, la inhalación de óxido nitroso (D9230), la sedación/analgesia consciente intravenosa (D9239 O D9243) o la sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.
- Óxido nitroso 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 posterior 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; sólo en combinación con los procedimientos que se pagan.
- Llamada al hospital o al centro quirúrgico ambulatorio (D9420): un beneficio por cada hora o fracción de hora, tal como se documenta en el informe operativo. No es un beneficio: para un cirujano asistente; para el tiempo dedicado a compilar la historia del paciente, escribir informes o para visitas postoperatorias o de seguimiento.
- Visita a la oficina para observación (durante las horas regularmente programadas); no se realizan otros servicios (D9430): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor. No es un beneficio cuando se proporcionan procedimientos que no sean radiografías o fotografías necesarias en la misma fecha de servicio; para visitas a pacientes que residen en una casa/centro de atención extendida.
- Visita al consultorio; después de las horas programadas regularmente (D9440): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; sólo con tratamiento que sea un beneficio.
- Fármaco parenteral terapéutico, administración única (D9610): un beneficio para hasta un máximo de cuatro inyecciones por fecha de servicio. No es un beneficio para la administración de un analgésico o sedante cuando se usa en combinación con sedación profunda/anestesia general (D9223), analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230), sedación consciente intravenosa/analgesia (D9239 O D9243) o sedación consciente no intravenosa (D9248); cuando se deniegan todos los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.
- Aplicación de medicamentos desensibilizantes (D9910): un beneficio una vez en un período de 12 meses por proveedor; sólo para dientes permanentes. No es un beneficio cuando se utiliza como base, revestimiento o adhesivo bajo una restauración; la misma fecha de servicio que el tratamiento de flúor (D1206 y D1208).
- Tratamiento de complicaciones (postquirúrgicas); circunstancias inusuales, por informe (D9930): un beneficio una vez por fecha de servicio por proveedor; para el tratamiento de un vaso seco o sangrado excesivo dentro de los 30 días siguientes a la fecha de servicio de una extracción; para la eliminación de fragmentos óseos dentro de los 30 días posteriores a la fecha de servicio de una extracción. No es un beneficio para la eliminación de fragmentos óseos en la misma fecha de servicio que una extracción; para las visitas rutinarias postoperatorias.
- Análisis de oclusión; caso montado (D9950): un beneficio una vez en un período de 12 meses; para pacientes de 13 años o más; sólo para la disfunción de la TMJ diagnosticada; para la dentición permanente. No es sólo un beneficio para el bruxismo.
- Ajuste oclusal; limitado (D9951): un beneficio una vez en un período de 12 meses por cuadrante por proveedor; para pacientes de 13 años o más; sólo para dientes naturales.

No es un beneficio dentro de los 30 días siguientes al tratamiento restaurativo definitivo, endodóntico, removible y fijo de la prostodoncia en el mismo cuadrante u opuesto. Ajuste oclusal; completo (D9952): un beneficio una vez en un período de 12 meses después de un caso montado en el análisis de la oclusión (D9950); para pacientes de 13 años o más; sólo para la disfunción de la ATM diagnosticada; para la dentición permanente.

DIVULGACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

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

Un miembro del plan o el padre no cubierto de un niño cubierto puede solicitar acceso o una copia de la información personal y los expedientes médicos. El consentimiento por escrito para la divulgación de la información y los registros del paciente debe ser firmado por el paciente, junto con la tarifa apropiada, según lo permitido por la ley, antes de que cualquier registro sea divulgado. 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 a disposición de todos los miembros del plan para su revisión bajo petición.

Un miembro del plan puede solicitar que se añada un anexo de 250 o menos palabras a sus registros médicos, de conformidad con la ley estatal. Esta solicitud debe hacerse directamente al proveedor que tenga la custodia de los registros. Si el proveedor deniega al miembro la solicitud de agregar un apéndice, el miembro debe ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de Dental para obtener ayuda.

UNA DECLARACIÓN DE NUESTRA POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD ESTÁ DISPONIBLE PARA USTED BAJO PETICIÓN.

DISPOSICIONES GENERALES

- La CDN está sujeta a los requisitos de la Ley del Plan de Servicios de atención de Salud Knox-Keene de 1975, modificada y el subcapítulo 5.5 del Capítulo 3 del Título 10 del Código de Regulaciones de California, y cualquier disposición que se requiera para estar en este Acuerdo por cualquiera de los anteriores obligará a la CDN, sea o no prevista en este 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 afección que amenaza la vida o enfermedad seriamente debilitante o para negaciones basadas en servicio que no sea médicamente necesario poniéndose en contacto con Servicios para Miembros dentro de los cinco días hábiles de la negación. La solicitud de una revisión médica independiente será revisada por el Director dental o, si es necesario, se referirá al Comité de Garantía de Calidad. Los plazos para considerar solicitudes de revisión médica independiente serán los mismos que para el procesamiento de quejas. Los miembros tienen derecho a presentar información en apoyo de la solicitud de revisión médica independiente.

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

Molina Healthcare Of California / California Dental Network

BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES PARA LA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA		
	<u>Niño Individual</u>	<u>Familia (2 o más niños)</u>
Deducible	Ninguno	Ninguno
Copago del consultorio	Sin cargo	Sin cargo
Período de espera	Ninguno	Ninguno
Límite de beneficios anuales	Ninguno	Ninguno

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

<u>Código</u>	<u>Descripción</u>	<u>Copago de miembros</u>
<u>Diagnóstico</u>		
D0120	Evaluación oral periódica	Sin cargo
D0140	Evaluación oral limitada	Sin cargo
D0145	Evaluación oral para un paciente menor de tres años y asesoramiento con el proveedor de atención primaria	Sin cargo
D0150	Evaluación oral integral	Sin cargo
D0160	Evaluación oral detallada y amplia: problema centrado, por informe	Sin cargo
D0170	Reevaluación; limitada, centrada en el problema (no en la visita postoperatoria)	Sin cargo
D0171	Reevaluación: visita al consultorio posterior a la operación	Sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral	Sin cargo
D0210	Intraoral; serie completa (incluidas las radiografías panorámicas de mordida); limitada a 1 serie cada 36 meses	Sin cargo
D0220	Intraoral; primera radiografía periapical	Sin cargo
D0230	Intraoral; periapical cada radiografía adicional	Sin cargo
D0240	Intraoral; radiografía oclusal	Sin cargo
D0250	Extraoral; primera radiografía	Sin cargo
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	Sin cargo
D0270	Radiografía panorámica de mordida; radiografía simple	Sin cargo
D0272	Radiografía panorámica de mordida; dos radiografías	Sin cargo
D0273	Radiografía panorámica de mordida; tres radiografías	Sin cargo
D0274	Radiografía panorámica de mordida; cuatro radiografías; limitado a 1 serie cada 6 meses	Sin cargo
D0277	Radiografías de mordida verticales: de 7 a 8 radiografías	Sin cargo
D0310	Sialografía	Sin cargo
D0320	Artrograma de articulación temporomandibular, incluida la inyección	Sin cargo
D0322	Estudio tomográfico	Sin cargo
D0330	Radiografía panorámica	Sin cargo
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica	Sin cargo
D0350	Imagen fotográfica oral/facial 2D obtenida intraoralmente o extraoralmente	Sin cargo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Sin cargo

D0470	Los moldes de diagnóstico sólo se pueden proporcionar si se presenta una de las condiciones anteriores	Sin cargo
D0502	Otros procedimientos de patología oral, por informe	Sin cargo
D0601	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de bajo riesgo	Sin cargo
D0602	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo moderado	Sin cargo
D0603	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de alto riesgo	Sin cargo
D0701	Imagen radiográfica panorámica: solo captura de imágenes	Sin cargo
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica en 2D: solo captura de imagen	Sin cargo
D0703	Imagen fotográfica oral/facial en 2D obtenida intraoralmente o extraoralmente: solo captura de imagen	Sin cargo
D0705	Imagen radiográfica dental posterior extraoral: solo captura de imagen	Sin cargo
D0706	Intraoral; imagen radiográfica oclusal; solo captura de imagen	Sin cargo
D0707	Intraoral; imagen radiográfica periapical; solo captura de imagen	Sin cargo
D0708	Intraoral; imagen radiográfica panorámica de mordida; solo captura de imagen	Sin cargo
D0709	Intraoral; serie completa de imágenes radiográficas; solo captura de imágenes	Sin cargo
D0801	Escaneo en 3D de superficies dentales; directo	Sin cargo
D0802	Escaneo en 3D de superficies dentales; indirecto	Sin cargo
D0803	Escaneo en 3D de la superficie facial; directo	Sin cargo
D0804	Escaneo en 3D de la superficie facial; indirecto	Sin cargo
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	Sin cargo
Preventivo		
D1110	Profilaxis para adultos	Sin cargo
D1120	Profilaxis para niños	Sin cargo
D1206	Barniz de fluoruro tópico	Sin cargo
D1208	Aplicación tópica de fluoruro	Sin cargo
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades 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 para la salud bucal, conductual y sistémica asociados con el consumo de sustancias de alto riesgo.	Sin cargo
D1330	Instrucciones de higiene oral	Sin cargo
D1351	Sellador; por diente	Sin cargo
D1352	Restauración preventiva de la resina en un paciente de riesgo moderado a alto de caries; diente permanente	Sin cargo
D1353	Reparación de sellador; por diente	Sin cargo
D1354	Aplicación de medicamentos provisionales para detener la caries; por diente	Sin cargo
D1355	Aplicación de medicamentos preventivos de caries; por diente	Sin cargo
D1510	Mantenedor de espacio; fijo, unilateral	Sin cargo
D1516	Mantenedor de espacio; fijo, bilateral, maxilar	Sin cargo
D1517	Mantenedor de espacio; fijo, bilateral, mandibular	Sin cargo
D1520	Mantenedor de espacio; removible, unilateral	Sin cargo
D1526	Mantenedores de espacio; removible, bilateral, maxilar	Sin cargo
D1527	Mantenedor de espacio; removible, bilateral, mandibular	Sin cargo
D1551	Recementar o volver a adherir el mantenedor de espacio bilateral; maxilar	Sin cargo
D1552	Recementar o volver a adherir el mantenedor de espacio bilateral; mandibular	Sin cargo
D1553	Recementar o volver a adherir el mantenedor de espacio unilateral; por cuadrante	Sin cargo

D1556	Retiro del mantenedor de espacio unilateral fijo; por cuadrante	Sin cargo
D1557	Retiro del mantenedor de espacio fijo; maxilar	Sin cargo
D1558	Retiro del mantenedor de espacio fijo; mandibular	Sin cargo
D1575	Mantenedor de espacio distal de la zapata; fijo, unilateral, por cuadrante	Sin cargo
Restaurativo		
D2140	Amalgama; una superficie permanente o primaria	\$25
D2150	Amalgama; dos superficies permanentes o primarias	\$30
D2160	Amalgama; tres superficies permanentes o primarias	\$40
D2161	Amalgama; cuatro o más superficies permanentes o primarias	\$45
D2330	Compuesto a base de resina; una superficie, anterior	\$30
D2331	Compuesto a base de resina; dos superficies, anterior	\$45
D2332	Compuesto a base de resina; tres superficies, anterior	\$55
D2335	Compuesto a base de resina; cuatro o más superficies o con ángulo incisal (anterior)	\$60
D2390	Corona compuesta a base de resina, anterior	\$50
D2391	Compuesto a base de resina; una superficie, posterior	\$30
D2392	Compuesto a base de resina; dos superficies, posterior	\$40
D2393	Compuesto a base de resina; tres superficies, posterior	\$50
D2394	Compuesto a base de resina; cuatro o más superficies, posterior	\$70
D2710	Corona; compuesto a base de resina en laboratorio	\$140
D2712	Corona; 3/4 compuesto a base de resina (indirecto)	\$190
D2721	Corona; resina con metal predominantemente base	\$300
D2740	Corona; porcelana/cerámica	\$300
D2751	Corona; porcelana fundida con metal predominantemente base	\$300
D2781	Corona; 3/4 fundición de metal predominantemente base	\$300
D2783	Corona; 3/4 porcelana/cerámica	\$310
D2791	Corona; metal predominantemente base de fundición completa	\$300
D2910	Restauración de cementación de la cobertura parcial de la incrustación	\$25
D2915	Recementar perno y núcleo de fundición o prefabricados	\$25
D2920	Recementar corona	\$25
D2921	Reenganche de fragmento de diente, borde incisal o cúspide	\$45
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica; diente permanente	\$120
D2929	Corona de porcelana/cerámica prefabricada; diente primario	\$95
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable; diente primario	\$65
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable; diente permanente	\$75
D2932	Corona de resina prefabricada	\$75
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	\$80
D2940	Restauración protectora	\$25
D2941	Restauración terapéutica provisoria; dentición primaria	\$30
D2949	Base restauradora para una restauración indirecta	\$45
D2950	Acumulación de núcleo, incluidos los pernos	\$20
D2951	Retención de perno; por diente, además de restauración	\$25
D2952	Perno y muñón además de corona, de fabricación indirecta	\$100
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, en el mismo diente	\$30
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de corona	\$90

D2955	Extracción posterior	\$60
D2957	Cada perno prefabricado adicional; mismo diente	\$35
D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que se ajuste debajo de una estructura de prótesis parcial existente	\$35
D2980	Reparación de la corona, por informe	\$50
D2999	Procedimiento restaurador no especificado, por informe	\$40
Endodoncia		
D3110	Tapón de pulpa; directo (excluida la restauración final)	\$20
D3120	Tapón de pulpa (indirecto) excluida la restauración final	\$25
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluida la restauración final)	\$40
D3221	Desbridamiento pulpal, dientes primarios y permanentes	\$40
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis; diente permanente con desarrollo de raíces incompleto	\$60
D3230	Terapia pulpal (relleno reabsorbible); diente primario anterior (excluida la restauración final)	\$55
D3240	Terapia pulpal (relleno reabsorbible); diente primario posterior (excluida la restauración final)	\$55
D3310	Tratamiento de conducto, diente anterior (excluida la restauración final)	\$195
D3320	Tratamiento de conducto, diente premolar (excluida la restauración final)	\$235
D3330	Tratamiento de conducto, molar (excluida la restauración final)	\$300
D3331	Tratamiento de obstrucción de endodoncia; acceso no quirúrgico	\$50
D3333	Reparación interna de la raíz de defectos de perforación	\$80
D3346	Repetición del tratamiento de conducto previo; anterior	\$240
D3347	Repetición del tratamiento de conducto previo; premolar	\$295
D3348	Repetición del tratamiento de conducto previo; molar	\$350
D3351	Apexificación/recalcificación; consulta inicial	\$85
D3352	Apexificación/recalcificación; provisoria	\$45
D3410	Apicoectomía/cirugía perirradicular anterior	\$240
D3421	Apicectomía/cirugía perirradicular, premolar (primera raíz)	\$250
D3425	Apicoectomía/cirugía perirradicular; molar (primera raíz)	\$275
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular; molar, cada raíz adicional	\$110
D3428	Injerto óseo junto con cirugía perirradicular; por diente, en un solo sitio	\$350
D3429	Injerto óseo en conjunto con cirugía perirradicular; cada uno adicional Diente contiguo en el mismo sitio quirúrgico	\$350
D3430	Obturación moderada; por raíz	\$90
D3431	Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de tejidos blandos y óseos, en combinación con la cirugía perirradicular	\$80
D3471	Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular; anterior	\$160
D3472	Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular; premolar	\$160
D3473	Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular; molar	\$160
D3910	Procedimiento quirúrgico para el aislamiento del diente con un dique de goma	\$30
D3999	Procedimiento endodóntico no especificado, por informe	\$100
Periodoncia		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios dentados limitados por cuadrante	\$150
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	\$50
D4249	Alargamiento clínico de la corona; tejido duro	\$165
D4260	Cirugía ósea/mucosa/gingival por cuadrante	\$265

D4261	Cirugía ósea (incluida la entrada y los cierres del colgajo); uno a tres dientes contiguos o espacios limitados a los dientes; por cuadrante	\$140
D4265	Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de tejidos blandos y óseos, por sitio.	\$80
D4341	Raspado y alisado radicular periodontal; cuatro o más dientes por cuadrante	\$55
D4342	Raspado y alisado radicular periodontal; uno a tres dientes por cuadrante	\$30
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada: boca completa, después de la evaluación oral	\$40
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y diagnóstico periodontal integral en una visita posterior.	\$40
D4381	Entrega localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada en tejido crevicular 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
Prótesis removibles		
D5110	Dentadura completa; maxilar	\$300
D5120	Dentadura completa; mandibular	\$300
D5130	Dentadura inmediata; maxilar	\$300
D5140	Dentadura inmediata; mandibular	\$300
D5211	Dentadura parcial maxilar; a base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, soportes y dientes)	\$300
D5212	Dentadura parcial mandibular; a base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, soportes y dientes)	\$300
D5213	Dentadura parcial maxilar; estructura de metal fundido con bases de resina para prótesis (incluidos materiales de retención/sujeción, cualquier gancho, soporte y diente convencional)	\$335
D5214	Dentadura parcial mandibular; estructura de metal fundido con bases de resina para prótesis (incluidos materiales de retención/sujeción, cualquier gancho, soporte y diente convencional)	\$335
D5221	Dentadura postiza parcial superior inmediata; base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, soportes y dientes)	\$275
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata; base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, soportes y dientes)	\$275
D5223	Dentadura parcial maxilar inmediata; estructura de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos cualquier retenedor, soportes y dientes convencionales)	\$330
D5224	Dentadura parcial mandibular inmediata; estructura de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos cualquier retenedor, soportes y dientes convencionales)	\$330
D5410	Ajustar la dentadura completa; maxilar	\$20
D5411	Ajustar la dentadura completa; mandibular	\$20
D5421	Ajustar la dentadura parcial; maxilar	\$20
D5422	Ajustar la dentadura parcial; mandibular	\$20
D5511	Reparar la base de la dentadura completa rota; mandibular	\$40
D5512	Reparar la base de la dentadura completa rota; maxilar	\$40
D5520	Sustituir dientes faltantes o rotos; dentadura completa (cada diente)	\$40
D5611	Reparar la dentadura de resina base; mandibular	\$40
D5612	Reparar la dentadura de resina base; maxilar	\$40
D5621	Reparar la estructura de fundición; mandibular	\$40
D5622	Reparar la estructura de fundición, maxilar	\$40
D5630	Reparar o sustituir el gancho roto	\$50
D5640	Sustituir los dientes rotos; por diente	\$35

D5650	Añadir diente a la dentadura parcial existente	\$35
D5660	Añadir gancho a la dentadura parcial existente	\$60
D5730	Revestir la dentadura maxilar completa (en el consultorio)	\$60
D5731	Revestir la dentadura mandibular completa (en el consultorio)	\$60
D5740	Revestir la dentadura parcial maxilar (en el consultorio)	\$60
D5741	Revestir la dentadura parcial mandibular (en el consultorio)	\$60
D5750	Revestir la dentadura maxilar completa (en laboratorio)	\$90
D5751	Revestir la dentadura mandibular completa (en laboratorio)	\$90
D5760	Revestir la dentadura parcial maxilar (en laboratorio)	\$80
D5761	Revestir la dentadura parcial mandibular (en laboratorio)	\$80
D5850	Acondicionamiento del tejido, maxilar	\$30
D5851	Acondicionamiento del tejido, mandibular	\$30
D5862	Accesorio de precisión, por informe	\$90
D5863	Sobredentadura maxilar completa	\$300
D5864	Sobredentadura maxilar parcial	\$300
D5865	Sobredentadura mandibular completa	\$300
D5866	Sobredentadura mandibular parcial	\$300
D5899	Procedimiento prostodóntico removible no especificado, por informe	\$350
Prótesis maxilofaciales		
D5911	Moldeado facial (seccional)	\$285
D5912	Moldeado facial (completo)	\$350
D5913	Prótesis nasal	\$350
D5914	Prótesis auricular	\$350
D5915	Prótesis orbitales	\$350
D5916	Prótesis ocular	\$350
D5919	Prótesis facial	\$350
D5922	Prótesis del tabique nasal	\$350
D5923	Prótesis ocular, provisoria	\$350
D5924	Prótesis craneal	\$350
D5925	Prótesis de implante de aumento facial	\$200
D5926	Prótesis nasal, reemplazo	\$200
D5927	Prótesis auricular, reemplazo	\$200
D5928	Prótesis orbitales, reemplazo	\$200
D5929	Prótesis facial, reemplazo	\$200
D5931	Prótesis de obturador, quirúrgica	\$350
D5932	Prótesis de obturador, definitiva	\$350
D5933	Prótesis de obturador, modificación	\$150
D5934	Prótesis de resección mandibular con brida guía	\$350
D5935	Prótesis de resección mandibular sin brida guía	\$350
D5936	Prótesis de obturador, provisoria	\$350
D5937	Aparato para trismus (no para el tratamiento con TMD)	\$85
D5951	Ayuda para la alimentación	\$135
D5952	Prótesis de ayuda para el habla, pediátrica	\$350
D5953	Prótesis de ayuda para el habla, adulto	\$350

D5954	Prótesis de aumento palatal	\$135
D5955	Prótesis de elevación del paladar, definitiva	\$350
D5958	Prótesis de elevación del paladar, provisoria	\$350
D5959	Prótesis de elevación del paladar, modificación	\$145
D5960	Prótesis para ayuda del habla, modificación	\$145
D5982	Stent quirúrgico	\$70
D5983	Portador de radiación	\$55
D5984	Pantalla antirradiación	\$85
D5985	Localizador del cono de radiación	\$135
D5986	Portador de gel de fluoruro	\$35
D5987	Férula de comisura	\$85
D5988	Férula quirúrgica	\$95
D5991	Portador de medicamentos tópicos	\$70
D5999	Prótesis maxilofacial no especificada, por informe	\$350
Servicios de implante		
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante; implante endosteal	\$350
D6011	Acceso quirúrgico al cuerpo del implante (cirugía de segunda etapa para el implante)	\$350
D6012	Colocación quirúrgica de un cuerpo de implante provisoria para prótesis de transición; implante endoóseo	\$350
D6013	Colocación quirúrgica de mini implante	\$350
D6040	Colocación quirúrgica: implante eposteal	\$350
D6050	Colocación quirúrgica: implante transosteal	\$350
D6055	Barra de conexión: soporte de implante o soporte de pilar	\$350
D6056	Pilar prefabricado; incluye modificación y colocación	\$135
D6057	Pilar fabricado a medida; incluye colocación	\$180
D6058	Corona de porcelana/cerámica con soporte de pilar	\$320
D6059	Corona de porcelana fundida a metal con soporte de pilar (metal altamente noble)	\$315
D6060	Corona de porcelana fundida a metal con soporte de pilar (metal predominantemente base)	\$295
D6061	Corona de porcelana fundida a metal con soporte de pilar (metal noble)	\$300
D6062	Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal altamente noble)	\$315
D6063	Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal predominantemente base)	\$300
D6064	Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal noble)	\$315
D6065	Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante	\$340
D6066	Corona con soporte de implante: porcelana fundida con aleaciones altamente nobles	\$335
D6067	Corona con soporte de implante (aleaciones altamente nobles)	\$340
D6068	Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana/cerámica	\$320
D6069	Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal altamente noble)	\$315
D6070	Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal predominantemente base)	\$290
D6071	Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble)	\$300
D6072	Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal altamente noble)	\$315
D6073	Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal predominantemente base)	\$290
D6074	Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal fundido (metal noble)	\$320

D6075	Retenedor con soporte de implante para FPD cerámico	\$335
D6076	Retenedor con soporte de implante para FPD (porcelana fundida con aleaciones altamente nobles)	\$330
D6077	Retenedor con soporte de implante para FPD metálico (aleaciones altamente nobles)	\$350
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes, incluidas extracción de prótesis, limpieza de prótesis y pilares y inserción de prótesis	\$30
D6081	Raspado y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin entrada y cierre del colgajo	\$30
D6082	Corona con soporte de implante; porcelana fundida con aleaciones predominantemente base	\$335
D6083	Corona con soporte de implante; porcelana fundida con aleaciones nobles	\$335
D6084	Corona con soporte de implante; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$335
D6085	Corona de implante provisorio	\$300
D6086	Corona con soporte de implante; aleaciones predominantemente base	\$340
D6087	Corona con soporte de implante; aleaciones nobles	\$340
D6088	Corona con soporte de implante; titanio y aleaciones de titanio	\$340
D6090	Reparar la prótesis con soporte de implante, por informe	\$65
D6091	Reemplazo de pieza reemplazable de accesorio de precisión o semiprecisión de prótesis con soporte de implante/pilar, por accesorio	\$40
D6092	Recementar corona con soporte de implante/pilar	\$25
D6093	Recementar dentadura parcial fija con soporte de implante/pilar	\$35
D6094	Corona con soporte de pilar (titanio)	\$295
D6095	Reparar el pilar del implante, por informe	\$65
D6096	Retirar tornillo de retención del implante roto	\$60
D6097	Corona con soporte de pilar; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$315
D6098	Retenedor con soporte de implante; porcelana fundida con aleaciones predominantemente base	\$330
D6099	Retenedor con soporte de implante para FPD; porcelana fundida con aleaciones nobles	\$330
D6100	Extracción quirúrgica del cuerpo del implante	\$110
D6105	Extracción del cuerpo del implante que no requiere extracción de hueso ni elevación del colgajo	\$110
D6110	Dentadura extraíble con soporte de implante/pilar para arco edéntulo; maxilar	\$350
D6111	Dentadura extraíble con soporte de implante/pilar para arco edéntulo; mandibular	\$350
D6112	Dentadura extraíble con soporte de implante/pilar para arco edéntulo parcial; maxilar	\$350
D6113	Dentadura extraíble con soporte de implante/pilar para arco edéntulo parcial; mandibular	\$350
D6114	Dentadura fija con soporte de implante/pilar para arco edéntulo; maxilar	\$350
D6115	Dentadura fija con soporte de implante/pilar para arco edéntulo; mandibular	\$350
D6116	Dentadura fija con soporte de implante/pilar para arco edéntulo parcial; maxilar	\$350
D6117	Dentadura fija con soporte de implante/pilar para arco edéntulo parcial; mandibular	\$350
D6118	Dentadura fija provisoria con soporte de implante/pilar para arco edéntulo; mandibular	\$350
D6119	Dentadura fija provisoria con soporte de implante/pilar para arco edéntulo; maxilar	\$350
D6120	Retenedor con soporte de implante; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$330
D6121	Retenedor con soporte de implante para FPD metálico; aleaciones predominantemente base	\$350
D6122	Retenedor con soporte de implante para FPD metálico; aleaciones nobles	\$350

D6123	Retenedor con soporte de implante para FPD metálico; titanio y aleaciones de titanio	\$350
D6190	Índice de implante radiográfico/quirúrgico, por informe	\$75
D6191	Pilar de semiprecisión; colocación	\$350
D6192	Accesorio de semiprecisión; colocación	\$350
D6194	Corona de retención con soporte de pilar para FPD (titanio)	\$265
D6195	Retenedor con soporte de pilar; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$315
D6197	Reemplazo del material de restauración utilizado para cerrar una abertura de acceso de una prótesis atornillada con soporte de implante, por implante	\$95
D6198	Retirar el componente del implante provisorio	\$110
D6199	Procedimiento de implante no especificado, por informe	\$350
Prostodoncia; fija		
D6211	Póntico; metal fundido predominantemente base	\$300
D6241	Póntico; porcelana fundida con metal predominantemente base	\$300
D6245	Póntico; porcelana/cerámica	\$300
D6251	Póntico; resina con metal predominantemente base	\$300
D6721	Corona; resina con metal predominantemente base	\$300
D6740	Corona; porcelana/cerámica	\$300
D6751	Corona; porcelana fundida con metal predominantemente base	\$300
D6781	Corona; 3/4 fundición de metal predominantemente base	\$300
D6783	Corona; 3/4 porcelana/cerámica	\$300
D6784	Corona retenedora 3/4; titanio y aleaciones de titanio	\$300
D6791	Corona; metal predominantemente base de fundición completa	\$300
D6930	Recementar puente	\$40
D6980	Reparación de dentadura fija parcial necesaria por fallo del material restaurador	\$95
D6999	Procedimiento prostodóntico fijo no especificado, por informe	\$350
Cirugía oral maxilofacial		
D7111	Extracción, restos coronales; diente primario	\$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 afectado; tejido blando	\$95
D7230	Extracción del diente afectado; parcialmente ósea	\$145
D7240	Extracción del diente afectado; completamente ósea	\$160
D7241	Extracción del diente afectado; completamente ósea 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 a un diente retenido	\$220
D7283	Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente afectado	\$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 supra crestal, por informe	\$80
D7310	Alveoloplastia en combinación con extracciones; por cuadrante	\$85
D7311	Alveoloplastia en combinación con extracciones; uno a tres dientes o espacios de dientes, por cuadrante	\$50
D7320	Alvéoloplastia no en combinación con extracciones; por cuadrante	\$120
D7321	Alvéoloplastia no en combinación con extracciones; uno a tres dientes o espacios de dientes, por cuadrante	\$65
D7340	Vestibuloplastia; extensión de la cresta (epitelialización secundaria)	\$350
D7350	Vestibuloplastia; extensión de la cresta (incluidos injertos de tejido blando, reapego muscular, revisión del apego de tejido blando y manejo del tejido hipertrofiado e hiperplásico)	\$350
D7410	Escisión de lesión benigna de hasta 1.25 cm	\$75
D7411	Escisión de lesión benigna superior a 1.25 cm	\$115
D7412	Escisión de lesión benigna, complicada	\$175
D7413	Escisión de lesión maligna de hasta 1.25 cm	\$95
D7414	Escisión de lesión maligna superior a 1.25 cm	\$120
D7415	Escisión de lesión maligna, complicada	\$255
D7440	Escisión de un tumor maligno; diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$105
D7441	Escisión de un tumor maligno; diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$185
D7450	Extirpación de tumor o quiste odontogénico benigno; diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$180
D7451	Extirpación de tumor o quiste odontogénico benigno; diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$330
D7460	Extirpación de tumor o quiste no odontogénico benigno; diámetro de lesión de hasta 1.25 cm	\$155
D7461	Extirpación de tumor o quiste no odontogénico benigno; diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$250
D7465	Destrucción de las lesiones por método físico o químico, por informe	\$40
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	\$140
D7472	Extracción del torus palatino	\$145
D7473	Extracción del torus mandibularis	\$140
D7485	Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea	\$105
D7490	Resección radical del maxilar o de la mandíbula	\$350
D7509	Marsupialización del quiste odontogénico	\$180
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 del absceso; tejido blando extraoral	\$70
D7521	Incisión y drenaje del absceso; tejido blando extraoral, 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, sistema musculoesquelético	\$75
D7550	Ostectomía parcial/secuestrectomía 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 de malar o cigomático; reducción abierta	\$350

D7660	Arco de malar o cigomático; reducción cerrada	\$350
D7670	Alveolo; la reducción cerrada puede incluir la estabilización de los dientes	\$170
D7671	Alveolo; la reducción abierta puede incluir la estabilización de los dientes	\$230
D7680	Huesos faciales; reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos	\$350
D7710	Maxilar; reducción abierta	\$110
D7720	Maxilar; reducción cerrada	\$180
D7730	Mandíbula; reducción abierta	\$350
D7740	Mandíbula; reducción cerrada	\$290
D7750	Arco de malar o cigomático; reducción abierta	\$220
D7760	Arco de malar o cigomático; reducción cerrada	\$350
D7770	Alveolo; estabilización de los dientes por reducción abierta	\$135
D7771	Alveolo, estabilización de los dientes de reducción cerrada	\$160
D7780	Huesos faciales; reducción complicada con fijación y múltiples enfoques quirúrgicos	\$350
D7810	Reducción abierta de la dislocación	\$350
D7820	Reducción cerrada de la dislocación	\$80
D7830	Manipulación bajo anestesia	\$85
D7840	Condilectomía	\$350
D7850	Disquectomía quirúrgica, con/sin implante	\$350
D7852	Reparación de discos	\$350
D7854	Sinovectomía	\$350
D7856	Miotomía	\$350
D7858	Reconstrucción de las articulaciones	\$350
D7860	Artrostomía	\$350
D7865	Artroplastía	\$350
D7870	Artrocentesis	\$90
D7871	Lisis no artroscópica y lavado	\$150
D7872	Artroscopia – diagnóstico, con o sin biopsia	\$350
D7873	Artroscopia; quirúrgica: lavado y lisis de adherencias	\$350
D7874	Artroscopia; quirúrgica: reposicionamiento y estabilización de los discos	\$350
D7875	Artroscopia; quirúrgica: sinovectomía	\$350
D7876	Artroscopia; quirúrgica: disquectomía	\$350
D7877	Artroscopia; quirúrgica: desbridamiento	\$350
D7880	Dispositivo ortótico oclusal, por informe	\$120
D7881	Ajuste del dispositivo ortótico oclusal	\$30
D7899	Terapia TMD no especificada, por informe	\$350
D7910	Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm	\$35
D7911	Sutura complicada; hasta 5 cm	\$55
D7912	Sutura complicada; superior a 5 cm	\$130
D7920	Injerto de piel (identifique defecto cubierto, localización y tipo de injerto)	\$120
D7922	Colocación de un apósito biológico intraalveolar para ayudar en la hemostasia o la estabilización de la coagulación, por sitio	\$80
D7940	Osteoplastia; por deformidades ortognáticas	\$160
D7941	Osteotomía; ramus mandibular	\$350
D7943	Osteotomía; ramus mandibular con injerto ósea, incluye la 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 óseo	\$350
D7949	LeFort II o LeFort III; con injerto óseo	\$350
D7950	Injerto óseo, osteoperiostal, o de cartílago de huesos mandibulares o faciales, autógenos o no autógenos, por informe	\$190
D7951	Aumento sinusal con huesos o sustitutos óseos a través de un abordaje abierto lateral	\$290
D7952	Aumento sinusal con hueso o sustituto óseo mediante un abordaje vertical	\$175
D7955	Reparación del defecto del tejido blando o duro maxilofacial	\$200
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$120
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$120
D7963	Frenuloplastia	\$120
D7970	Escisión de tejido hiperplásico; por arco	\$175
D7971	Escisión de gingival 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	Sialodochoplastia	\$215
D7983	Cierre de la fístula salival	\$140
D7990	Traqueotomía de emergencia	\$350
D7991	Coronoidectomía	\$345
D7995	Injerto sintético; huesos faciales o mandíbula, por informe	\$150
D7997	Extracción del dispositivo (no por el dentista que lo colocó), 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 con discapacidad de la dentición adolescente	\$1,000
D8210	Tratamiento con aparatos extraíbles	
D8220	Tratamiento con aparatos fijos	
D8660	Visita de tratamiento preortodóncico	
D8670	Visita periódica de tratamiento ortodóncico (como parte de un contrato), maloclusión con discapacidad	
D8680	Retención ortodóncica (retirada de aparatos, construcción y colocación de retenedores)	
D8681	Ajuste del retenedor ortodóncico extraíble	
D8696	Reparación de aparatos de ortodoncia; maxilar	
D8697	Reparación de aparatos de ortodoncia; mandibular	
D8698	Recementar o volver a adherir el retenedor fijo; maxilar	
D8699	Recementar o volver a adherir el retenedor fijo; mandibular	
D8701	Reparación de retenedor fijo, incluye reinserción; maxilar	
D8702	Reparación de retenedor fijo, incluye reinserción; mandibular	
D8703	Reemplazo de retenedor perdido o roto; maxilar	

D8704	Reemplazo de retenedor perdido o roto; mandibular	
D8999	Procedimiento ortodóncico no especificado, por informe	
Servicios generales complementarios		
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental; procedimiento menor por visita	\$30
D9120	Seccionamiento de dentadura parcial fija	\$95
D9210	Anestesia local no en combinación con procedimientos quirúrgicos ambulatorios	\$10
D9211	Anestesia de bloqueo regional	\$20
D9212	Anestesia de bloqueo de división trigémino	\$60
D9215	Anestesia local	\$15
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	\$45
D9222	Sedación profunda/anestesia general; primeros 15 minutos	\$45
D9223	Sedación profunda/anestesia general; cada incremento subsiguiente de 15 minutos	\$45
D9230	Óxido nitroso analgésico	\$15
D9239	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente); primeros 15 minutos	\$60
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente); cada incremento posterior de 15 minutos	\$60
D9248	Sedación consciente no intravenosa	\$65
D9310	Consulta; servicio de diagnóstico proporcionado por el dentista o el médico que no sea el dentista o el médico que lo solicite	\$50
D9311	Consulta con un profesional de la salud	Sin cargo
D9410	Llamada a la casa/centro de cuidado extendido	\$50
D9420	Llamada al hospital o al centro quirúrgico ambulatorio	\$135
D9430	Visita al consultorio para observación (durante horas regularmente programadas); no se realizan otros servicios	\$20
D9440	Visita al consultorio; después de las horas programadas regularmente	\$45
D9610	Fármaco parenteral terapéutico, administración única	\$30
D9612	Fármaco parenteral terapéutico, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	\$40
D9910	Aplicación de medicamentos desensibilizantes	\$20
D9930	Tratamiento de complicaciones (postquirúrgicas); circunstancias inusuales, por informe	\$35
D9950	Análisis de oclusión; caso montado	\$120
D9951	Ajuste oclusal; limitado	\$45
D9952	Ajuste oclusal; completo	\$210
D9995	Teleodontología; sincrónica; encuentro en tiempo real	Sin cargo
D9996	Teleodontología; asíncrona; información almacenada y enviada al dentista para revisión posterior	Sin cargo
D9997	Gestión de casos dentales; pacientes con necesidades especiales de atención médica	Sin cargo
D9999	Procedimiento complementario no especificado, por informe	Sin cargo

Notas finales de los Diseños del Plan de Beneficios Estándar Dental de 2024

Notas sobre la EHB para odontología pediátrica (sólo aplicable a la porción pediátrica del Plan Dental para Niños, Plan Dental Familiar o Plan Dental de Grupo)

- 1) Los pagos de costo compartido realizados por cada niño individual por servicios cubiertos en la red se acumulan al máximo de bolsillo del niño. Una vez que se ha alcanzado el máximo de bolsillo individual del niño, el plan paga todos los costos por los servicios cubiertos para ese niño.
- 2) En un plan con dos o más hijos, los pagos de los costos compartidos realizados por cada niño individual por servicios en la red contribuyen al deducible de la familia en la red, si es aplicable, así como al máximo de bolsillo de la familia.
- 3) En un plan con dos o más hijos, los pagos de los costos compartidos realizados por cada niño individual por servicios cubiertos fuera de la red contribuyen al deducible fuera de la red de la familia, si es aplicable, y no se acumulan al máximo de su bolsillo de la familia.
- 4) La administración de estos diseños del plan debe cumplir con los requisitos del plan de referencia EHB para odontología pediátrica, incluida la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad médica tal como se define en el beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos (EPSDT, en inglés).
- 5) Los costos compartidos de los miembros para los servicios de ortodoncia médicamente necesarios se aplican al curso del tratamiento, no a los años de beneficios individuales dentro de un curso de tratamiento de varios años. Esta participación en el costo de los miembros se aplica al curso del tratamiento siempre y cuando el miembro siga inscrito en el plan.
- 6) En la medida en que los planes dentales puedan ofrecer teleodontología, se ofrecerá sin costo alguno.