

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. Marketplace

2024

Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura

Por favor lea este Acuerdo cuidadosamente. Si no está satisfecho con Su Acuerdo, puede devolverlo a Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. dentro de los 10 días siguientes a la recepción del Acuerdo. Si lo devuelve dentro del período de 10 días, Nosotros consideraremos este Acuerdo como si nunca hubiera sido emitido. Le devolveremos todos sus pagos de primas. Si devuelve este Acuerdo según esta disposición, será responsable del pago de cualquier servicio de atención médica que Usted o un Dependiente recibieron antes de devolver el Acuerdo.

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.
11002 W. Park Place
Milwaukee, WI 53224-9931



MHWI01012024
WI24EOCS

Marcador de posición de avisos de la primera página

Aviso de servicios dentales pediátricos: AVISO: ESTE ACUERDO NO INCLUYE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS COMO SE REQUIERE BAJO LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE. ESTA COBERTURA ESTÁ DISPONIBLE EN EL MARKETPLACE DE SEGUROS MÉDICOS. SE PUEDE COMPRAR COMO UN PRODUCTO INDEPENDIENTE. COMUNÍQUESE CON SU COMPAÑÍA DE SEGUROS, AGENTE O CON EL MARKETPLACE FEDERAL DE SEGUROS MÉDICOS FACILITADO SI DESEA COMPRAR COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA O UN PRODUCTO DENTAL INDEPENDIENTE.

Servicios para planes limitados para indígenas americanos y nativos de Alaska

- En el caso de planes individuales con cero costos compartidos, los indígenas americanos y nativos de Alaska no tienen costo compartido cuando reciben servicios cubiertos de proveedores participantes.
- En el caso de planes individuales con costo compartido limitado, los indígenas americanos y nativos de Alaska no tienen costos compartidos cuando reciben servicios cubiertos de un proveedor de atención médica indígena o de otro proveedor si tienen una derivación de un proveedor de atención médica indígena. Para obtener más información, visite MolinaMarketplace.com.

Aviso de planes múltiples: AVISO: SI USTED O LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA ESTÁN CUBIERTOS POR MÁS DE UN PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA, ES POSIBLE QUE NO PUEDA OBTENER BENEFICIOS DE AMBOS PLANES. CADA PLAN PUEDE REQUERIR QUE USTED SIGA SUS REGLAS O USE MÉDICOS Y HOSPITALES ESPECÍFICOS, Y PUEDE SER IMPOSIBLE CUMPLIR CON AMBOS PLANES AL MISMO TIEMPO. LEA TODAS LAS REGLAS CON MUCHO CUIDADO, INCLUIDA LA SECCIÓN DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS, Y COMPÁRELAS CON LAS REGLAS DE CUALQUIER OTRO PLAN QUE LE CUBRA A USTED O A SU FAMILIA.

GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA

Servicio	Necesidad	Dónde ir
Servicios de emergencia	Tratamiento de una afección médica de emergencia	Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias de cualquier hospital, incluso si se trata de un proveedor no participante o que se encuentra fuera del área de servicio.
Cómo obtener atención	- Atención de urgencia - Enfermedades leves - Lesiones menores - Atención médica virtual - Exámenes físicos y chequeos - Atención médica preventiva - Inmunizaciones (vacunas)	Llame a su médico Centros de atención de urgencia Busque un proveedor o centro de atención médica de urgencia. MolinaHealthcare.com/ProviderSearch Atención médica virtual www.teladoc.com/molinamarketplace 1-800-TELADOC Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas 1 (888) 275-8750 (inglés) 1 (866) 648-3537 (español)
Acceso en línea	- Encontrar o cambiar a su médico. - Ver los beneficios y el Manual del Miembro. - Ver o imprimir tarjeta de identificación (ID). - Realizar un seguimiento de los reclamos.	Ingrese en MyMolina.com. Descargue la aplicación Molina Mobile. Visite el Directorio de proveedores MolinaMarketplace.com
Detalles del plan	- 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 - Quejas de proveedores	Centro de Apoyo al Cliente de Molina Molina Healthcare of Wisconsin 11002 W. Park Place Milwaukee, WI 53224 1 (888) 560-2043 TTY/TDD: 711 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Centro. Ingrese en MyMolina.com.
Elegibilidad e inscripción	- Preguntas de elegibilidad - Agregar un dependiente - Informar un cambio de dirección o ingresos	Comuníquese con Healthcare.gov al 1(800) 318-2596 Ingrese en Healthcare.gov

TABLA DE CONTENIDOS

CONTENIDO

GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA	3
TABLA DE CONTENIDOS	4
DEFINICIONES	8
INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD	12
PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA	12
PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN	12
COBERTURA SOLO PARA NIÑOS.....	13
DEPENDIENTES	13
PAGO DE LA PRIMA.....	15
CRÉDITO FISCAL ANTICIPADO PARA LA PRIMA (APTC).....	15
PAGOS	15
PAGOS DE PRIMAS Y COSTOS COMPARTIDOS POR PARTE DE TERCEROS	15
AVISO DE PAGO ATRASADO.....	15
PERÍODO DE GRACIA	15
NOTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO	16
REINTEGRACIÓN LUEGO DE LA TERMINACIÓN	16
REINSCRIPCIÓN LUEGO DE LA TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO	16
RENOVACIÓN DE LA COBERTURA.....	16
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.....	16
EL DEPENDIENTE O NIÑO NO REÚNE LOS REQUISITOS DEBIDO A SU EDAD	17
EL MIEMBRO NO REÚNE LOS REQUISITOS.....	17
FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS	17
FRAUDE O TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL:	17
SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN POR PARTE DEL MIEMBRO	17
INTERRUPCIÓN DE UN PRODUCTO EN PARTICULAR	17
INTERRUPCIÓN DE TODA LA COBERTURA	17
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.....	17
TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN	18
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA	19
SERVICIOS DE TELESALUD:	20
PROVEEDOR NO PARTICIPANTE PARA BRINDAR UN SERVICIO CUBIERTO:	21
OBJECIONES MORALES:.....	21
ACCESO A LA ATENCIÓN PARA MIEMBROS CON DISCAPACIDADES	21
ACCESO FÍSICO:.....	21
ACCESO PARA PERSONAS SORDAS O CON PROBLEMAS DE AUDICIÓN:	21
ACCESO PARA PERSONAS CON VISIÓN DISMINUIDA O CIEGAS:	21
RECLAMACIONES SOBRE EL ACCESO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD:	21
AUTORIZACIÓN PREVIA.....	22
SEGUNDA OPINIÓN	23
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	24
COSTOS COMPARTIDOS	28
SERVICIOS CUBIERTOS.....	29
BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES	29

ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS	29
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (ASD)	31
TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER:	37
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA	37
SERVICIOS PARA LA DIABETES	37
SERVICIOS DE DIÁLISIS	38
SERVICIOS DE EMERGENCIA	38
TRANSPORTE MÉDICO DE EMERGENCIA	39
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	39
SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LAS HABILIDADES	39
ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA	40
SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS	41
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS	41
PRUEBAS DE LABORATORIO, RADIOLOGÍA (RAYOS X) Y SERVICIOS DE ESCANEEO ESPECIALIZADOS	41
SERVICIOS DE SALUD MENTAL (PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS)	41
LEY DE PARIDAD EN SALUD MENTAL Y EQUIDAD EN ADICCIONES	42
SERVICIOS MÉDICOS: MOLINA CUBRE, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE MÉDICO AMBULATORIOS:	42
EMBARAZO Y MATERNIDAD	43
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	43
SERVICIOS PREVENTIVOS:	43
DISPOSITIVOS PROTÉSICOS, ORTOPÉDICOS, IMPLANTADOS INTERNOS Y EXTERNOS:	44
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA:	45
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:	45
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA:	45
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS):	45
CIRUGÍA (PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS):	46
SERVICIOS PARA EL SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR ("ATM"):	46
SERVICIOS DE TRASPLANTE:	46
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA	47
SERVICIOS DE VISIÓN (ADULTOS Y PEDIÁTRICOS):	47
MEDICAMENTOS RECETADOS	48
SITIO DE ATENCIÓN PARA EL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS REQUERIDOS ADMINISTRADOS POR EL PROVEEDOR	51
EXCLUSIONES	54
RECLAMACIONES	58
CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN	58
PROCESAMIENTO DE RECLAMOS	58
PAGO DE MOLINA	58
PAGO DE FACTURAS	59
AVISOS LEGALES	59
LA RESPONSABILIDAD DE TERCEROS:	59
INDEMNIZACIÓN LABORAL	59
RENOVACIÓN DE LA COBERTURA	60
CAMBIOS EN LAS PRIMAS Y LOS COSTOS COMPARTIDOS	60
ACTOS FUERA DEL CONTROL DE MOLINA	60
EXENCIÓN	60
NO DISCRIMINACIÓN	60
INFORMACIÓN GENÉTICA	60
ACUERDO VINCULANTE PARA LOS MIEMBROS	60
ASIGNACIÓN	61
LEY VIGENTE	61
FALTA DE VALIDEZ	61
AVISOS	61
ACCIÓN LEGAL	61
LÍMITE DE TIEMPO PARA CIERTAS DEFENSAS	61

LESIONES RELACIONADAS CON ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS	61
OCUPACIÓN ILEGAL O ACTIVIDAD CRIMINAL	61
QUEJAS	62
QUEJAS (APELACIONES INTERNAS Y APELACIONES EXTERNAS)	62

Emisión de póliza: Este Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura (también llamado “Acuerdo”) de Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. son emitidos por Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. (“Molina”), para el 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.

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 de manera oportuna 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 sordos o con problemas de audición pueden utilizar el servicio de retransmisión de telecomunicaciones llamando al 7-1-1.

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 Centro de los Estados Unidos de América.

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 esta Evidencia de Cobertura Individual y este Acuerdo (“Acuerdo”) de Molina of Wisconsin de 2024 para informarle lo que se detalla a continuación:

- Cómo puede obtener servicios a través de Molina, que incluyen los siguientes:
 - Cómo obtener un intérprete
 - Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés).
 - Hacer una cita.
- Los términos y condiciones de cobertura según este Acuerdo.
- Sus beneficios y cobertura como miembro de Molina.
- Cómo comprobar el estado de una autorización previa.
- La manera de comunicarse con Molina.

Lea este Acuerdo cuidadosamente. En él, encontrará información sobre la amplia gama de necesidades de salud que se cubren y los servicios que se proporcionan. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente en MolinaMarketplace.com o llame al (888) -560-2043.

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”.

Determinación adversa de beneficios: consiste en una denegación, reducción o terminación de un beneficio, o la falta total o parcial del pago de un beneficio, e incluye aquellos basados en la determinación de elegibilidad, la solicitud de revisión de utilización o la Necesidad médica. Esto puede incluir la rescisión de la cobertura y la aplicabilidad de las protecciones estatales o federales de Facturación sorpresa.

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 aprobada:

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 serán reembolsados a la tasa contratada con el proveedor participante por dichos Servicios cubiertos.

2. Por ciertos servicios cubiertos prestados por un proveedor no participante: Sujeto a excepciones expresamente permitidas por la ley, los servicios descritos a continuación serán reembolsados a la tasa 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 prestados por un proveedor no participante cuando dichos servicios cubiertos se consideran, a efectos de reembolso, como Servicios de emergencia según la Ley Estatal o la ley federal aplicable.
- Servicios de ambulancia aérea prestados por un proveedor no participante.
- Servicios cubiertos 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 ambulatoria u otro centro requerido 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 los Proveedores no participantes, o a la ley federal, cuando la ley federal controla el monto de reembolso a los Proveedores no participantes.

3. Por todos los demás Servicios cubiertos prestados por un Proveedor no participante de acuerdo con este Acuerdo: Excepto que la ley aplicable requiera expresamente lo contrario, estos servicios serán reembolsados al monto más bajo de (a) la tarifa promedio contratada de Molina para dichos Servicios cubiertos, (b) el 100 % de la tarifa publicada de Medicare para dichos Servicios cubiertos, (c) el método usual y habitual de Molina para determinar el pago de dichos Servicios cubiertos, o (d) una cantidad negociada acordada por 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 pagan el Suscriptor o los Dependientes por los servicios no cubiertos por este Plan no se cuentan para el máximo anual de gastos de bolsillo (OOPM, en inglés). 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. se alcanzará el OOPM individual, con respecto al Suscriptor o a un Dependiente en particular, cuando esa persona alcanza el monto de OOPM individual.
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 particular 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 todos los dependientes elegibles 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 se indican 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 los 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 medicamento necesarios.

Emergencia o Condición médica de emergencia: Una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente, (incluido el dolor intenso), de manera que cualquier persona prudente con conocimiento promedio de medicina y salud podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata dé lugar a lo siguiente:

1. Poner la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, su salud y la del niño nonato) en un grave riesgo;
2. Causar daños graves en las funciones corporales; o
3. disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones, una afección médica de emergencia significa que no hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o que el traslado puede representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o el niño.

Servicios de transporte de emergencia: traslados en ambulancia apropiados realizados antes de que se establezca una Afección médica de emergencia.

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 de 10 categorías de servicios que los planes de seguro médico deben cubrir según la Ley de Atención Médica Asequible. Estas categorías incluyen los servicios médicos, la atención hospitalaria de pacientes internados y ambulatorios, la cobertura de medicamentos recetados, la atención del embarazo y el parto, los servicios de salud mental y más.

Experimental o de investigación: cualquier servicio médico, incluidos procedimientos, medicamentos, centros y dispositivos que la FDA no haya aprobado para tratamiento o uso terapéutico en relación con una afección médica subyacente para la cual se recetó dicho procedimiento, medicamento, centro o dispositivo.

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. El Marketplace se puede administrar como un Marketplace basado en el estado, como un Marketplace facilitado federalmente o como un Marketplace asociado. A los efectos de este Acuerdo, el término se refiere al Marketplace que opera en el Estado, independientemente de cómo esté constituido y administrado.

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 Wisconsin Inc. (“Molina”): la corporación autorizada en Wisconsin como organización de mantenimiento de la salud y contratada con Marketplace.

Acuerdo y póliza individual de Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.: 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 proveedor médico: un Proveedor participante que brinda Servicios cubiertos a Miembros dentro del alcance de su licencia, pero que no es Proveedor de atención primaria ni Especialista.

Servicio fuera del área: Un servicio que se proporciona fuera del área de servicio, por lo que no es un servicio cubierto, excepto cuando se indique lo contrario en este Acuerdo.

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.

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: un médico, incluido un MD (doctor en medicina) o DO (Doctor en Medicina Osteopática), personal de enfermería practicante certificado, personal de enfermería clínico especialista o asistente médico, según lo permitido por la ley estatal y los términos del plan, que le proporciona, coordina o ayuda 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 preste servicios de atención médica y que esté autorizado de alguna manera para proporcionar dichos servicios.

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.

Estabilizar: estabilizar significa proporcionar el tratamiento médico de la afección médica de emergencia que sea necesario para asegurar, dentro de una probabilidad médica razonable, que no es probable que se produzca ningún deterioro considerable de la afección como resultado o durante el traslado del individuo desde una instalación, o con respecto de una mujer embarazada que está teniendo contracciones, para dar a luz (incluida la placenta).

Ley estatal: el cuerpo legal en Wisconsin. Se compone de la constitución del estado, los estatutos, las normas, las directivas de la guía subregulatoria del organismo regulador estatal y el derecho consuetudinario.

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.

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: El Marketplace establecerá un período anual en el cual las personas elegibles podrán presentar una solicitud e inscribirse en un plan de seguro médico para el año siguiente. La fecha de vigencia de la cobertura será el 1.º de enero o una fecha determinada por el Marketplace.

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

vigencia de su cobertura será determinada por el Marketplace. Para obtener más información sobre los períodos de inscripción abierta y de inscripción especial, visite: healthcare.gov.

Cobertura solo para niños: Molina ofrece cobertura solo para niños para personas que, al comienzo del año del Plan, no hayan cumplido los 21 años. Un padre o tutor legal debe solicitar la cobertura solo para niños en nombre de la persona menor de dieciocho (18) años. Para obtener más información sobre la elegibilidad y la inscripción, comuníquese con el Health Benefit Exchange.

Dependientes: los suscriptores que se inscriban durante el período de inscripción abierta establecido por el Marketplace también pueden solicitar la inscripción de personas elegibles como dependientes. Los dependientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos por el Marketplace. Los dependientes están sujetos a los términos y condiciones de este Acuerdo. Las siguientes personas se consideran dependientes:

- **Cónyuge:** la persona casada legalmente con el suscriptor conforme a la ley estatal.
- **Hijos:** El hijo(a), niño(a) adoptivo(a), hijastro(a), hijo(a) en custodia o descendiente de cualquiera de ellos(as), como su nieto(a). 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 de cualquier edad depende, principalmente, del suscriptor para su apoyo y manutención, en el caso de que tenga una discapacidad permanente y total.
 - Un niño puede permanecer cubierto por Molina como Dependiente mientras permanezca incapacitado y siga cumpliendo con 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.

Adición de Nuevos dependientes: una persona puede ser elegible para volverse un Dependiente después de que el Miembro, como Suscriptor, se inscribe en este Plan. La persona elegible puede inscribirse como Dependiente en su Plan. Debe comunicarse con el Marketplace y enviar las solicitudes, los formularios y la información solicitada para el 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 su matrimonio.
- 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, el nacimiento, la colocación para adopción, la colocación en el cuidado de crianza temporal, adopción, colocación para adopción, manutención de los hijos u otra orden judicial.
- El Niño obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.

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 60 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. Si un Miembro no realiza algún pago requerido más allá del período de 60 días, la cobertura no continuará, a menos que el Miembro realice todos los pagos vencidos y además pague intereses sobre dichos pagos a una tasa del cinco y medio (5.5) por ciento. Tenga en cuenta que 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).

Interrupción de la cobertura de dependientes: La cobertura de dependientes se interrumpirá en los siguientes momentos:

- A las 11:59 p. m. (hora central) del último día del año calendario en el que el niño Dependiente cumple 26 años, a menos que tenga una discapacidad y cumpla con los criterios especificados (consulte “Niño con una discapacidad”).
- 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. (hora central) 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.

Elegibilidad continua: si un miembro ya no es elegible para la cobertura en virtud de este Plan, el personal de Molina le enviará una notificación por escrito, al menos, 60 días antes de la fecha de vigencia en la que el Miembro perderá la elegibilidad. El miembro tiene derecho a apelar la pérdida de elegibilidad con el Marketplace.

PAGO DE LA PRIMA

Para comenzar y mantener la cobertura bajo este Plan, Molina exige que los Miembros realicen pagos mensuales para tal fin, conocidos como “Pagos de la prima” o “Primas”. El Pago de la prima para el próximo mes de cobertura vence el día 25 del mes actual (esta 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 el crédito fiscal que un Suscriptor puede tomar por adelantado para reducir su Prima mensual. Molina no determina ni ofrece créditos fiscales, y los suscriptores deben 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 MyMolina.com o comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente para obtener más información. No se aceptan pagos de la prima en las oficinas de Molina.

Pagos de Primas y Costos compartidos por parte de terceros: No se aceptarán pagos de primas de parte de terceros, salvo los exigidos por ley o realizados por la persona o entidad que se indica a continuación:

1. un programa Ryan White de HIV/AIDS bajo el título XXVI de la Ley de Servicio de Salud Pública;
2. una tribu indígena, organización indígena u organización urbana indígena,
3. un programa de gobierno local, estatal o federal, incluido un concesionario dirigido por un programa del gobierno para hacer pagos en su nombre,
4. la familia de un Miembro y
5. instituciones religiosas y otras organizaciones sin fines de lucro cuando se cumplan los criterios de conformidad con la política de Molina.

Aviso de pago atrasado: si no se recibe el pago completo de la prima en la Fecha de vencimiento o antes, el personal de Molina enviará una notificación por escrito a la dirección registrada del Suscriptor. En dicha notificación, se informará al suscriptor el monto adeudado y se incluirá una declaración en la que se notifica que Molina dará por terminado el Acuerdo por falta de pago si no se recibe el monto total adeudado antes del fin del período de gracia, tal como se describe en el Aviso de pago atrasado; además, se informará la hora exacta en la que se dará por terminada la membresía del suscriptor y de cualquier dependiente inscrito en caso de que no se reciba el pago a tiempo.

Período de gracia: Un Período de gracia es un plazo de tiempo posterior al vencimiento del Pago de la prima del Miembro que no se ha pagado en su totalidad. Si un Suscriptor no ha 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:** Molina brindará un período de gracia de 3 meses consecutivos al suscriptor y sus dependientes que estén recibiendo pagos de un APTC en el momento en el que no pagan las primas a tiempo. El período de gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la prima completa. Durante el período de Gracia, Molina pagará todos los reclamos correspondientes por los servicios prestados al suscriptor y

sus dependientes durante el primer mes del período de gracia y podrá suspender los reclamos por servicios en el segundo y tercer mes del período de gracia; Molina rescindirá este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m., hora central, del último día del primer mes del período de gracia si Molina no recibe todas las primas vencidas del suscriptor.

- **Período de gracia para suscriptores sin APTC:** Molina brindará un período de gracia de 10 días consecutivos al suscriptor y sus dependientes que no estén recibiendo pagos de un APTC en el momento en el que no pagan las primas a tiempo. El período de gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la prima completa. Durante el período de gracia, Molina pagará todos los reclamos correspondientes a los servicios prestados al suscriptor y a sus dependientes. Si no recibe el pago de todas las primas vencidas del suscriptor, Molina dará por terminado este Acuerdo a las 11:59 p. m. (hora central) en el último día del período de gracia.

Notificación de terminación por falta de pago: Molina enviará una notificación por escrito a un suscriptor informándole cuándo finalizó su cobertura y la de sus dependientes debido a la falta de pago de las primas. Los miembros tienen derecho a apelar una decisión de terminación por parte de Molina. Consulte MolinaMarketplace.com, la sección Apelaciones y quejas de este Acuerdo o comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente para obtener más información sobre cómo presentar una apelación de esta decisión.

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, con un límite máximo de los últimos 12 meses. 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. La cobertura para un miembro antiguo finaliza a las 11:59 p. m., hora central, del día anterior a la fecha de terminación. Si Molina da por terminada la cobertura de un Miembro por cualquier razón, dicho Miembro debe pagar a Molina todos los montos adeudados en relación con su cobertura, incluidas las Primas, correspondientes al período anterior a la fecha de terminación. Excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional, si se cancela la cobertura de un miembro, los pagos de prima recibidos en nombre del miembro cancelados aplicables a los períodos

posteriores a la fecha de terminación, menos los montos adeudados a Molina o sus proveedores por la cobertura de los servicios cubiertos proporcionados antes de la fecha de terminación, se reembolsarán al suscriptor en un plazo de 30 días. 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 parte de este monto con el fin de recuperar las pérdidas ocasionadas por dicho fraude o tergiversación intencional. Molina podrá dar por terminado el Acuerdo de un Miembro o no renovarlo por cualquiera de las siguientes razones:

El dependiente o niño no reúne los requisitos debido a su edad: un dependiente ya no cumple 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" para obtener más información sobre la fecha en la que se hará efectiva 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, con excepción de los dependientes, ya no reside en el área de servicio. La cobertura terminará a las 11:59 p. m. (hora central) del último día del mes posterior al mes en el que se envíen 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 prima".

Fraude o tergiversación intencional:: El Miembro realizó un acto o práctica que constituye un fraude o una tergiversación intencional de hechos materiales en relación con la cobertura. Molina enviará una notificación por escrito de la terminación y la cobertura del miembro finalizará a las 11:59 p. m., hora central, el día 30 a partir de la fecha de envío de 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.

Solicitud de cancelación de la inscripción por parte del miembro: El miembro solicita cancelar la inscripción al Marketplace. El Marketplace determinará la fecha del fin de la cobertura.

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 decide dejar de ofrecer toda cobertura de seguro médico en un estado en conformidad con la ley estatal. Molina enviará a los miembros una notificación por escrito sobre dicha interrupción, al menos, 180 días calendario antes de la fecha en la que se interrumpirá la cobertura.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Los miembros que reciben un curso de tratamiento activo para servicios cubiertos de un proveedor participante cuya participación con Molina está terminando sin causa pueden tener el derecho de continuar recibiendo servicios cubiertos de ese proveedor hasta que el curso de tratamiento activo esté completo o por 90 días, lo que sea más corto, a un costo compartido dentro de la red. Un curso de tratamiento activo es:

- un curso de tratamiento continuo para una “afección potencialmente mortal” que es una enfermedad o afección con probabilidad de muerte a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección.
- Un curso de tratamiento continuo para una afección aguda grave, que es una enfermedad o afección que requiere atención compleja y continua que la persona cubierta está recibiendo actualmente, como quimioterapia, visitas posoperatorias o radioterapia.
- Tratamiento recibido durante el segundo o tercer trimestre del embarazo hasta el período posparto, o un tratamiento recibido en cualquier etapa del embarazo que esté relacionado con un embarazo.
- Tratamientos que se estén recibiendo por una enfermedad terminal.
- Un curso continuo de tratamiento para una condición de salud para la cual un médico tratante o proveedor de atención médica certifica que la interrupción de la atención por parte de ese médico o proveedor de atención médica empeoraría la condición o interferiría con los resultados anticipados.

La continuidad de la atención terminará cuando se cumpla la primera de las siguientes condiciones:

- Una vez que se efectúe exitosamente la transición de la atención médica a un proveedor participante, si el miembro elige realizar la transición de su atención
- Al finalizar el curso de tratamiento antes del día 90 de continuidad de la atención
- Al finalizar el día 90 de continuidad de la atención
- El miembro ha cumplido o superado los límites de beneficios de su plan
- La atención no es médicamente necesaria
- Se excluye la atención de su cobertura
- El miembro deja de ser elegible para la cobertura

Molina proporcionará servicios cubiertos a costo compartido dentro de la red para el tratamiento de una condición médica solicitada específicamente hasta alcanzar el monto inferior entre la cantidad autorizada de Molina y la tarifa acordada para tales servicios. Si Molina y el proveedor no logran acordar una tarifa, el miembro podrá ser responsable ante el proveedor por cualquier monto facturado que exceda la cantidad autorizada de Molina. Eso se sumará a cualquier monto de costo compartido dentro de la red que los miembros adeuden conforme a este Acuerdo. Además, los pagos por montos que excedan el monto previamente contratado no se aplicarán al deducible del miembro ni al OOPM.

TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN

Molina puede autorizar que un miembro nuevo continúe recibiendo los servicios cubiertos para un curso de tratamiento continuo con un proveedor no participante hasta que Molina coordine la transición de la atención a un proveedor participante, de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. Molina solo extenderá la cobertura de los servicios cubiertos a proveedores no participantes cuando se determine que es médicamente necesario, a través del proceso de revisión de autorización previa. Los miembros pueden comunicarse con Molina para iniciar la revisión de la autorización previa.
2. Molina solo proporcionará servicios cubiertos a partir de la fecha de vigencia de la cobertura con Molina, no antes. Una aseguradora previa (si no se interrumpió la cobertura antes de inscribirse en Molina) puede ser responsable de la cobertura hasta la entrada en vigencia de la cobertura con Molina.

3. Después de la fecha de vigencia de la cobertura del miembro, Molina puede coordinar la provisión de servicios cubiertos por parte de cualquier proveedor no participante en nombre del miembro, para que se traslade la historia clínica, la administración de casos y la coordinación de transferencias a un proveedor participante de Molina.
4. Para pacientes internados: Con la ayuda del miembro, Molina puede comunicarse con cualquier Aseguradora anterior (si corresponde) con el fin de determinar la responsabilidad de tal compañía en el pago de los servicios hospitalarios para pacientes internados hasta el momento del alta, de cualquier admisión de pacientes internados. Si no hay una transición de la provisión de cuidado a través de la aseguradora anterior del miembro o si este no tenía cobertura a través de una aseguradora en el momento de la admisión, Molina asumiría la responsabilidad de los servicios cubiertos a partir de la fecha de vigencia de la cobertura con Molina, no antes.

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Si tiene una emergencia, llame al 911. En caso de una emergencia, los miembros pueden llamar a una ambulancia o dirigirse a cualquier centro de emergencias, incluso si se trata de un proveedor no participante o que se encuentra fuera del área de servicio.

Línea de Consejos de Enfermería 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 es 1-888-275-8750 (inglés) o 1-866-648-3537 (español).

Requisito de proveedor participante: en general, un miembro debe recibir los servicios cubiertos de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no están cubiertos.

El miembro será 100 % responsable del pago al proveedor no participante; 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 un proveedor no participante en un centro participante, 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 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 detallan en la sección “Continuidad de la atención”
- Excepciones que se detallan en la sección “Transición de la atención”

Para localizar un proveedor participante, consulte el directorio de proveedores en MolinaMarketplace.com o llame al Centro de Apoyo al Cliente. Como los proveedores no participantes no están en la red de proveedores contratados de Molina, pueden facturar el saldo a los miembros por la diferencia entre la cantidad autorizada de Molina

y la tarifa que ellos cobran, a menos que se apliquen las protecciones de facturación del saldo.

Los miembros pueden consultar MolinaMarketplace.com o comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente para obtener información adicional sobre las protecciones de facturación del saldo a través de las leyes federales y estatales.

Tarjeta de identificación del miembro: Los miembros deben llevar consigo su tarjeta de identificación del miembro en todo momento. Además, deben exhibirla cada vez que reciban servicios cubiertos. Para obtener una tarjeta de identificación de miembro de reemplazo, visite MyMolina.com o comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente. 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 por fuera de la póliza: Molina no restringe a los miembros la libre contratación 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 y los pagos por dichos servicios no se aplicarán a su deducible ni a OOPM para ninguno de los servicios previstos en este Acuerdo. Para conocer las excepciones, los miembros deben revisar la sección servicios cubiertos de este Acuerdo y consultar las protecciones de facturación del saldo aplicables a través de la ley federal y estatal.

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 PCP 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 el Centro de Apoyo al Cliente. Los cambios realizados para el día 25 del mes entrarán en vigencia el primer día del siguiente mes calendario. Los cambios realizados luego del día 26 del mes entrarán en vigencia el primer día del segundo mes calendario.

Cada familiar puede seleccionar un PCP diferente. Es posible seleccionar a un médico especializado en pediatría como PCP de un niño. Se puede seleccionar un médico obstetra ginecólogo como PCP de una miembro. A veces, es posible que no pueda obtener el PCP que desea. Esto puede suceder por los siguientes motivos:

- El PCP ya no es un proveedor participante con Molina.
- 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. 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:

- Debe 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. Consulte la sección “Definiciones” para obtener una explicación.

Proveedor no participante para brindar 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.

Objeciones morales:

algunos proveedores participantes pueden objetar la prestación de algunos de los servicios cubiertos en virtud de este Acuerdo. Esto puede incluir la planificación familiar, los medicamentos anticonceptivos, dispositivos y productos aprobados por la FDA, incluidos la anticoncepción de emergencia, la esterilización (incluida la ligadura de trompas en el momento del parto), o los servicios de terminación del embarazo. Los miembros deben comunicarse con los proveedores participantes o el Centro de Apoyo al Cliente para asegurarse de que puedan recibir los servicios de atención médica que buscan. Molina ayudará a los miembros para que reciban los servicios cubiertos solicitados que brindan otros proveedores participantes.

Acceso a la atención para miembros con discapacidades: La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, en inglés) prohíbe la discriminación por discapacidad. La ADA exige que Molina y sus contratistas hagan adaptaciones razonables para los miembros con discapacidades. Los miembros con discapacidades deben comunicarse con Centro de Apoyo al Cliente para solicitar asistencia con las adaptaciones razonables.

Acceso físico: se hizo todo lo posible para garantizar que las oficinas de Molina y los consultorios de los proveedores participantes sean accesibles para personas con discapacidades. Los miembros con necesidades especiales deben comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina al número que aparece en la página de bienvenida de este Acuerdo para encontrar un proveedor participante apropiado.

Acceso para personas sordas o con problemas de audición: llame al Centro de Apoyo al Cliente al número de TTY 711 para recibir 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 recibir ayuda directa en la lectura del Acuerdo y otros materiales, llame al Centro de Apoyo al Cliente.

Reclamaciones sobre el acceso para personas con discapacidad: si un miembro cree que Molina o sus médicos no respondieron a sus necesidades de acceso para

personas con discapacidades, puede presentar una reclamación ante Molina. Consulte la sección Reclamaciones y apelaciones de este Acuerdo para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación.

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/WIGetCare 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 Cliente o visitar MolinaMarketplace.com antes de recibir ciertos servicios.

Plazos de la PA

Servicios médicos:

- **Solicitudes de PA de rutina:**
 - 15 días.
 - Extensión: 15 días más, si es necesario. Molina le notificará el motivo del retraso.
- **Solicitudes de PA urgentes:**
 - 72 horas desde la solicitud.
 - Extensión: si necesitamos más información, Molina la solicitará. Molina decidirá dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la información o después de la fecha límite para enviar la información, lo que ocurra primero.

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.

F: no necesita PA. Sin embargo, los servicios posteriores a la estabilización recibidos en el departamento de pacientes internados de un hospital están sujetos al proceso de revisión simultánea del paciente internado que se describe a continuación.

Medicamentos y medicamentos recetados: las decisiones sobre la 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 tituladas "Autorización previa", "Acceso a medicamentos fuera del formulario" o "Solicitar una excepción de este Acuerdo".

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 comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente. 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 la afección del miembro en términos de tipo, cantidad, frecuencia, nivel, entorno y duración. La necesidad médica se basa en evidencia médica o científica generalmente aceptada y es consistente con los parámetros de práctica generalmente 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 escrita en la que se les informará el motivo por el que no se aprobó la solicitud de autorización previa. El miembro, su representante autorizado o su proveedor pueden apelar la decisión. 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 “Quejas”. Los miembros pueden obtener los criterios de revisión clínica utilizados para determinar la necesidad médica de las solicitudes de autorización comunicándose con el Centro de Apoyo al Cliente.

Si el miembro o su proveedor deciden proceder con un servicio que no fue autorizado por Molina, el miembro deberá pagar el costo de esos servicios.

Revisión de utilización: el personal autorizado de Molina procesa las solicitudes de autorización previa y realiza revisiones simultáneas. Si se solicita, los proveedores y miembros que pidan una autorización para servicios cubiertos recibirán un detalle de los criterios utilizados para tomar las determinaciones de cobertura. Cuando un miembro no está autorizado para recibir un servicio, se lo derivará nuevamente a su proveedor para que analicen las opciones.

Revisión simultánea del paciente internado: Molina realiza revisiones simultáneas en casos de pacientes internados.

En el caso de las admisiones que no sean de emergencia, un miembro, su proveedor o el centro que lo admite deberán solicitar una precertificación al menos 14 días antes de la fecha del ingreso programado del miembro. Para la admisión de emergencia, un miembro, su proveedor o el centro que lo admite deben notificar a Molina dentro de las 48 horas después de que se admitió al miembro o tan pronto como sea razonablemente posible. Cuando se trata de servicios médicos que requieren autorización previa para casos que no son emergencias de pacientes ambulatorios e internados, un miembro, su proveedor o el centro que lo admite deben notificar a Molina al menos 14 días antes de que se proporcione la atención médica ambulatoria o se programe el procedimiento.

Segunda opinión: Es posible que el proveedor de un miembro quiera que otro proveedor revise la afección del miembro, lo que se denomina segunda opinión. Este proveedor puede revisar la historia clínica del miembro, programar una consulta y sugerir un plan de atención. Molina solo cubre segundas opiniones cuando las proporciona un proveedor participante.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

La Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) se aplica cuando una persona tiene cobertura para atención médica de más de un Plan. 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 tener en cuenta la posibilidad de que otro plan cubra algunos gastos. El Plan que paga después del plan principal es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes no excedan el 100 % del gasto total permitido.

Definiciones:

- A. Un Plan es cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios para atención o tratamiento médico u odontológico. 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 lo siguiente: contratos de seguro grupales y no grupales, contratos de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés), planes de panel cerrado u otras formas de cobertura grupal o de tipo grupal (ya sea con o sin seguro); componentes de atención médica de contratos de atención a largo plazo, como atención de enfermería especializada; beneficios médicos bajo contratos de automóviles grupales o individuales; y Medicare u otros planes gubernamentales federales, según lo permita la ley.
 - 2) El plan no incluye lo siguiente: cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija; cobertura solo por accidente; cobertura específica de enfermedad o accidente; cobertura limitada de salud de beneficios, como se define en la ley del estado, cobertura del tipo de accidente escolar; beneficios para componentes no médicos de las políticas de atención a largo plazo; políticas complementarias de Medicare; políticas de Medicaid; o cobertura bajo otros planes gubernamentales federales, a menos que lo permita la ley.

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

B. Este plan significa, en una disposición de COB, la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica a los que se aplica la disposición de COB y que puede reducirse debido a los beneficios de otros planes. Otras partes del contrato que proporciona beneficios de atención médica están separadas 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.

C. Las reglas de determinación del orden de los beneficios establecen si este es un Plan principal o un Plan secundario cuando la persona tiene cobertura para 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 permitido total.

D. Gasto permitido es un gasto de atención médica, incluidos deducibles, coseguro y copagos, que está cubierto al menos en parte por cualquier Plan que cubra a la persona. 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 a la persona no es un Gasto permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor no pueda cobrar a un Miembro, debido a que está prohibido por ley o de conformidad con un acuerdo contractual, 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 privada no es un Gasto permitido, a menos que uno de los Planes proporcione cobertura para los gastos de la habitación privada.
- 2) Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que computan sus pagos de beneficios sobre la base de tarifas habituales y razonables, o una metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier importe que supere el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un Gasto permitido.
- 3) Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que ofrecen beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, un monto que exceda las tarifas más altas negociadas no es un Gasto permitido.
- 4) Si una persona está cubierta 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 principal será el gasto permitido para todos los Planes. Sin embargo, si el proveedor ha contratado 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 principal 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 las reducciones de beneficios por parte del plan primario porque una persona cubierta 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.

E. El “Plan de panel cerrado” es un Plan que proporciona beneficios de atención médica a las personas cubiertas principalmente en la forma de servicios a través de un panel de proveedores con los que tiene un contrato o a quienes ha empleado; excluye la cobertura de servicios proporcionados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o remisión por parte de un miembro del panel.

F. El “Padre con custodia” es el padre que recibe la custodia de un niño por medio de un decreto judicial o, en ausencia de este, es el padre con quien el niño reside más de la mitad del año natural, excluida cualquier visita provisional.

Orden de Determinación de Beneficios: Cuando una persona está cubierta por dos o más Planes, las reglas para determinar el orden de pago de beneficios son las siguientes:

- A. El plan primario paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro plan.

- B. 1. Salvo lo dispuesto en el Párrafo (2), un Plan que no contenga una disposición de coordinación de beneficios que sea coherente con esta norma es siempre primario a menos que las disposiciones de ambos Planes indiquen que el plan de cumplimiento es primario.
2. Cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y que dispone que esta cobertura adicional debe ser excedente a cualquier otra parte del plan provista por el titular del contrato. Ejemplos de estos tipos de situaciones son las principales coberturas médicas que se superponen sobre los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan base, y las coberturas de tipo de seguro que se suscriben en relación con un Plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.
- C. Un Plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro Plan para calcular el pago de sus beneficios solo cuando es secundario a ese otro Plan.
- D. Cada plan determina su orden de beneficios según la primera de las siguientes reglas que se aplica:
1. No dependiente o Dependiente. El Plan que cubre a una persona que no sea como dependiente, por ejemplo como empleado, miembro, titular de póliza, suscriptor o jubilado es el Plan primario y el Plan que cubre a la persona como dependiente es el Plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al Plan que cubre a la persona como dependiente, y principal al Plan que cubre a la persona como otra categoría que no sea la de dependiente (p. ej., un empleado jubilado), entonces el orden de los beneficios entre los dos Planes se invierte para que el Plan que cubre a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado sea el Plan secundario y el otro, el Plan principal.
 2. Niño dependiente cubierto por más de un Plan. A menos que haya un decreto judicial que indique lo contrario, cuando un hijo dependiente está cubierto por más de un Plan, el orden de los beneficios se determina de la siguiente manera:
 - a. Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, independientemente de si se han casado o no:
 - El Plan del padre cuyo cumpleaños cae antes en el año calendario es el plan Primario; o
 - Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el Plan que ha cubierto al padre por más tiempo es el Plan primario.
 - b. Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no viven juntos, hayan estado casados o no alguna vez: (i) Si un decreto judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del niño dependiente o de la cobertura de atención médica y el Plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese Plan es el primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que el Plan recibe notificación del decreto judicial; (ii) si un decreto judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del subpárrafo (a) anterior determinarán el orden de los beneficios; (iii) si un decreto judicial establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de los padres tiene la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención

médica del hijo dependiente, las disposiciones del subpárrafo (a) anterior determinarán el orden de los beneficios; o (iv) si no existe un decreto judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios para el hijo es el siguiente:

- El Plan que cubre al padre con custodia.
 - El Plan que cubre al cónyuge del padre con custodia.
 - El Plan que cubre al padre sin custodia.
 - El Plan que cubre al cónyuge del padre sin custodia.
- c. En el caso de un niño dependiente cubierto bajo más de un plan de personas que son los padres del niño, las disposiciones del Subpárrafo (a) o (b) anterior determinarán el orden de los beneficios como si esas personas fueran los padres del niño.
3. Empleado activo o jubilado, o empleado despedido. El Plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no está despedido ni jubilado, es el Plan principal. El Plan que cubre a esa misma persona como un empleado retirado o despedido es el Plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado retirado o despedido. Si el otro plan no tiene esta regla y, como resultado, los planes no se ponen de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada bajo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.
4. COBRA o continuación de cobertura estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona conforme a la COBRA o bajo un derecho de continuación proporcionado por la ley estatal u otra ley federal está cubierta por otro Plan, el Plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado, o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado, es el Plan principal, y la continuación de cobertura estatal, federal o de COBRA es el Plan secundario. Si el otro plan no tiene esta regla y, como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada bajo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.
5. Mayor o menor duración de cobertura. El Plan que cubrió a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado por más tiempo es el plan Primario y el Plan que cubrió a la persona por menos tiempo es el plan Secundario.
6. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos se compartirán por igual entre los Planes que cumplan con la definición de Plan. Además, este plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan Primario.

Efecto sobre los beneficios de este plan:

- A. Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios de modo que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes durante un año del plan no superen el total de gastos permitidos. Al determinar la cantidad a pagar por cualquier reclamo, el Plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura para atención médica y aplicará esa cantidad calculada a cualquier Gasto permitido bajo su Plan que no sea pagado por el Plan principal. El Plan secundario puede, entonces, reducir el monto de su pago de modo que, cuando se combina con el monto pagado por el Plan principal, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes por el reclamo no superen el Gasto permitido total para ese reclamo.

Además, el Plan secundario acreditará a su plan el deducible de cualquier monto que hubiera acreditado a su deducible en ausencia de otra cobertura para atención médica.

- B. Si una persona cubierta está inscrita en dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier motivo, incluso la prestación de servicios por parte de un proveedor fuera del panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, el COB no se aplicará entre ese Plan y otros planes de paneles cerrados.

Derecho a recibir y divulgar la información necesaria: Se necesitan ciertos datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica para aplicar estas reglas de la COB y determinar los beneficios pagaderos según este plan y otros planes. Molina puede obtener los datos que necesita o entregárselos a otras organizaciones o personas con el fin de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos según este plan y otros planes que cubren a la persona que reclama los beneficios. Molina no necesita informar ni obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclame beneficios bajo este plan debe brindarle a Molina todos los datos que necesita para aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos.

Facilidad de Pago: Un pago realizado según otro Plan puede incluir un monto que debería haberse pagado según este plan. Si lo hace, Molina puede pagar ese monto a la organización que hizo ese pago. Ese monto se tratará como si fuera un beneficio pagado según 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. Si el monto de los pagos realizados por Molina es superior a lo que debería haber pagado en virtud de esta disposición de COB, Molina podría recuperar el excedente de una o más de las personas a las que les haya pagado o por las que haya pagado, o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados a la persona cubierta. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable de dinero en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

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 Resumen de Beneficios y Cobertura 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 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 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. Los niveles del formulario y el costo compartido del diseño del plan se describen en la sección “Medicamentos recetados” de este Acuerdo y en el Programa de Beneficios de 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 normas 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 EHB pediátricos que son servicios cubiertos conforme a este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m., hora central, del último día del mes en el que cumplen 19 años. Esto incluye la cobertura dental para pacientes pediátricos, que se puede comprar por separado a través de Marketplace, y la cobertura de servicios para el cuidado de la vista de pacientes pediátricos.

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

- Molina no puede fijar límites vitalicios ni anuales sobre el valor en dólares de los EHB que se proporcionan conforme a este Acuerdo.
- Cuando un proveedor participante proporciona los servicios médicos preventivos de los EHB, el miembro no tendrá que pagar ningún costo compartido.
- Molina debe asegurarse de que el costo compartido que los miembros pagan por todos los EHB que no sean servicios preventivos no exceda el límite anual que se determina en virtud de la ACA.

A los efectos del límite anual de los EHB, el costo compartido se refiere a cualquier costo que un miembro deba pagar para recibir los EHB. El costo compartido incluye los deducibles, el coseguro y los copagos, pero excluye las primas y los gastos del miembro en los servicios no cubiertos.

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 denegarle la participación en un ensayo clínico aprobado. Molina no puede denegar, limitar o poner condiciones en la cobertura de los costos de rutina del paciente asociados a su participación en un ensayo clínico aprobado para el que el miembro califica. No se le negará ningún servicio cubierto ni se excluirá a ningún miembro bajo este Acuerdo por su estado de salud o su participación en un ensayo clínico. El costo de los medicamentos utilizados en el manejo clínico directo del miembro estará cubierto a menos que el ensayo clínico aprobado sea para la investigación de ese medicamento o que el medicamento sea proporcionado gratuitamente a los miembros en el ensayo clínico.

Molina no tiene la obligación de cubrir ciertos 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 el Centro de Apoyo al Cliente para obtener más información.

Trastorno del espectro autista (ASD): Molina cubre el diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del espectro autista (ASD, en inglés), entre los que se incluyen el trastorno autista, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, como se define en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico.

Molina puede exigir que un miembro obtenga una segunda opinión de otro proveedor de atención médica a expensas de Molina. Este proveedor debe tener experiencia en el uso de herramientas validadas empíricamente y específicas para los trastornos del espectro autista. El miembro, el padre o la madre del miembro, o el representante autorizado del miembro y Molina deben estar de acuerdo en relación al proveedor. La cobertura del costo de una segunda opinión será adicional al beneficio exigido por la Sección 632.895 (12m), Estatutos de Wisconsin, según enmiendas.

Los beneficios bajo esta disposición no incluyen beneficios para equipo médico duradero o medicamentos recetados. Para conocer la cobertura de estos artículos, consulte la sección “Equipo médico duradero” y la sección “Cobertura de medicamentos recetados”.

Servicios de trastornos del espectro autista Definiciones:

“Desorden del espectro autista” significa trastorno de autismo, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera.

“Analista de comportamiento” significa una persona certificada por Behavior Analyst Certification Board, Inc., o una organización sucesora, como analista de comportamiento certificado y a la que se le ha otorgado una licencia según la Sección 440.312 de los Estatutos de Wisconsin, para participar en la práctica del análisis de comportamiento.

“Conductual” se refiere a terapias interactivas que se enfocan en comportamientos observables para desarrollar las habilidades necesarias. Estas terapias interactivas reducen las conductas problemáticas utilizando principios de aprendizaje bien establecidos que se utilizan para cambiar conductas socialmente importantes. El objetivo es desarrollar una variedad de habilidades de comunicación, sociales y de aprendizaje, así como reducir los comportamientos desafiantes.

“Terapia basada en evidencia” significa terapia, servicio y tratamiento basado en evidencia médica y científica. Se determina que la terapia basada en la evidencia es un tratamiento o estrategia útil. Se indica para mejorar la afección del miembro o para lograr objetivos sociales, cognitivos, comunicativos, de autocuidado o de comportamiento. Estos objetivos están claramente definidos dentro del plan de tratamiento del miembro. Para que se considere un tratamiento o estrategia eficaz, la terapia debe diseñarse con los siguientes objetivos:

- Abordar las condiciones cognitivas, sociales o conductuales asociadas con los trastornos del espectro autista.
- Mantener y maximizar los logros obtenidos durante los servicios de nivel intensivo.
- Mejorar la condición de una persona con trastorno del espectro autista.

“Servicios de nivel intensivo” significa terapias conductuales basadas en evidencia diseñadas para ayudar a una persona con trastorno del espectro autista a superar los déficits cognitivos, sociales y conductuales relacionados con ese trastorno. Estas terapias deben basarse directamente en los objetivos y habilidades terapéuticas del miembro y estar relacionadas con ellos. Estos objetivos y habilidades son indicados

por un médico familiarizado con el miembro. Los servicios de nivel intensivo pueden incluir terapia del habla y terapia ocupacional basada en evidencia. Estas terapias son proporcionadas por un terapeuta calificado cuando dicha terapia se basa en los objetivos y habilidades terapéuticas de un miembro, o tiene relación con estos, y es concomitante con la terapia conductual basada en evidencia.

“Servicios de nivel no intensivo” significa terapias basadas en evidencia que ocurren después de completar el tratamiento con servicios de nivel intensivo. Estos están diseñados para mantener y maximizar los logros obtenidos durante el tratamiento con servicios de nivel intensivo. También están diseñados para una persona que no ha recibido ni recibirá servicios de nivel intensivo, terapias basadas en evidencia que mejorarán la condición del individuo.

“Práctica del análisis de conducta” significa el diseño, uso y evaluación de modificaciones sistemáticas de instrucción y ambientales. Estas modificaciones se utilizan para producir mejoras socialmente importantes en el comportamiento humano. Estas mejoras incluyen la identificación empírica de relaciones funcionales entre el comportamiento y los factores ambientales, conocida como evaluación y análisis funcional. Esto incluye intervenciones basadas en investigaciones científicas y en la observación y medición directa del comportamiento y el entorno. La práctica del análisis de conducta no incluye pruebas psicológicas, neuropsicología, psicoterapia, terapia cognitiva, terapia sexual, asesoramiento matrimonial, psicoanálisis, hipnoterapia ni asesoramiento a largo plazo como modalidades de tratamiento.

“Profesional titulado de nivel intensivo” significa una persona que trabaja bajo la supervisión de una clínica de salud mental para pacientes ambulatorios y que es un profesional de tratamiento autorizado, según se define en la Sección DHS 35.03(9g), del Código administrativo de Wisconsin. Este profesional ha completado al menos 2,080 horas de capacitación, educación y experiencia, incluido todo lo siguiente:

- 1,500 horas de capacitación supervisada. Esta capacitación implica un trabajo directo e individual con personas con trastornos del espectro autista utilizando modelos terapéuticos eficaces y basados en evidencia.
- Experiencia supervisada con todo lo siguiente:
 - Trabajar con las familias como parte de un equipo de tratamiento y garantizar el cumplimiento del tratamiento.
 - Tratar a personas con trastornos del espectro autista que funcionan en una variedad de niveles cognitivos y exhiben una variedad de fortalezas y déficits de habilidades.
 - Tratar a personas con trastornos del espectro autista con una variedad de desafíos de comportamiento.
 - Tratar a personas con trastornos del espectro autista que hayan mostrado una mejora en el rango promedio en el funcionamiento cognitivo, la capacidad del lenguaje y las habilidades de interacción social y de adaptación.
 - Diseñar e implementar programas de tratamiento progresivo para personas con trastornos del espectro autista.
- Cursos académicos de una institución de educación superior acreditada regionalmente con cursos demostrados en la aplicación de modelos de terapia basada en evidencia, de conformidad con las mejores prácticas e investigaciones sobre la efectividad para personas con trastornos del espectro autista.

“Proveedor calificado de nivel intensivo” significa una persona identificada en la Sección 632.895(12m)(b)1. hasta 4., Estatutos de Wisconsin, que actúa dentro del alcance de una licencia actualmente válida emitida por el estado para psiquiatría, psicología o analista de conducta. También significa un trabajador social que actúa

dentro del alcance de un certificado o licencia actualmente válido emitido por el estado para practicar psicoterapia, que brinda terapia conductual basada en evidencia de acuerdo con esta disposición y la Sección 632.895(12m)(a) 3., Estatutos de Wisconsin. Este individuo ha completado al menos 2,080 horas de capacitación, educación y experiencia que incluye todo lo siguiente:

- 1,500 horas de capacitación supervisada que involucren trabajo directo uno a uno con personas con trastornos del espectro autista utilizando modelos terapéuticos útiles y basados en evidencia.
- Experiencia supervisada con todo lo siguiente:
 - Trabajar con las familias como proveedor primario y garantizar el cumplimiento del tratamiento.
 - Tratar a personas con trastornos del espectro autista que funcionan en una variedad de niveles cognitivos y exhiben una variedad de fortalezas y déficits de habilidades.
 - Tratar a personas con trastornos del espectro autista con una variedad de desafíos de comportamiento.
 - Tratar a personas con trastornos del espectro autista que hayan mostrado una mejora en el rango promedio en el funcionamiento cognitivo, la capacidad del lenguaje y las habilidades de adaptación y de interacción social.
 - Diseñar e implementar programas de tratamiento progresivo para personas con trastornos del espectro autista.
- Trabajo de curso académico de una institución de educación superior acreditada regionalmente con trabajo de curso demostrado en la aplicación de modelos de terapia basada en evidencia. Este trabajo de curso debe ser coherente con las mejores prácticas y la investigación sobre la eficacia para personas con trastornos del espectro autista.

“Paraprofesional calificado” significa una persona que trabaja bajo la supervisión activa de un proveedor supervisor calificado, un proveedor calificado de nivel intensivo o un proveedor calificado y que cumple con todo lo siguiente:

- Tiene por lo menos 18 años de edad.
- Obtiene un diploma de escuela secundaria.
- Completa una verificación de antecedentes penales.
- Obtiene al menos 20 horas de capacitación. Esta capacitación incluye temas relacionados con los trastornos del espectro autista, métodos de tratamiento basados en evidencia, comunicación, técnicas de enseñanza, problemas de conducta, ética, temas especiales, ambiente natural y primeros auxilios.
- Obtiene al menos 10 horas de capacitación en el uso de la terapia conductual basada en evidencia, incluida la aplicación directa de técnicas de capacitación con un individuo que tiene presente un trastorno del espectro autista.
- Recibe supervisión regular y programada por parte de un proveedor supervisor calificado al implementar el plan de tratamiento para el miembro.

“Profesional Calificado” significa un profesional que actúa bajo la supervisión de una clínica de salud mental para pacientes ambulatorios certificada según la Sección 51.038 de los Estatutos de Wisconsin, que actúa dentro del alcance de una licencia actualmente válida emitida por el estado y que brinda terapia basada en evidencia de acuerdo con esta disposición.

“Proveedor calificado” significa una persona que actúa dentro del alcance de una licencia actualmente vigente emitida por el estado para psiquiatría, psicología o analista de comportamiento, o un trabajador social que actúa dentro del alcance de un certificado o licencia actualmente válida emitida por el estado para practicar

psicoterapia y que proporciona terapia basada en la evidencia en conformidad con esta disposición.

“Proveedor supervisor calificado” significa un proveedor calificado de nivel intensivo que ha completado al menos 4,160 horas de experiencia como supervisor de proveedores, profesionales y paraprofesionales menos experimentados.

“Terapeuta calificado” significa una persona que es un patólogo del habla y el lenguaje o un terapeuta ocupacional que actúa dentro del alcance de una licencia actualmente válida emitida por el estado y que brinda terapia basada en evidencia de acuerdo con esta disposición.

“Supervisión de una clínica de salud mental para pacientes ambulatorios” se refiere a una persona que cumple con los requisitos de un proveedor supervisor calificado y que revisa periódicamente todos los planes de tratamiento desarrollados por profesionales calificados para miembros con trastornos del espectro autista.

“Programa de exención” significa servicios proporcionados por el Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin a través de los servicios basados en el hogar y la comunidad de Medicaid otorgados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Beneficio de servicios de nivel intensivo

Los servicios cubiertos incluyen servicios conductuales de nivel intensivo basados en evidencia, la mayoría de los cuales se brindan al miembro cuando un padre o tutor legal está presente y participa en la terapia. La terapia debe ser indicada por un médico y debe cumplir con todos los siguientes requisitos:

- La terapia debe basarse en un plan de tratamiento desarrollado por un proveedor calificado de nivel intensivo o un profesional calificado de nivel intensivo que incluya al menos 20 horas por semana durante un período de seis meses de terapia, tratamiento y servicios intensivos conductuales basados en evidencia con objetivos cognitivos, sociales, comunicativos, de autocuidado o conductuales específicos que están claramente definidos, de observación directa y medición continua, y que abordan las características de los trastornos del espectro autista. Los planes de tratamiento requerirán que el miembro esté presente y participe en la intervención.
- La terapia debe ser implementada por proveedores calificados, profesionales calificados, terapeutas calificados o paraprofesionales calificados.
- La terapia debe brindarse en un entorno que sea más propicio para lograr los objetivos del plan de tratamiento del miembro.
- La terapia debe implementar objetivos terapéuticos identificados desarrollados por el equipo, incluida la capacitación, la consulta, la participación en reuniones del equipo y la participación activa de la familia del miembro.
- La terapia debe comenzar después de que el miembro cumpla dos años y antes de que cumpla nueve años.
- La terapia debe ser proporcionada por un proveedor calificado de nivel intensivo o un profesional calificado de nivel intensivo que observe directamente al miembro al menos una vez cada dos meses.

El progreso debe evaluarse y documentarse durante todo el tratamiento. Podemos, a discreción, solicitar y revisar el plan de tratamiento del miembro y el resumen de progreso periódicamente.

La cobertura de servicios de nivel intensivo se brindará por hasta 48 meses. Molina puede acreditar contra los 48 meses requeridos de servicios de nivel intensivo cualquier servicio de nivel intensivo anterior que el miembro haya recibido antes de inscribirse en este producto. Molina puede requerir documentación, incluidos registros médicos y planes de tratamiento, para verificar cualquier terapia conductual basada en evidencia que el miembro recibió para los trastornos del espectro autista y que se proporcionó antes de que el miembro cumpliera nueve años de edad. Molina puede considerar cualquier terapia conductual basada en evidencia que se haya proporcionado al miembro durante un promedio de 20 horas o más por semana durante un período continuo de seis meses como servicios de nivel intensivo.

El tiempo de viaje de los proveedores no se incluirá al calcular la cantidad de horas de atención brindadas cada semana. Los beneficios no se pagan por el tiempo de viaje facturado por separado.

Los beneficios también se pagan por los cargos de un terapeuta calificado cuando los servicios se prestan de forma concomitante con la terapia conductual basada en evidencia de nivel intensivo y todo lo siguiente:

- El terapeuta calificado brinda terapia basada en evidencia al miembro que tiene un diagnóstico primario de un trastorno del espectro autista.
- El miembro recibe activamente servicios conductuales de un proveedor calificado de nivel intensivo o un profesional calificado de nivel intensivo.
- El terapeuta calificado desarrolla e implementa un plan de tratamiento de acuerdo con su licencia.

Beneficio de servicios de nivel no intensivo

Los servicios cubiertos incluyen servicios de nivel no intensivo basados en evidencia, incluidos servicios directos o de consulta, que son proporcionados a un miembro por un proveedor calificado, un profesional calificado, un terapeuta calificado o un paraprofesional calificado, ya sea después de completar los servicios de nivel intensivo para sostener y maximizar ganancias obtenidas durante los servicios de nivel intensivo o proporcionadas a un miembro que no ha recibido ni recibirá servicios de nivel intensivo pero para quien los servicios de nivel no intensivo mejorarán la condición del miembro. Los servicios de nivel no intensivo deben cumplir todos los requisitos siguientes:

- La terapia debe basarse en un plan de tratamiento desarrollado por un proveedor calificado, un profesional calificado o un terapeuta calificado que incluya objetivos específicos de la terapia basada en evidencia que estén claramente definidos, de observación directa y medición continua, y que aborden las características de los trastornos del espectro autista. Los planes de tratamiento requerirán que el miembro esté presente y participe en la intervención.
- La terapia debe ser implementada por un proveedor calificado, un profesional calificado, un terapeuta calificado o un paraprofesional calificado.
- La terapia debe brindarse en el entorno más propicio para lograr los objetivos del plan de tratamiento del miembro.
- La terapia debe implementar objetivos terapéuticos identificados desarrollados por el equipo, incluida la capacitación, la consulta, la participación en reuniones del equipo y la participación activa de la familia del miembro.

El progreso debe evaluarse y documentarse durante todo el tratamiento. Molina puede solicitar y revisar el plan de tratamiento del miembro y el resumen de progreso periódicamente.

El tiempo de viaje de los proveedores no se incluirá al calcular la cantidad de horas de atención brindadas cada semana. Los beneficios no se pagan por el tiempo de viaje facturado por separado.

Transición al servicio de nivel no intensivo

Molina notificará al miembro o al representante autorizado del miembro sobre un cambio en el nivel de tratamiento del miembro. El aviso indicará el motivo de la transición que puede incluir cualquiera de los siguientes:

- El miembro ha recibido 48 meses acumulados de servicios de nivel intensivo.
- El miembro ya no requiere servicios de nivel intensivo según la documentación de respaldo de un proveedor supervisor calificado, un proveedor de nivel intensivo calificado o un profesional de nivel intensivo calificado.
- El miembro ya no recibe terapia conductual basada en evidencia durante al menos 20 horas por semana durante un período de seis meses.

Requisito de aviso

El miembro o el representante autorizado del miembro debe notificar a Molina en cualquier momento en el que dicho miembro requiera y califique para servicios de nivel intensivo pero no pueda recibir servicios de nivel intensivo por un período prolongado. El miembro o el representante autorizado del miembro deben indicar los motivos específicos por los cuales la familia o el cuidador del miembro correspondiente no puede cumplir con el plan de tratamiento de servicios de nivel intensivo. Los motivos para solicitar la interrupción de los servicios de nivel intensivo durante un período prolongado pueden incluir una afección médica importante, una intervención quirúrgica y recuperación, un evento catastrófico o cualquier otro motivo que determinemos aceptable.

No negaremos los servicios de nivel intensivo proporcionados a un miembro por no mantener al menos 20 horas por semana de terapia conductual basada en evidencia durante un período de seis meses cuando dicho miembro o el representante autorizado del miembro proporcione el aviso requerido en esta sección. o cuando el miembro o su representante autorizado pueda documentar que el hecho de no mantener al menos 20 horas por semana de terapia conductual basada en evidencia se debió a la espera de los servicios del programa de exención.

Servicios relacionados con el trastorno del espectro autista no cubiertos

Molina no cubrirá ni pagará ningún gasto incurrido por lo siguiente:

- Acupuntura.
- Terapia basada en animales, incluida la hipnoterapia.
- Entrenamiento de integración auditiva.
- Terapia de quelación.
- Tarifas de cuidado de niños.
- Reclamos que hemos determinado que son fraudulentos.
- Costos de una instalación o ubicación o el uso de una instalación o ubicación cuando el tratamiento, los servicios o la terapia basada en evidencia se brindan fuera del hogar del miembro.
- Prótesis craneal.
- Cuidado de custodia.
- Terapia de oxígeno hiperbárico.
- Dietas especiales o suplementos.
- Terapia, tratamiento o servicios proporcionados a un miembro que reside en un

centro de tratamiento residencial, centro de tratamiento para pacientes internados o centro de tratamiento diurno.

- Tratamiento brindado por un padre o tutor legal que de otro modo se considera un proveedor calificado, proveedor supervisor calificado, terapeuta calificado, profesional calificado o paraprofesional calificado cuando el tratamiento se brinda a sus propios hijos.
- Tiempo de viaje de proveedores calificados, proveedores supervisores calificados, profesionales calificados, terapeutas calificados o paraprofesionales calificados.

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, 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 y ortóticos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Costos de atención de pacientes de rutina para los miembros que participan en un Ensayo clínico aprobado para el cáncer (consulte la sección “Ensayos clínicos aprobados” de este Acuerdo para obtener más información).
- Medicamentos recetados para tratar el cáncer (consulte la sección Medicamentos recetados de este Acuerdo para obtener más información)

Servicios dentales y de ortodoncia: Los servicios dentales y de ortodoncia proporcionados en virtud de este Acuerdo deben contar con autorización previa y se limitan a lo siguiente:

- Servicios dentales para el tratamiento con radioterapia.
- 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.

Los cargos hospitalarios y de centros quirúrgicos ambulatorios proporcionados junto con la atención dental, incluidos los anestésicos proporcionados, están cubiertos si se aplica alguna de las siguientes condiciones:

- El miembro es un niño menor de cinco años.
- El miembro tiene una discapacidad crónica.
- El miembro tiene una afección médica que requiere hospitalización o anestesia general para atención dental.

Molina no proporciona servicios dentales para pacientes pediátricos bajo este Acuerdo.

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 para miembros con diabetes (incluido el cuidado de callos, juanetes, callosidades o desbridamiento de uñas).
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando los indica un proveedor participante que es un podólogo.
- Los servicios médicos preventivos incluyen los siguientes:
 - 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 son proporcionados por un proveedor participante.
- El miembro cumple con todos los criterios médicos desarrollados por Molina.

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 acudir al centro de emergencias 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 Consejos 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.

Servicios de emergencia cuando el miembro se encuentra 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 el Centro de Apoyo al Cliente en un plazo de 48 horas o tan pronto como pueda.

Servicios de emergencia prestados por un proveedor no participante: En Molina, están cubiertos los servicios de emergencia obtenidos de proveedores no participantes de conformidad con las leyes federales y estatales. Los servicios de emergencia, 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 para 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 a un hospital proveedor participante: se requiere autorización previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de servicios de emergencia, servicios de posestabilización 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 el miembro rechaza la transferencia, los servicios adicionales proporcionados en el centro del proveedor no participante, incluso los servicios posteriores a la estabilización no son servicios cubiertos. Es posible que los servicios no cubiertos no tengan derecho a las protecciones de Facturación del saldo y el proveedor pueda facturar el saldo a los miembros por estos servicios. El miembro será 100 % responsable del pago y los pagos no se aplicarán a su máximo anual de gastos de bolsillo.

Transporte médico de emergencia: El transporte médico de emergencia (ambulancia terrestre y aérea), o los servicios de transporte de ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia 911 están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Estos servicios están cubiertos solo cuando otros tipos de transporte pondrían en riesgo la salud o la seguridad del miembro.

Planificación familiar: Molina cubre los servicios de planificación familiar, que incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA. Los servicios de planificación familiar incluyen los siguientes;

- Diagnóstico y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (STD, en inglés) si se indican médicamente.
- Suministros anticonceptivos recetados, que incluye suministros anticonceptivos de emergencia cuando los obtiene un farmacéutico proveedor participante o un proveedor no participante en caso de una emergencia.
- Atención de seguimiento por cualquier problema que pueda tener el miembro al usar métodos anticonceptivos proporcionados por los proveedores de planificación familiar.
- Análisis de laboratorio, si se indican médicamente, como parte del proceso de decisión de los métodos anticonceptivos entre los que puede elegir el miembro.
- Pruebas de embarazo y asesoramiento.
- Exámenes preventivos, pruebas y asesoramiento de personas en riesgo 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 prescribir, administrar, mantener o retirar un anticonceptivo.

Servicios de recuperación de las habilidades: Molina cubre los servicios y los dispositivos autorizados de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus destrezas y tareas para continuar su 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.

Audífonos: Molina cubre audífonos para un miembro de cualquier edad si el audífono es necesario para la corrección de una discapacidad auditiva (una reducción en la capacidad de percibir sonidos que puede variar desde una sordera leve hasta una sordera total).

Los audífonos son dispositivos amplificadores electrónicos diseñados para llevar el sonido de manera más efectiva al oído. Un audífono consta de un micrófono, un amplificador y un receptor.

Los beneficios están disponibles para un audífono que se compra como resultado de una recomendación escrita de un médico. Se proporcionan beneficios por el audífono y por los cargos por la adaptación y las pruebas asociadas.

Los audífonos osteointegrados son servicios médicos/quirúrgicos cubiertos según esta EOC solo para miembros que tienen cualquiera de los siguientes:

- Anomalías craneofaciales cuyos canales auditivos anormales o ausentes impiden el uso de un audífono portátil.
- Pérdida de audición de gravedad suficiente que no podría remediarse adecuadamente con un audífono portátil.

Los servicios cubiertos para servicios auditivos se limitan a un audífono por oído cada tres años.

Los beneficios conforme a esta sección también incluyen audífonos para hijos dependientes menores de 18 años, en la medida que lo exija la ley de seguros de Wisconsin.

Atención médica domiciliaria: Molina cubre los servicios de atención médica domiciliaria si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- De lo contrario, se requeriría hospitalización o reclusión en un centro de enfermería especializada si no se proporcionara atención médica domiciliaria.
- La atención y el tratamiento necesarios no están disponibles por parte de la familia inmediata del miembro ni de otras personas que viven con el miembro sin causar dificultades indebidas.
- Los servicios de atención médica domiciliaria son proporcionados o coordinados por una agencia de atención médica domiciliaria autorizada o una agencia de rehabilitación certificada.

Los servicios de atención médica domiciliaria deben ser indicados por un médico y proporcionados en el hogar del miembro por una enfermera registrada, o proporcionados por un asistente de atención médica domiciliaria o una enfermera práctica autorizada y supervisados por una enfermera registrada. 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
- Aparatos médicos necesarios
- Consultas de enfermería y servicios de enfermería especializada de medio tiempo.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria.

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 recibir 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, con un límite de 6 meses en un período de 3 años. Molina también cubre atención de relevo por hasta 7 días por incidente.

Servicios hospitalarios para pacientes internados: Los miembros deben contar con una autorización previa antes de recibir los servicios hospitalarios cubiertos, excepto en el caso de servicios de emergencia o servicios posteriores a la estabilización. Los servicios posteriores a la estabilización en un hospital proveedor no participante después de la admisión al hospital para recibir servicios de emergencia, siempre que la cobertura del miembro con Molina no haya terminado y el miembro no haya renunciado a las protecciones de facturación del saldo de conformidad con 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 con Molina termina durante una estadía en el hospital, los servicios recibidos después de la fecha de terminación del miembro no son servicios cubiertos.

Los servicios para pacientes internados médicamente necesarios son generalmente y habitualmente proporcionados por hospitales generales de cuidados intensivos dentro de nuestra área de servicio. Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros, enfermería privada de guardia, bandejas para invitados y artículos de conveniencia para el paciente.

Pruebas de laboratorio, radiología (rayos X) y servicios de escaneo

especializados: Molina cubre servicios de laboratorio, radiología (incluidos rayos X) y escaneo 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. La cobertura limitada para las radiografías dentales y las relacionadas con la ortodoncia, que son médicamente necesarias, se detalla en la sección “Servicios dentales y de ortodoncia” de este Acuerdo.

Servicios de tratamiento de manipulación: Cubrimos los servicios de exploración especializados médicamente necesarios. El tratamiento de manipulación es la aplicación terapéutica del tratamiento de manipulación quiropráctica u osteopática con o sin tratamiento fisiológico auxiliar o métodos de rehabilitación para restaurar/mejorar el movimiento, reducir el dolor y mejorar la función en el tratamiento de una afección neuromusculoesquelética identificable.

Servicios de salud mental (pacientes internados y ambulatorios): Molina cubre servicios de salud mental cuando los proporcionan proveedores participantes y centros que brindan atención dentro del alcance de su autorización. Molina cubre el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales, que incluyen servicios para el tratamiento de la disforia de género. Molina puede requerir autorización para la cobertura de servicios, incluso los servicios para pacientes internados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. El proceso de autorización de revisión simultánea se aplica a todas las admisiones involuntarias. Ingrese a MolinaMarketplace.com/WIGetCare o consulte la sección “Revisión simultánea para pacientes internados” de este Acuerdo para obtener más información.

Un trastorno mental es una afección de la salud mental identificada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5^{ta} edición, Revisión de texto (DSM5-TR). El trastorno mental debe dar como resultado angustia o deterioro clínicamente significativo del funcionamiento mental, emocional o conductual. Los tratamientos para los trastornos mentales cubiertos en virtud de este Acuerdo pueden incluir enfermedades mentales graves de una persona de cualquier edad. Entre las enfermedades mentales graves se encuentran los siguientes trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maniacodepresiva), trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Molina no cubre asesoramiento o terapia profesional, matrimonial, parental o laboral. Además, no están cubiertos el tratamiento o las pruebas dentro de un entorno de hospitalización relacionados con los trastornos generalizados del desarrollo, incluido el trastorno del espectro autista, las discapacidades de aprendizaje o las discapacidades cognitivas. Molina no cubre los servicios para afecciones de salud mental que el DSM identifica como algo distinto de un trastorno mental.

Molina 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

Ley de paridad en salud mental y equidad en adicciones : Molina cumple con la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act). 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.

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

- Visitas al consultorio, que incluyen lo siguiente:
 - Suministros 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 (los miembros pueden estar sujetos a costos compartidos profesionales y del centro según el lugar del servicio)
- 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. Las 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).

Embarazo y Maternidad: para la atención prenatal, las miembros pueden elegir a cualquier proveedor participante de Molina que sea un obstetra/ginecólogo, una enfermera partera certificada o una enfermera especializada que esté capacitada en el campo de la salud femenina. Molina cubre los siguientes servicios de atención de maternidad:

- Atención de maternidad ambulatoria, que incluye suministros médicamente necesarios para un parto domiciliario.
- Servicios para complicaciones del embarazo, como sufrimiento fetal, diabetes gestacional y toxemia.
- Servicios de laboratorio.
- Atención hospitalaria durante 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea. Las internaciones más largas requieren que la miembro o su proveedor notifiquen a Molina.

Si, después de hablar con una miembro, el proveedor decide darle el alta a ella y a su bebé recién nacido antes del período de 48 o 96 horas, Molina cubrirá los servicios y análisis de laboratorio posteriores al alta. Los servicios preventivos, de atención primaria y de laboratorio aplicarán a los servicios posteriores al alta, según corresponda. Molina no cubre para ninguna persona los servicios relacionados con un acuerdo de gestación subrogada, excepto los otros servicios cubiertos proporcionados a una miembro que es una madre subrogada.

Interrupción del embarazo: Molina cubre los servicios de interrupción del embarazo en la medida requerida por la Ley de Atención Médica Asequible, la ley federal y la ley estatal.

Nota: los servicios de interrupción de embarazo que se proporcionan en un entorno hospitalario para pacientes internadas requieren autorización previa.

Servicios 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). Visite el sitio web de USPSTF para obtener recomendaciones de servicios preventivos en: <https://uspreventiveservicestaskforce.org>. Los ejemplos incluyen exámenes de detección para lo siguiente:
 - Cáncer de cuello de útero.
 - Cáncer de mama, incluida una mamografía cada dos años o una por año, si lo indica un proveedor para mujeres de 45 años o más.
- 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 (incluidas las pruebas de detección de plomo en sangre) están previstos en las pautas 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. El miembro debe consultar a su PCP para determinar si un servicio específico es preventivo o de diagnóstico. 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 internos y externos: Molina cubre los dispositivos internos y externos que se enumeran a continuación. Se requiere autorización previa.

Dispositivos implantados internamente:

- Implantes cocleares, incluido el tratamiento y los procedimientos relacionados para implantes en niños menores de 18 Años.
- Articulaciones de cadera.
- Lentes intraoculares.
- Dispositivo auditivo oseointegrado.
- Marcapasos.

Dispositivos externos:

- Extremidades artificiales necesarias debido a la pérdida como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito.
- Prótesis a medida tras mastectomía.
- Dispositivos podológicos para prevenir o tratar las complicaciones relacionados con la diabetes.

La cobertura depende de que se cumplan 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 de dispositivos protésicos u ortopédicos incluye servicios para determinar si el miembro necesita un dispositivo protésico u ortopédico, ajuste y ajuste del dispositivo, reparación o reemplazo del dispositivo (a menos que se deba a pérdida o uso indebido). Los servicios cubiertos se limitan a una única compra de cada tipo de dispositivo protésico cada 3 años

Molina no cubre aparatos ortóticos que enderecen o den nueva forma a una parte del cuerpo. Algunos ejemplos incluyen productos ortopédicos para los pies, bandas

craneales y algunos tipos de soportes, incluidos aparatos ortopédicos de venta libre. Sin embargo, se cubren los soportes que estabilizan una parte del cuerpo lesionada y los soportes para tratar la curvatura de la columna vertebral.

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, de modo que una intervención quirúrgica es necesaria para mejorar la función.
- 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 médico proveedor participante especializado en cirugía reconstructiva, ofrece solo una mejora mínima en la apariencia.
- Cirugía que se realiza para alterar o remodelar las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia.

Servicios de rehabilitación: Molina cubre servicios que ayudan a los miembros a mantener, recuperar o mejorar las destrezas y el funcionamiento para la vida diaria que se perdieron o deterioraron a causa de una enfermedad, una lesión o una discapacidad. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, terapia del habla y rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos de pacientes internados o ambulatorios.

Centro de enfermería especializada: Molina cubre 30 días en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) para un miembro si el SNF es un proveedor participante y los servicios cuentan con una autorización previa antes de comenzar. Entre los servicios de SNF cubiertos, se incluyen los siguientes:

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

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

Molina cubre el tratamiento médicamente necesario del trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados y ambulatorios. La cobertura para pacientes internados, en un hospital proveedor participante, solo está cubierta para el tratamiento médico de los síntomas de abstinencia. Molina requiere autorización para la cobertura de servicios, incluso 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.
- Programas de tratamiento diario.
- Desintoxicación.
- Asesoramiento individual y grupal sobre el trastorno por consumo de sustancias.
- Evaluación y tratamiento individual del trastorno por consumo de sustancias.
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios.
- Tratamiento médico 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 ninguno de los siguientes temas: trayectoria profesional, matrimonio, divorcio, paternidad, trabajo, tratamiento o pruebas relacionadas con trastorno del espectro autista, discapacidades de aprendizaje y discapacidad mental.

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 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.

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.

Los servicios cubiertos para el TMJ incluyen, entre otros, los siguientes:

- El tratamiento médico no quirúrgico médicamente necesario de la TMJ, incluida la cobertura de dispositivos de terapia de férulas intraorales recetados.
- El tratamiento quirúrgico y artroscópico del TMJ si los antecedentes demuestran que el tratamiento médico conservador ha fracasado.

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 incluyen ciertos servicios para la evaluación, la extirpación del órgano, el cuidado de seguimiento directo, la recolección del órgano, tejido o médula ósea y el tratamiento de complicaciones. Las pautas de Molina para los servicios del donante se encuentran disponibles mediante una llamada al Centro de Apoyo al Cliente.

Servicios de atención de urgencia: los servicios de atención de urgencia están sujetos al costo compartido en el Programa de Beneficios. Los miembros deben obtener los servicios de atención de urgencia de un proveedor participante. 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.

Servicios de visión (adultos y pediátricos): Molina cubre los exámenes de la vista para personas diabéticas (examen de retina con pupila dilatada) una vez al año natural para todos los miembros. Molina también cubre los servicios para el tratamiento médico y quirúrgico de lesiones o enfermedades que afectan los ojos.

Servicios de visión pediátrica: Molina cubre los siguientes servicios para la vista de los miembros menores de 19 años:

- Examen integral de la vista limitado a uno por año calendario.
- Anteojos limitados a un par cada año calendario.
- Lentes de contacto limitados a un par de tipo estándar cada año calendario, en lugar de anteojos.
- Lentes de contacto médicamente necesarios para afecciones médicas especificadas.

Los dispositivos ópticos para la visión deficiente están cubiertos e incluyen servicios, entrenamiento e instrucción para la vista deficiente para maximizar la visión utilizable restante. El cuidado de seguimiento se cubre cuando los servicios son médicamente necesarios y si se obtiene una autorización previa. La cirugía correctiva con láser no está cubierta.

Servicios oftalmológicos de rutina para adultos: Los servicios oftalmológicos de rutina para adultos están disponibles en algunos planes. Consulte el Programa de Beneficios para ver si estos servicios están cubiertos en su Plan. Cuando están cubiertos, estos beneficios incluyen los siguientes servicios de visión para los miembros de 19 años o más cuando son proporcionados por un proveedor participante.

- Examen integral de la vista limitado a uno por año calendario.
- Exámenes de detección de la retina de rutina (se aplica copago).
- Anteojos limitados a un par cada año calendario.
- Lentes de contacto en lugar de anteojos.

La cirugía correctiva con láser no está cubierta.

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 servicios de farmacia 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 MolinaMarketplace.com. También puede obtener una copia impresa solicitándola en el Centro de Apoyo al Cliente.

Formulario 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.

Acceso a medicamentos no incluidos en el formulario: El Formulario permite que los miembros y sus recetadores sepan qué productos están cubiertos por el beneficio de farmacia del Plan. El hecho de que un medicamento aparezca en la lista del Formulario no garantiza que un recetador lo recete para un miembro.

Es posible que el plan no cubra los medicamentos que no forman parte del Formulario. Para los miembros, estos medicamentos pueden ser más costosos que los medicamentos similares que están en el Formulario si están cubiertos por una “excepción”, según se describe en la siguiente sección. Los miembros pueden pedir que se cubran medicamentos que están fuera del Formulario. Las solicitudes de cobertura de medicamentos que están fuera del Formulario se considerarán para un uso médicamente aceptado cuando no se puedan usar las opciones incluidas en el Formulario y se cumplan otros requisitos de cobertura. En general, los medicamentos que se enumeran en el Formulario son fármacos que los proveedores recetan a los miembros para que estos los obtengan en una farmacia y se los administren a sí mismos. La mayoría de los medicamentos inyectables que requieren ayuda de un proveedor para su uso se cubren bajo el beneficio médico en lugar del beneficio de farmacia. Los proveedores cuentan con instrucciones de Molina sobre la manera de obtener una aprobación anticipada de los medicamentos que compran para tratar a los

miembros. Es posible obtener aprobación para adquirir algunos medicamentos inyectables en una farmacia mediante el beneficio de farmacia del Plan.

Cómo solicitar una excepción: Molina cuenta con un proceso que les permite a los miembros, sus representantes o los recetadores solicitar medicamentos clínicamente apropiados que no están en el Formulario. Pueden solicitar la cobertura de medicamentos que tengan requisitos de terapia progresiva u otras restricciones bajo el beneficio del Plan que no se hayan cumplido. Los miembros, sus representantes o los recetadores pueden comunicarse con el Departamento de Farmacias de Molina para solicitar una excepción de Formulario.

Si una receta médica requiere una revisión de autorización previa para una excepción de Formulario, la solicitud se puede considerar en circunstancias estándares o aceleradas.

- Las solicitudes que no se consideren de excepción acelerada se considerarán como solicitud de excepción estándar.
- Una solicitud se considera una solicitud de excepción acelerada si es para tratar la afección de salud de un miembro que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, o cuando el miembro está siguiendo un tratamiento actual con un medicamento que no está en el formulario. Los ensayos de muestras farmacéuticas de un recetador o de un fabricante de medicamentos no se considerarán como tratamiento en curso.

Molina notificará al miembro, a su representante y a su recetador sobre la determinación de cobertura en los siguientes plazos máximos:

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

Si se deniega la solicitud, Molina enviará una carta al miembro o a su representante y a su recetador, en la que explicará el motivo por el que se denegó el medicamento o producto. El miembro tiene el derecho a adquirir el medicamento al costo completo que cobra la farmacia. Si el miembro no está de acuerdo con la denegación de la solicitud, este, su representante o el recetador pueden apelar la decisión de cobertura de Molina. El recetador puede solicitar una charla con los revisores de Molina para hablar sobre la denegación.

Si se solicita una apelación interna de la determinación de cobertura original, Molina notificará al miembro, a su representante y al recetador la decisión de la apelación interna en los siguientes plazos máximos:

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

Además, el miembro, su representante o el recetador pueden solicitar que una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés) revise la decisión de cobertura de Molina. El miembro o su representante y el Recetador recibirán una notificación de la decisión de la IRO en los siguientes plazos máximos:

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

Costos compartidos:

Molina ubica los medicamentos en diferentes niveles denominados “categorías”, desde medicamentos preventivos hasta medicamentos especializados de marca y genéricos, 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
Medicamentos preventivos	Medicamentos y servicios médicos preventivos y formas de dosificación reconocidos a nivel nacional, medicamentos y dispositivos de planificación familiar (es decir, anticoncepción) con costo compartido de \$0; también otros medicamentos con costo compartido de \$0 cuando corresponda.
Medicamentos genéricos preferidos	Medicamentos genéricos preferidos: menor costo compartido.
Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos de marca registrada preferidos: mayor costo compartido que los medicamentos genéricos preferidos.
Medicamentos no preferidos	Medicamentos de marca registrada y genéricos no preferidos: mayor costo compartido que los medicamentos de marca registrada y genéricos preferidos que se utilizan para tratar las mismas afecciones.
Medicamentos especializados	Medicamentos especializados (de marca registrada y genéricos); medicamentos que requieren un manejo especial, asesoramiento o seguimiento complejo, distribución limitada u otros requisitos de farmacia especiales. Mayor costo compartido que los medicamentos de categoría inferior utilizados para tratar las mismas afecciones, si están disponibles. Según las reglas estatales, Molina puede solicitar a los miembros que utilicen una farmacia especializada de la red.
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.

Costo compartido en excepciones al formulario: Para los medicamentos u otros productos aprobados en la excepción del Formulario, el miembro tendrá el costo compartido del nivel de medicamentos genéricos y de marca no preferidos para productos no especializados o el costo compartido del nivel de medicamentos genéricos y de marca de marca para productos especializados. Tenga en cuenta que, para los productos de marca registrada que no forman parte del Formulario, cuando existe un producto genérico similar incluido en el Formulario y si la cobertura se aprueba por excepción, el costo compartido del miembro también incluirá la diferencia de costo entre el medicamento genérico del Formulario y el medicamento de marca registrada.

Sitio de atención para el programa de medicamentos requeridos administrados por el proveedor: Para los medicamentos administrados por el proveedor que requieren autorización previa, cuando se cumplen los criterios de cobertura para el medicamento, se utiliza una política de centro de atención para determinar la necesidad médica del centro de atención solicitado. Molina cubre medicamentos inyectables e infundidos en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en una sala de infusión afiliada a un hospital cuando se determina que el nivel de atención es médicamente necesario. Para revisar el sitio de la política de atención, visite MolinaMarketplace.com.

Molina llevará a cabo debates entre pares u otro tipo de divulgación para evaluar el nivel de atención que es médicamente necesario. Si un centro de atención alternativo es adecuado, Molina ofrecerá ayuda al proveedor que realiza el pedido para identificar un centro de infusión, un consultorio médico o un servicio de infusión en el hogar dentro de la red, y ayudará al miembro a coordinar y hacer la transición a través de la administración de casos.

Asistencia con costos compartidos de medicamentos y costos de bolsillo: La reducción del costo compartido para cualquier medicamento recetado que el miembro 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 de terceros con el costo compartido de medicamentos recetados, no se aplicará a ningún deducible ni al máximo anual de gastos de bolsillo conforme al Plan.

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

Equipo médico duradero (DME): Molina cubrirá los costos de alquiler o compra de DME, incluso para el uso con ciertos medicamentos cuando se obtienen 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 se enumeran 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 el Centro de Apoyo al Cliente para obtener más información sobre la cobertura.

Suministros para diabéticos: Molina cubre suministros para diabéticos en el Formulario, como jeringas de insulina, bombas de infusión de insulina (límite de una bomba por año calendario), 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: Molina cubre los medicamentos para ayudar a los miembros a dejar de fumar 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.

Prorratio y sincronización: Molina proporciona un prorratio 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 prorratio 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, incluida la escasez de suministro por surtido y están sujetas a 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 parte de la Categoría de Medicamentos especializados de marca y genéricos bajo 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.

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.

Disponibilidad de pedidos por correo de medicamentos del Formulario: Molina ofrece a sus miembros una opción de pedido por correo para ciertos medicamentos en los niveles de medicamentos preventivos, medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de marca preferidos y medicamentos de marca no preferidos y genéricos. Los medicamentos elegibles están marcados como “CORREO” en el Formulario. Los medicamentos del Formulario se enviarán por correo a un miembro dentro de los 10 días posteriores 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 de un suministro de 3 meses mediante el método de pedido por correo se aplica a una tasa de dos veces y medio el costo compartido de un suministro de un mes en la categoría del Formulario del medicamento. Los medicamentos de las categorías Medicamentos de marca y genéricos de especialidad no son elegibles para programas de suministro de 90 días como el pedido por correo, aunque la mayoría de los medicamentos especializados serán enviados 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 identificó el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (DESI, en inglés), son menos eficaces.
- Terapia genética.
- 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.
- Infertilidad (que no sea el tratamiento de la causa subyacente de la infertilidad).
- Disfunción eréctil.
- Disfunción sexual.

EXCLUSIONES

Ciertos equipos y servicios están excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo. Estas exclusiones se aplican a todos los servicios que, de otro modo, estarían cubiertos por este Acuerdo, 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 lo exija la ley estatal. Esta no es una lista exhaustiva de los servicios que están excluidos de la cobertura de este plan. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina si tiene preguntas sobre las exclusiones.

Servicios de acupuntura: Los servicios de acupuntura no están cubiertos.

Inseminación artificial y concepción por medios artificiales: todos los servicios relacionados con la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales no tienen cobertura.

Cirugía bariátrica: No se cubre la cirugía bariátrica para la pérdida de peso. Tampoco se cubren las complicaciones que se producen como resultado directo del procedimiento bariátrico, que no habrían ocurrido en ausencia de dicho procedimiento y que requieren una internación del paciente o una extensión de la internación, según lo determine Molina. Esta exclusión se aplica cuando la cirugía bariátrica no es un servicio cubierto por este Plan o cualquier Plan anterior de Molina. Además, esta exclusión se aplica si la cirugía se realizó mientras el miembro estaba cubierto por una aseguradora anterior o un producto autofinanciado, antes de la cobertura bajo este Acuerdo.

Ciertos exámenes y servicios: lo siguiente no está cubierto cuando se realiza únicamente con el propósito de:

- Obtener o mantener un empleo o participar en programas para empleados.
- Obtener cobertura médica, cobertura de seguro de vida o licencia.
- Para cumplir con una orden judicial o cuando se requiera libertad condicional o libertad bajo fianza.

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 ninguna sección de este Acuerdo.

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.

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.

Dietista: Un servicio de un dietista no es un servicio cubierto, excepto como se muestra en los beneficios de cuidados paliativos de este Acuerdo.

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

Medicamentos para la disfunción eréctil: Molina no cubre medicamentos ni tratamiento para la disfunción eréctil.

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

Servicios homeopáticos y holísticos: no se cubren acupuntura y otros servicios no tradicionales, entre los que se incluyen el tratamiento holístico y homeopático, el yoga, el Reiki, la terapia de masajes y la terapia del método Rolf.

Servicios para la infertilidad: Molina no cubre los servicios y suministros para la infertilidad, incluidas la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales, tales como: trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, en inglés), semen y óvulos (y servicios relacionados con su adquisición y almacenamiento), fertilización in vitro (FIV) y transferencia intratubárica de cigotos (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 virtud de la sección de servicios cubiertos.

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.
- Enseñanza de la habilidad de leer para miembros con dislexia.
- Pruebas educativas.

- Enseñar arte, danza, montar a caballo, música, tocar instrumentos o nadar.
- 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.
- Terapia acuática y otras terapias del agua.
- 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 como parte de los servicios preventivos de salud de la mujer.

Terapia de masajes: la terapia de masaje no está cubierta.

Servicios que no son de emergencia obtenidos en una sala de emergencias: Los servicios proporcionados dentro de una sala de emergencia por un Proveedor participante o no participante, que no cumplan la definición de Servicios de emergencia, no están cubiertos.

Nutrición oral: No se cubre la nutrición oral para pacientes ambulatorios, como los suplementos dietéticos o nutricionales, las fórmulas especializadas, los suplementos, los suplementos herbarios, las ayudas para la pérdida de peso, las fórmulas y los alimentos.

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

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

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

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.
- Un centro de servicios de cuidados paliativos para pacientes internados cubiertos, de acuerdo con la sección Servicios de cuidado paliativo.
- 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).

Artículos y servicios de cuidado rutinario de los pies: Los artículos y servicios de cuidado rutinario de los pies no están cubiertos. Esta exclusión no se aplica al cuidado preventivo de los pies para los miembros que reciben beneficios como se describe en la sección Servicios para la diabetes.

Servicios no aprobados por la FDA: no se cubre ningún medicamento, suplemento, prueba, vacuna, dispositivo, material radioactivo ni cualquier otro servicio que, por ley, requiera la aprobación de la FDA para su venta en los EE. UU. y que no cuente con dicha aprobación. Esta exclusión se aplica a los servicios prestados en cualquier lugar, incluso fuera de los EE. UU.; por otra parte, esta exclusión no se aplica a los Servicios cubiertos conforme a la sección “Ensayos clínicos aprobados”. Consulte la sección Apelaciones y quejas 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 primaria, la atención médica preventiva, la atención primaria, el cuidado especializado 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. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente para obtener más información.

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.

Servicios relacionados con un servicio no cubierto: Cuando un servicio no está cubierto, todos los servicios relacionados con ese servicio tampoco están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a los servicios que Molina cubriría de otra manera para tratar las complicaciones del Servicio no cubierto. Molina cubre todos los servicios médicos básicos Medicamente necesarios para las complicaciones de un Servicio no cubierto. Si, más tarde, un Miembro sufre una complicación potencialmente mortal, como una infección grave, esta exclusión no aplica. Molina cubrirá cualquier servicio que, en otra circunstancia, cubriría para tratar esa complicación.

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.

Gestación subrogada: Los servicios para cualquier persona en relación con un acuerdo de sustitución no están cubiertos, excepto los servicios cubiertos proporcionados a una Miembro que sea una madre subrogada. Un acuerdo de sustitución es uno en el que una mujer (sustituta) se compromete a quedar embarazada y a entregar al bebé a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño.

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.

Servicios atención de la vista: Molina no cubre los siguientes servicios:

- Ejercicios oculares, entrenamiento visual, ortóptica, terapia de integración sensorial.
- Queratotomía radial, cirugías con láser y otras queratoplastias refractivas.

RECLAMACIONES

Cómo presentar una reclamación: Los proveedores deben presentar oportunamente ante Molina las reclamaciones por servicios cubiertos prestados a los miembros. Todos los reclamos deben presentarse en un formulario aprobado por Molina y deben incluir la historia clínica completa relacionada con el reclamo, si lo solicita Molina o, de otro modo, lo requieran las políticas y los procedimientos de Molina. El miembro o 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 los reclamos a Molina dentro de los 30 a 45 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 paga a los proveedores, los miembros pueden llamar al Centro de Apoyo al Cliente. 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 al Centro de Apoyo al Cliente de Molina, a la dirección que figura en la portada interior 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 se reciba la solicitud de reembolso del miembro, se procesará como un reclamo en virtud de su cobertura. El miembro recibirá una respuesta en un plazo de 30 días calendario. Si se acepta la reclamación, se enviará por correo un cheque de reembolso al Miembro. En cambio, si se deniega la reclamación, el miembro recibirá una carta en la que explicará el motivo de dicha denegación. Si el miembro no está de acuerdo con la denegación, puede presentar una apelación como se describe en este Acuerdo.

Pago de facturas: Los miembros deben consultar el Programa de Beneficios para conocer sus responsabilidades de costo compartido para los servicios cubiertos. Los miembros pueden ser responsables de pagar el precio total de los servicios en los siguientes casos:

- El miembro solicita y recibe servicios médicos que no son servicios cubiertos.
- Excepto en el caso de servicios de emergencia, el miembro solicita y obtiene servicios de atención médica de un proveedor o centro que es un proveedor no participante sin obtener la aprobación previa de Molina.

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

La 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 laboral: 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 realizar cualquier acción necesaria para obtener el pago bajo las leyes de indemnización al trabajador, cuando su puede esperar razonablemente el pago bajo el sistema de indemnización 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 las 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 o identidad de género, o información genética.

Este plan no deniega ni limita la cobertura, ni deniega ni limita la cobertura de un reclamo, ni impone costos compartidos adicionales u otras limitaciones o restricciones a la cobertura, para ningún servicio de salud que esté común o exclusivamente disponible para personas de un sexo, para una persona transgénero basado en el hecho de que el sexo asignado a un individuo al nacer, su identidad de género o su género registrado de otro modo sea diferente de aquel para el cual esos servicios de salud están común o exclusivamente disponibles.

Información genética: Molina no recopilará información genética del Miembro con el propósito de suscribirlo o de no hacerlo. Molina no solicitará ni exigirá al Miembro que realice ninguna prueba genética. Molina no ajustará las primas ni limitará la cobertura en función de la información genética.

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 registrará 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.

Acción legal: No se iniciarán acciones legales o de equidad para recuperar este Acuerdo antes del vencimiento de tres (3) años después de que se haya proporcionado prueba escrita de la pérdida de acuerdo con los requisitos de este Acuerdo. No se podrá realizar tal acción después de tres (3) años a partir del momento en que se requiera la prueba escrita de pérdida.

Límite de tiempo para ciertas defensas: Después de 2 años a partir de la fecha de emisión de este Acuerdo, no se podrán utilizar declaraciones incorrectas, excepto declaraciones erróneas fraudulentas, hechas por la persona que solicita los beneficios en la solicitud de dicho Acuerdo para anular el Acuerdo o denegar un reclamo por pérdida incurrida o discapacidad (tal como se define en el Acuerdo) a partir de la fecha de vencimiento de dicho período de 2 años. Ningún reclamo por pérdida incurrida o discapacidad (tal como se define en el Acuerdo), a partir de los 2 años luego de la fecha de emisión de este Acuerdo, se reducirá o denegará sobre la base de que una enfermedad o condición física que no se excluya de la cobertura por nombre o descripción específica vigente en la fecha de pérdida haya existido antes de la fecha de vigencia de la cobertura de este Acuerdo.

Lesiones relacionadas con accidentes automovilísticos: Molina no excluye la cobertura por lesiones relacionadas con accidentes automovilísticos, excepto según lo permita la ley estatal.

Ocupación ilegal o actividad criminal: Molina no es responsable de ninguna pérdida cuya causa contribuyente haya sido la comisión o intento de cometer un delito grave por parte del miembro o cuya causa contribuyente fuera la participación del miembro en una ocupación ilegal u otra actividad delictiva intencional.

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. Es posible que Molina le ofrezca recompensas u otros beneficios por participar en ciertas actividades y programas de salud. Las recompensas y los beneficios del programa disponibles para los miembros pueden incluir créditos de primas u otros beneficios, como tarjetas 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. Las recompensas y los beneficios del programa están disponibles para el canje solo mientras el suscriptor o el dependiente elegible esté actualmente inscrito en un plan de salud del Molina Marketplace. Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente.

QUEJAS

Si tiene algún problema con cualquiera de los servicios de Molina Healthcare, Molida desea ayudarle a encontrar una solución.

Cómo presentar una queja

- Los miembros o su representante autorizado pueden presentar su solicitud por teléfono al Centro de Apoyo al Cliente de Molina al número que se muestra en la página de bienvenida de este Acuerdo.
- Los miembros también pueden presentar una queja por escrito, junto con cualquier material de respaldo, por correo postal a la dirección de Molina o al número de fax que se muestra en la página de bienvenida de este Acuerdo:

**Molina Appeals & Grievances
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422**

- Los miembros también pueden presentar una queja por escrito a la Oficina del Comisionado de Seguros de Wisconsin en:

**OFFICE OF THE COMMISSIONER OF INSURANCE
COMPLAINTS DEPARTMENT
P.O. BOX 7873
MADISON, WISCONSIN 53707-7873**

- Los miembros también pueden llamar **1 (800) 236-8517** (fuera de Madison) o **1 (608) 266-0103** (en Madison) o **7-1-1** (TTY) y solicitar un formulario de queja. Los formularios de quejas están disponibles en <https://oci.wi.gov/Documents/OCIForms/51-005forprint.pdf>. Los miembros pueden enviar un correo electrónico a: **ocicomplaints@wisconsin.gov**.

Quejas (apelaciones internas y apelaciones externas)

Sección de definiciones para esta “Queja (apelaciones internas y apelaciones externas)”

“Determinación adversa de beneficios” significa una negación, reducción o terminación de un beneficio, o la falta de pago (total o parcial) de un beneficio, incluida la negación, reducción, terminación o falta de pago que se basa en una determinación de la elegibilidad de un miembro para participar en un plan, así como una falta de cobertura de un artículo o servicio para el cual los beneficios médicos se proporcionan de otra manera, debido a que son experimentales o de investigación, no son médicamente necesarios o adecuados.

“Apelación” significa la solicitud por escrito de un miembro o representante autorizado de una revisión de una determinación adversa de beneficios.

“Representante autorizado” significa una persona autorizada para actuar en nombre de un miembro con respecto a una reclamación/apelación, ya sea por ley o de acuerdo con los procesos de Molina.

“Reclamación acelerada” significa una reclamación o apelación donde el proceso de resolución estándar puede incluir cualquiera de los siguientes:

- Peligro grave para su vida o su salud (o la vida o la salud del niño nonato) o su capacidad para recuperar su función máxima.
- Según el médico tratante, le sometería a un dolor grave que no se puede controlar adecuadamente sin el cuidado o tratamiento que es el objeto de la reclamación.
- El médico tratante lo determina como una reclamación o apelación acelerada.

“Determinación adversa final de beneficios” significa una determinación adversa de beneficios que se mantiene después del proceso de apelación interna. Si el período permitido para la apelación interna transcurre sin una determinación de Molina, la apelación interna se considerará una determinación adversa final de beneficios.

“Queja” significa cualquier insatisfacción con Molina que un miembro o su representante autorizado le exprese verbalmente a Molina y que no esté relacionada con una determinación adversa de beneficios.

“Reclamación” significa cualquier insatisfacción con Molina que un miembro o su representante autorizado le exprese por escrito a Molina y que no esté relacionada con una determinación adversa de beneficios.

“Panel de reclamaciones” significa un grupo de personas responsables de la investigación y resolución final de cada reclamación/apelación.

“Posterior al servicio” significa que se ha emitido una determinación adversa de beneficios para un servicio que ya se ha prestado.

“Previa al servicio” significa que se ha emitido una determinación adversa de beneficios y no se ha proporcionado el servicio solicitado.

Cómo presentar una queja

Los miembros o su representante autorizado pueden presentar una queja por teléfono llamando al número gratuito del Centro de Apoyo al Cliente de Molina al número que figura en la página de bienvenida de este Acuerdo.

1. Molina acusará recibo de la queja durante la llamada telefónica de admisión al Centro de Apoyo al Cliente de Molina.
2. Molina investigará y resolverá su queja dentro de los 30 días calendario posteriores a su recepción.
3. Su resolución le será comunicada por teléfono o por escrito si Molina no puede comunicarse con usted por teléfono.

Cómo presentar una reclamación

Los miembros o su representante autorizado pueden presentar una reclamación por escrito, junto con cualquier material de respaldo, por correo, correo electrónico o fax a la dirección de Molina o al número de fax que se muestra en la página de bienvenida de este Acuerdo. Las reclamaciones por correo electrónico se pueden enviar a WIMemberAppeals@MolinaHealthCare.com.

1. Molina acusará recibo de la reclamación/apelación por escrito dentro de los cinco días hábiles posteriores a su recepción. Si el representante autorizado del miembro presentó la reclamación en su nombre, Molina también proporcionará un aviso de que la información de atención médica o los registros médicos pueden divulgarse solo si lo permite la ley. Molina también incluirá un formulario de consentimiento informado.
2. Molina notificará al miembro y a su representante autorizado (si corresponde) por escrito la hora y el lugar de la reunión del Panel de reclamaciones con al menos siete días calendario de anticipación. El miembro o su representante autorizado tienen derecho a comparecer ante el Panel de reclamaciones en persona o por teléfono para presentar información escrita u oral sobre la reclamación/apelación. Los miembros también pueden enviar preguntas por escrito a las personas responsables de tomar la determinación que dio como resultado la denegación o determinación de beneficios o la decisión de cancelar la inscripción de un miembro.
3. Excepto si la reclamación/apelación es una reclamación/apelación acelerada como se describe en el párrafo 4 a continuación, Molina notificará a los miembros sobre la disposición de la reclamación/apelación dentro de los 30 días calendario posteriores a su recepción, a menos que Molina no pueda resolver la reclamación dentro de los 30 días calendario. días. En caso de que Molina no pueda tomar una determinación dentro de los 30 días calendario iniciales posteriores a la recepción de la reclamación, Molina puede extender el período de determinación por 30 días calendario adicionales. Si se requiere una extensión, Molina notificará al miembro por escrito lo siguiente:
 - a. Que Molina no ha resuelto la reclamación/apelación.
 - b. Los motivos de la prórroga.
 - c. Cuándo se puede esperar una resolución.
4. Si una reclamación/apelación implica una reclamación acelerada, Molina resolverá dicha reclamación dentro de las 72 horas posteriores a su recepción. Los miembros pueden solicitar una reclamación acelerada; deben llamar o enviar un fax al Centro de Apoyo al Cliente de Molina, al número que aparece en la página de bienvenida de este Acuerdo.
5. Los miembros podrán solicitar gratuitamente cualquier documento que Molina haya utilizado para tomar una decisión.
6. Molina requerirá una expresión escrita de autorización para representación de cualquier persona que actúe en nombre de un miembro, a menos que se aplique cualquiera de las siguientes situaciones:
 - La persona que actúa en nombre del miembro está autorizada por ley para actuar en nombre del miembro.
 - El miembro no puede dar su consentimiento y la persona que actúa en su nombre es su cónyuge, un familiar o el proveedor tratante.
 - La reclamación es una reclamación acelerada y la persona que actúa en nombre del miembro declara que el miembro le ha dado autorización verbal para representarlo.

Molina procesará una reclamación/apelación sin requerir autorización por escrito a menos que, en el acuse de recibo de una reclamación/apelación al representante autorizado, Molina haga de manera clara y destacada todo lo siguiente:

- Notifica a la persona que actúa en nombre del miembro que, a menos que se aplique alguna de las excepciones enumeradas anteriormente, la reclamación no se procesará hasta que Molina reciba una autorización por escrito.
- Solicita autorización por escrito de la persona que actúa en nombre del miembro.
- Proporciona a la persona que actúa en nombre del miembro un formulario que el miembro puede utilizar para otorgar autorización por escrito. El miembro puede, aunque no está obligado a hacerlo, utilizar el formulario de Molina para otorgar autorización por escrito. Molina aceptará una expresión escrita de autorización en cualquier forma, idioma o formato.

Cómo presentar una apelación externa

Después de haber agotado los derechos de apelación interna proporcionados por Molina, los miembros tienen el derecho de solicitar una revisión externa/independiente de una determinación adversa de beneficios. Los miembros (o su representante autorizado) pueden presentar una solicitud por escrito para una revisión externa. El aviso de determinación adversa de beneficios y determinación adversa final de beneficios de los miembros describe el proceso que se debe seguir si desean buscar una apelación externa.

Los miembros deben presentar su solicitud de una revisión externa dentro de los cuatro meses posteriores a la fecha del aviso de determinación adversa de beneficios o determinación adversa final de beneficios.

Los miembros pueden solicitar una apelación externa por teléfono al **1 (888) 866-6205**, en línea en www.externalappeal.com o por correo postal a:

**HHS Federal External Review Request
MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534.**

Si un miembro tiene alguna pregunta o inquietud durante el proceso de apelación externa, el miembro o su representante autorizado pueden llamar al número gratuito **1 (888) 866-6205**. Los miembros (o su representante autorizado) pueden enviar comentarios adicionales por escrito al revisor externo en la dirección de correo anterior. Si se presenta alguna información adicional, se compartirá con Molina para darle la oportunidad de reconsiderar la negación.

Solicitud de apelación externa acelerada: los miembros (o su representante autorizado) pueden presentar una solicitud oral o escrita para una apelación externa acelerada con el revisor externo cuando reciben lo siguiente:

- Una determinación adversa de beneficios si la determinación adversa de beneficios implica una afección médica para la cual el plazo para la finalización de una reclamación acelerada pondría seriamente en peligro su vida o salud o pondría en peligro su capacidad para recuperar la función máxima y el miembro ha presentado una solicitud para una reclamación acelerada.
- Una determinación adversa final de beneficios, si el miembro tiene una afección médica donde el plazo para la finalización de una revisión externa estándar pondría en serio peligro su vida o salud o pondría en peligro su capacidad para recuperar la función máxima, o si la determinación adversa final de beneficios se refiere a una admisión, disponibilidad de atención,

estadía continua, o un artículo o servicio de atención médica para el cual el miembro recibió servicios, pero no ha sido dado de alta en dicho centro.

- Una determinación adversa de beneficios que se relaciona con el tratamiento experimental o de investigación, si el médico tratante certificara que el servicio, suministro o tratamiento de atención médica recomendado o solicitado sería significativamente menos efectivo si no se inicia de inmediato.

En situaciones de apelación externa acelerada, las solicitudes de revisión acelerada se pueden iniciar llamando a MAXIMUS Federal Services al número que se muestra arriba, o enviando la solicitud por fax o correo postal a MAXIMUS al número de fax o dirección que se muestran arriba.

Además, a petición del miembro, Molina puede enviarle copias de la provisión de beneficios reales y le proporcionará una copia sin cargo alguno del beneficio real, las pautas clínicas o los criterios clínicos utilizados para determinar la situación al recibir la solicitud del miembro. Para presentar una solicitud, se puede llamar al Centro de Apoyo al Cliente de Molina, al número que aparece en la página de bienvenida de este Acuerdo.

Cómo presentar una queja ante la Oficina del Comisionado de Seguros

Los miembros pueden resolver su problema siguiendo los pasos descritos anteriormente. Los miembros también pueden presentar una queja ante la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS (OCI, en inglés)** de Wisconsin. La **OCI** es una agencia estatal que hace cumplir las leyes de seguros de Wisconsin. Los miembros pueden comunicarse con la **OCI** a la dirección de la OCI que se muestra arriba.

Los miembros también pueden llamar al Departamento de quejas de la **OCI** a los números que aparecen arriba para solicitar un Formulario de quejas. El formulario de queja también está disponible en **oci.wi.gov**. Los miembros pueden enviar un correo electrónico a la OCI a: **ocicomplaints@wisconsin.gov**.

Información y reglas generales

Las reglas generales con respecto al proceso de quejas, reclamaciones (apelaciones internas) y apelaciones externas de Molina incluyen las siguientes:

- Molina le ofrecerá al miembro hablar por teléfono. Se hará un acuerdo apropiado para permitir que se celebren conferencias telefónicas en las oficinas administrativas de Molina. Molina hará estos arreglos telefónicos sin cargo adicional para el miembro.
- Durante el proceso de revisión, los servicios en cuestión se examinarán sin tener en cuenta la decisión a la que se llegó en la determinación inicial.
- Molina le proveerá al miembro evidencia informativa nueva o adicional que considere, se base o genere en relación con una apelación que no estaba disponible cuando se hizo la determinación adversa inicial de beneficios. Un proceso de revisión “completo y justo” requiere que Molina envíe cualquier información médica nueva directamente al miembro, para que tenga la oportunidad de revisar el expediente.

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, nacionalidad, 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, condición militar o veterano retirado con honores, o por el uso de un perro guía o un animal de servicio entrenado por una persona con una discapacidad.

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

- Ayuda y servicios para personas con discapacidad
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
 - Material escrito en otros formatos (letra 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 el Departamento de Servicios para Miembros de Molina. El número del Departamento de Servicios para Miembros de Molina está en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro. (TTY: 711).

Si considera que Molina no le proporcionó estos servicios o le trató de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo. Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir el reclamo, podemos ayudarle. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889, o al TTY: 711.

Envíe su reclamo por correo postal a: Civil Rights Coordinator, 200 Oceangate, Long Beach, CA 90802.

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

También puede presentar su reclamo ante Molina Healthcare AlertLine, las 24 horas del día, los 7 días de la semana en: <https://molinahealthcare.alertline.com>.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Los formularios para presentar un reclamo están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html> Puede enviar el formulario por correo postal a:

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

También puede enviarlo a un sitio web a través del Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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

ATTENTION: Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. If you need help in your language call Member Services located on back of your ID card. (TTY: 711). These services are free of charge.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame a Servicios para Miembros. El número está en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. (TTY: 711). También hay disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y letra grande. Estos servicios son gratuitos. (Español)

. تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغتك ، فاتصل ، بخدمات الأعضاء. الرقم موجود على ظهر بطاقة هوية العضو الخاصة بك | (Árabe). (الهاتف النصي: 711). تتوفر أيضا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات بطريقة برايل والطباعة الكبيرة. هذه الخدمات مجانية

Ուժեղ ԴՆՊԻՆՈՒՄ: Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գտնվող Member Services: Համարը գտնվում է Ձեր Member ID քարտի ետևի մասում: (TTY: 711):

Անկախ նաև հաշմանդամություն ունեցող անհատի համար նախատեսված օգնության միջոցներ եւ ծառայություններ, ինչպես բրեյլի եւ մեծ տպաքանակի փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները անվճար են: (Armenio)

ការយកចិត្តទុកដាក់ដល់និយោជិតសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការភ្នែកឬជនមានការរីកចម្រើនផ្លូវចនាគ្រប់គ្រងសមាសធាតុផ្សេងៗគ្នា។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកសេវាសម្រាប់ជនពិការភ្នែកឬជនមានការរីកចម្រើនផ្លូវចនាគ្រប់គ្រងសមាសធាតុផ្សេងៗគ្នា។ (TTY: 711), សេវាកម្មទាំងនេះដោយមិនគិតថ្លៃ, (Camboyano)

注意:如果您需要语言方面的帮助, 请致电会员服务部。该号码位于您的会员 ID 卡背面。(TTY: 711)。
还为残疾人提供辅助工具和服务, 如盲文和大字体文件。这些服务是免费的。(Chino)

توجه: کمک ها و خدمات برای افراد معلول, مانند اسناد بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس هستند. در صورت نیاز به کمک در زبان خود با خدمات عضو واقع در پشت کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
(Farsi). این خدمات رایگان هستند. (TTY: 711)

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो सदस्य सेवाओं को कॉल करें। नंबर आपके सदस्य आईडी कार्ड के पीछे है। (TTY: 711)।
विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं। (Hindi)

XIM: Yog koj xav tau kev pab los ntawm koj cov kev pab. Tus naj npawb nyob sab nraum qab ntawm koj tus ID card. (TTY: 711).
Aids thiab kev pab rau cov neeg uas muaj mob xiam oob qhab, xws li cov ntau ntawm nyob rau hauv braille thiab loj print, kuj muaj. Cov kev pab no yog pab dawb xwb. (Hmong)

ACHTUNG: Wenn Sie Hilfe in Ihrer Sprache benötigen, rufen Sie den Mitgliederservice an. Die Nummer finden Sie auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises. (TTY: 711).
Hilfsmittel und Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen, wie Dokumente in Blindenschrift und Großdruck, sind ebenfalls verfügbar. Diese Dienstleistungen sind kostenlos. (Alemán)

注意:あなたの言語で助けが必要な場合は、メンバーサービスに電話してください。番号は会員証の裏面に記載されています。(TTY: 711)。
点字や大活字の書類など、障害者のための援助やサービスも利用できます。これらのサービスは無料です。(Japonés)

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하면 회원 서비스에 전화하십시오. 이 번호는 가입자 ID 카드 뒷면에 있습니다. (TTY: 711)입니다. 점자 및 큰 활자로 된 문서와 같은 장애인을 위한 보조 및 서비스도 제공됩니다. 이러한 서비스는 무료입니다. (Coreano)

ຂ້ອນລະວັງ: Aids ແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ເຊັ່ນດຽວກັບເອກະສານໃນ braille ແລະການພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ຍັງມີ.
ຖ້າ ທ່ານ ຕ້ອງ ການ ຄວາມ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ໃນ ພາ ສາ ຂອງ ທ່ານ call Member Services ທີ່ ຕັ້ງ ຢູ່ ທາງ ຫລັງ ຂອງ ນັ້ນ ID ຂອງ
ທ່ານ. (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. (Laosiano)

attention: aids caux services bun mienh caux disabilities oix documents yie braille caux large print naaic yaac available da'faanh meih oix zuqc tengx yie meih nyei
language heuc member services located zieqc back of meih nyei yie cie (tty: 711) these services naaic free of charge. (Mien)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਨੰਬਰ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਂਬਰ ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਹੈ।
(TTY: 711).
ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।
(Panyabi)

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

Также 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 serbisyo ito ay libre. (Tagalog)

ความสนใจ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณโปรดติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก 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 nổi và chữ in lớn, cũng có sẵn. Các dịch vụ này là miễn phí. (Vietnamita)