

Molina Healthcare of Ohio Marketplace

2024

Acuerdo y Evidencia de Cobertura
combinada y Formulario de divulgación

Molina Healthcare of Ohio
3000 Corporate Exchange Dr.
Columbus, OH 43231



MHO01012024EOC
OH24EOCS

AVISO: EL SUSCRIPTOR TIENE EL DERECHO DE RESCINDIR ESTE ACUERDO Y EVIDENCIA DE COBERTURA INDIVIDUAL (EL "ACUERDO") DE MOLINA HEALTHCARE OF OHIO, INC. HASTA LA MEDIANOCHE DEL DÉCIMO DÍA DESPUÉS DE LA FECHA EN QUE RECIBIÓ ESTE ACUERDO. SI EL SUSCRIPTOR RESCINDE EL ACUERDO DURANTE ESE PERÍODO, SE LE COBRARÁ LA PRIMA DEL SUSCRIPTOR POR LA CANTIDAD DE DÍAS QUE EL ACUERDO ESTUVO VIGENTE. ESTE DERECHO A RESCINDIR TERMINA SI ALGÚN MIEMBRO HACE UNA RECLAMACIÓN POR BENEFICIOS O RECIBE SERVICIOS CUBIERTOS ANTES DE QUE SE EJERZA EL DERECHO A RESCINDIR. PARA RESCINDIR ESTA PÓLIZA, DEVUELVA ESTE ACUERDO A:

MOLINA HEALTHCARE OF OHIO, INC.
PO BOX 349020
COLUMBUS, OHIO 43234-9020

POR FAVOR, DÍGANOS SU NOMBRE Y QUE QUIERE RESCINDIR EL ACUERDO, PERO NO TIENE QUE DECIRNOS EL POR QUÉ.

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.

ASESORAMIENTO DE MEDICARE: ESTE CERTIFICADO NO ES UN CERTIFICADO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE. SI USTED ES ELEGIBLE PARA MEDICARE, REVISE LA GUÍA SOBRE EL SEGURO MÉDICO PARA LAS PERSONAS CON MEDICARE DISPONIBLE EN LA COMPAÑÍA.

Área de servicio: Condados de Adams, Allen, Ashtabula, Athens, Auglaize, Belmont, Brown, Butler, Champaign, Clark, Clermont, Clinton, Coshocton, Crawford, Cuyahoga, Darke, Defiance, Erie, Fairfield, Fayette, Franklin, Fulton, Greene, Guernsey, Hamilton, Hancock, Harrison, Henry, Highland, Holmes, Huron, Jefferson, Lake, Lawrence, Licking, Logan, Lorain, Lucas, Madison, Mahoning, Miami, Montgomery, Morrow, Muskingum, Paulding, Perry, Pickaway, Pike, Preble, Putnam, Richland, Ross, Sandusky, Scioto, Seneca, Shelby, Stark, Trumbull, Van Wert, Warren, Wayne, Wood, Wyandot

GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA

Servicio	Necesidad	Dónde ir
Servicios de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de una afección médica de emergencia. 	<p>Llame al 911 o vaya a 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.</p>
Cómo obtener atención	<ul style="list-style-type: none"> Atención de urgencia <ul style="list-style-type: none"> Enfermedades leves. Lesiones menores. Atención médica virtual Asesoramiento las 24 horas sobre cuestiones médicas y de salud mental 	<p>Centros de atención de urgencia Encuentre un Proveedor o Centro de atención de urgencia MolinaHealthcare.com/ProviderSearch</p> <p>Atención médica virtual www.teladoc.com/molinamarketplace 1-800-TELADOC</p> <p>Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas 1 (888) 275-8750 (inglés) 1 (866) 648-3537 (español)</p>
Acceso en línea	<ul style="list-style-type: none"> Buscar o cambiar de médico Ver los beneficios y el Manual del Miembro. Ver o imprimir su tarjeta de identificación (ID) Realizar un seguimiento de los reclamos. 	<p>Ingrese en MyMolina.com.</p> <p>Descargue la aplicación Molina Mobile.</p> <p>Consulte el Directorio de proveedores en MolinaMarketplace.com</p>
Detalles del plan	<ul style="list-style-type: none"> Respuestas sobre el Plan, los programas, los servicios o los medicamentos recetados Ayuda relacionada con la tarjeta de identificación Acceso a la atención médica Preguntas sobre pagos 	<p>Centro de Atención al Cliente de Molina 1 (888) 296-7677</p> <p>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del este</p> <p>Ingrese en MyMolina.com.</p>
Elegibilidad e inscripción	<ul style="list-style-type: none"> Preguntas de elegibilidad. Agregar un Dependiente. Informar un cambio de dirección o ingresos 	<p>Visite HealthCare.gov</p> <p>1 (800) 318-2596</p>

TABLA DE CONTENIDOS

GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA	3
TABLA DE CONTENIDOS	4
DEFINICIONES	10
INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD	17
PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA	17
PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN	17
COBERTURA SOLO PARA NIÑOS.....	17
DEPENDIENTES	17
• CÓNYUGE	17
• NIÑO(A) O NIÑOS:	17
• NIÑO CON UNA DISCAPACIDAD	17
• PAREJA DOMÉSTICA	18
ADICIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES	18
• CÓNYUGE	18
• NIÑOS (MENORES DE 26 AÑOS)	18
• HIJO ADOPTADO O RECIÉN NACIDO.....	19
• FALLO JUDICIAL O FALLO DE MANUTENCIÓN DE HIJOS.....	19
• NIÑO EN CRIANZA TEMPORAL.....	19
INTERRUPCIÓN DE LA COBERTURA DE DEPENDIENTES	19
ELEGIBILIDAD CONTINUA.....	20
OPCIÓN DE CONVERSIÓN	20
PAGO DE LA PRIMA.....	20
CRÉDITO FISCAL ANTICIPADO PARA LA PRIMA (APTC).....	20
PAGOS	20
PAGOS DE PRIMAS Y COSTOS COMPARTIDOS POR PARTE DE TERCEROS.....	20
AVISO DE PAGOS ATRASADOS.....	21
PERÍODO DE GRACIA	21
• PERÍODO DE GRACIA PARA SUSCRIPTORES CON APTC	21
• PERÍODO DE GRACIA PARA SUSCRIPTORES SIN APTC.....	21
NOTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO	22
REINTEGRACIÓN LUEGO DE LA TERMINACIÓN	22
REINSCRIPCIÓN LUEGO DE LA TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO	22
RENOVACIÓN DE LA COBERTURA.....	22
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.....	22
EL DEPENDIENTE O NIÑO NO REÚNE LOS REQUISITOS DEBIDO A SU EDAD	23
EL MIEMBRO NO REÚNE LOS REQUISITOS	23
FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS.....	23
FRAUDE O TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL:	23
SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN POR PARTE DEL MIEMBRO	23
INTERRUPCIÓN DE UN PRODUCTO EN PARTICULAR	23
INTERRUPCIÓN DE TODA LA COBERTURA	23
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.....	24
TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN.....	25

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA	25
SERVICIOS DE TELEMEDICINA	27
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA PARA MIEMBROS CON DISCAPACIDADES	28
AUTORIZACIÓN PREVIA.....	29
REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN.....	30
REVISIÓN SIMULTÁNEA	30
REMISIONES	31
SEGUNDA OPINIÓN	31
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)	32
COSTOS COMPARTIDOS	37
SERVICIOS CUBIERTOS.....	38
BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES	38
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA BÁSICA	39
LEY DE PARIDAD EN LA SALUD MENTAL E IGUALDAD EN LA ADICCIÓN	40
ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS	40
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (ASD)	41
TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER:	41
ADMINISTRACIÓN DE CASOS COMPLEJOS	42
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA.....	42
SERVICIOS DE DIABETES	43
SERVICIOS DE DIÁLISIS	43
SERVICIOS DE EMERGENCIA	44
SERVICIOS DE EMERGENCIA PRESTADOS POR UN PROVEEDOR NO PARTICIPANTE.....	44
SERVICIOS DE TRANSPORTE DE EMERGENCIA	45
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	45
SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LAS HABILIDADES	45
ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO.....	46
TERAPIA DE INFUSIÓN EN EL HOGAR	47
SERVICIOS PALIATIVOS	47
SERVICIOS PARA LA INFERTILIDAD.....	47
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS	47
ANÁLISIS DE LABORATORIO, SERVICIOS DE RADIOLOGÍA (RADIOGRAFÍAS) Y SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE EXPLORACIÓN.....	48
SERVICIOS DE SALUD MENTAL (PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS)	48
SERVICIOS DE MÉDICO	49
EMBARAZO Y MATERNIDAD.....	49
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	50
SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS	50
DISPOSITIVOS PROTÉSICOS Y ORTÓTICOS, IMPLANTADOS INTERNAMENTE O EXTERNOS	52
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	53
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	53
CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA.....	53
TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS	54
CIRUGÍAS (PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS)	54
SÍNDROME DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (“TMJ”)	55
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA.....	56
SERVICIOS PARA LA VISTA (PEDIÁTRICO).....	56
MEDICAMENTOS RECETADOS.....	57
FÁRMACOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPO MÉDICO DURADERO	57

FARMACIAS	57
FORMULARIO DE MOLINA	57
ACCESO A MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL FORMULARIO	57
CÓMO SOLICITAR UNA EXCEPCIÓN	58
COSTOS COMPARTIDOS.....	59
COSTO COMPARTIDO EN LAS EXCEPCIONES DEL FORMULARIO	60
CENTRO DE ATENCIÓN PARA EL PROGRAMA REQUERIDO DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR EL PROVEEDOR	60
ASISTENCIA CON EL COSTO COMPARTIDO Y LOS GASTOS DE BOLSILLO PARA MEDICAMENTOS	60
MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS Y PRODUCTOS DE VENTA LIBRE	61
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)	61
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS	61
MEDICAMENTOS RECETADOS PARA DEJAR DE FUMAR.....	61
LÍMITE DE SUMINISTRO DIARIO	61
PRORRATEO Y SINCRONIZACIÓN.....	62
ANALGÉSICOS CON OPIOIDES PARA EL DOLOR CRÓNICO	62
MEDICAMENTOS CONTRA EL CÁNCER	62
TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV)	62
DISPONIBILIDAD DE PEDIDOS POR CORREO DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO	63
MEDICAMENTOS PARA USO FUERA DE LO INDICADO	63
PRÁCTICAS DE BENEFICIOS FARMACÉUTICOS.....	63
MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS.....	63
EXCLUSIONES.....	64
RECLAMOS.....	68
CÓMO TRAMITAR UN RECLAMO.....	68
PROCESAMIENTO DE RECLAMOS	69
REEMBOLSO AL MIEMBRO	69
PAGO DE FACTURAS	69
AVISOS LEGALES	70
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS Y SUBROGACIÓN	70
DERECHO DE MOLINA AL REEMBOLSO	70
LOS DERECHOS DE MOLINA TIENEN PRIORIDAD.....	71
INDEMNIZACIÓN AL TRABAJADOR.....	71
ACTOS FUERA DEL CONTROL DE MOLINA	71
RENUNCIA	71
NO DISCRIMINACIÓN.....	72
INFORMACIÓN GENÉTICA	72
ACUERDO VINCULANTE PARA LOS MIEMBROS	72
ASIGNACIÓN	72
LEY VIGENTE.....	72
FALTA DE VALIDEZ.....	72
AVISOS.....	72
ACCIONES LEGALES	72
LÍMITE DE TIEMPO PARA CIERTAS DEFENSAS	73
BIENESTAR Y OTROS BENEFICIOS DEL PROGRAMA	73
ACTIVIDADES ANUALES DE SALUD.....	73
ASEGURADO ENCARCELADO.....	73
DISPONIBILIDAD DE MEDICAID	73
MATERIALES EDUCATIVOS SOBRE LA SALUD.....	73
EXÁMENES FÍSICOS Y AUTOPSIA	74
LESIONES RELACIONADAS CON EL ALCOHOL O LAS DROGAS.....	74

CANCELACIÓN POR PARTE DEL MIEMBRO	74
AVISO RELATIVO A LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE COBERTURA EN VIRTUD DE LA LEY DE LA ASOCIACIÓN DE GARANTÍAS DE SEGUROS DE VIDA Y SALUD DE OHIO.....	74
FACTURACIÓN DE SALDO.....	75
DECISIONES SOBRE RECLAMOS, QUEJAS, RECURSOS INTERNOS Y EXTERNOS	75
QUEJAS	75
NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE.....	76
RECLAMO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA.....	77
AVISOS INICIALES DE DENEGACIÓN	77
APELACIONES INTERNAS.....	78
AVISOS DE DENEGACIÓN DE APELACIONES	80
REVISIÓN EXTERNA.....	81
REVISIÓN EXTERNA ESTÁNDAR.....	81
REVISIÓN EXTERNA ACELERADA	81
REVISIÓN EXTERNA DEL TRATAMIENTO EXPERIMENTAL Y DE INVESTIGACIÓN	82
ASIGNACIÓN DE IRO.....	83
REVISIÓN Y DECISIÓN DE LA IRO	83
NATURALEZA VINCULANTE DE LA DECISIÓN DE REVISIÓN EXTERNA	83
DEPARTAMENTO DE REVISIÓN EXTERNA DE SEGUROS DE OHIO	84
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN.....	85

Emisión de política: Este Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura (también llamado el “Acuerdo”) de Molina Healthcare of Ohio, Inc. es emitido por Molina Healthcare of Ohio, 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 aditamentos a este Acuerdo, el Programa de Beneficios aplicable para este Plan y cualquier solicitud presentada al Marketplace o a Molina para obtener cobertura bajo este Acuerdo, incluida la hoja de tarifas aplicable para este producto, se incorporan en este Acuerdo por referencia y constituyen la totalidad del contrato legalmente vinculante entre Molina y el Suscriptor.

Cambios en el Contrato: Ninguna enmienda, modificación u otro cambio realizado a este contrato legalmente vinculante entre Molina y el suscriptor será válido hasta que reciba la aprobación de Molina y se genere una evidencia por medio de un documento escrito firmado por un miembro del equipo ejecutivo de Molina. Ningún agente de Molina tiene la autoridad necesaria para modificar este Acuerdo y sus documentos incorporados ni para renunciar a ninguna de sus disposiciones.

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

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. Estos servicios se ofrecen sin costo adicional para el Miembro. Molina proporcionará servicios de interpretación oral y servicios de traducción por escrito de cualquier material fundamental para que un Miembro comprenda su cobertura para atención médica. Los Miembros sordos o con problemas de audición pueden utilizar el servicio de retransmisión de telecomunicaciones llamando al 7-1-1.

Gracias por elegir a Molina

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

Le proporcionamos este Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura de Molina of Ohio para 2024 (“Acuerdo”) con el fin de informarle lo siguiente:

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

Lea este Acuerdo cuidadosamente. En él, encontrará información sobre la amplia gama de necesidades de salud que se cubren y los servicios de atención médica que se proporcionan. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente, visite MolinaMarketplace.com o llame al 1 (888) 296-7677.

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 están en mayúsculas 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 (Affordable Care Act): La ley integral de reforma de la atención médica, promulgada en marzo de 2010 (en ocasiones conocida como Obamacare, ACA o PPACA).

Cantidad Autorizada: El monto máximo que pagará Molina por un servicio cubierto menos el Costo Compartido que deban pagar los Miembros. Se aplican las siguientes condiciones:

- *Servicios obtenidos de un Proveedor Participante:* Se le reembolsarán a la tarifa contratada (la cantidad acordada como compensación por la prestación de servicios entre Molina y nuestro Proveedor Participante) por dichos Servicios Cubiertos.
- *Servicios de emergencia, Servicios de transporte de emergencia y Atención no anticipada recibida de un Proveedor no Participante fuera de la red:* A menos que la ley o un acuerdo entre el Proveedor No Participante y Molina exija lo contrario, la Cantidad Permitida será la más alta de:
 - 1) La tasa media contratada por Molina para tales servicios dentro de la región geográfica;
 - 2) La cantidad que se pagaría bajo el programa Medicare por dicho(s) servicio(s); o
 - 3) La cantidad determinada por la metodología de reembolso típica de Molina fuera de la red, tal y como se detalla a continuación con respecto a "Todos los demás servicios cubiertos recibidos de un Proveedor no Participante".

Tenga en cuenta lo siguiente: Los Servicios de emergencia, los Servicios de transporte de emergencia y la Atención no anticipada recibida para el tratamiento de una Afección Médica de Emergencia por parte de Proveedores No Participantes están sujetos al Costo Compartido por Servicios de Emergencia en el Programa de Beneficios calculado al nivel dentro de la red. No se facturará el saldo a los Miembros por Servicios de emergencia, Servicios de transporte de

emergencia o Atención no anticipada fuera de la red prestada por Proveedores No Participantes.

- *Servicios posteriores a la estabilización:* La Cantidad Autorizada será la menor entre la cantidad cobrada por el Proveedor y la cantidad de pago admisible, tal y como se define en la ley federal. Los gastos compartidos por los Servicios posteriores a la estabilización están sujetos al Costo Compartido para los Servicios de emergencia en el Programa de Beneficios calculados al nivel de la red. Los Miembros no estarán sujetos a la Facturación de saldo por los Servicios posteriores a la estabilización a menos que den su consentimiento a renunciar a las protecciones de Facturación de saldo de acuerdo con el proceso requerido por la ley federal.
- *El resto de los Servicios cubiertos prestados por un Proveedor no Participante:* Se pagarán al menor de los siguientes importes si se siguen todos los demás términos de este Acuerdo:
 - La tasa media contratada de Molina para tales servicios;
 - El 100 % de la tarifa de Medicare publicada para dicho(s) servicio(s); o
 - Una cantidad negociada acordada por el Proveedor no Participante y Molina.

Máximo anual de gastos de bolsillo (OOPM): El máximo que un Miembro debe pagar por los Servicios Cubiertos en un año del Plan. Después de que un Miembro gasta este monto en Deducibles, Copagos y Coseguros, Molina paga el 100 % de los costos de los Servicios cubiertos. Los montos que el suscriptor o los dependientes paguen por servicios no cubiertos por este Plan no cuentan para el OOPM. El Programa de Beneficios puede incluir un OOPM para la cobertura individual en virtud del presente Acuerdo y un monto de OOPM independiente para el resto de las coberturas cuando haya dos o más Miembros inscritos (“OOPM combinado”). Cuando dos o más Miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo:

- 1) Se alcanzará el OOPM individual, con respecto al suscriptor o a un dependiente, cuando dicha persona alcance el monto del OOPM individual; o
- 2) Se alcanzará el OOPM combinado cuando el Costo Compartido de un miembro de la familia suponga el total del OOPM familiar.

Una vez que el Costo Compartido total para el Miembro suponga el 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 continúa inscrito en este Plan. Una vez que el Costo Compartido de dos o más miembros de la familia suponga el monto OOPM familiar, Molina pagará el 100 % de los cargos por Servicios cubiertos para el Miembro y cada integrante de su familia por el resto del año calendario si siguen inscritos en este Plan.

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

Miembro por Servicios cubiertos. Por lo general, las leyes estatales y federales impiden que los Proveedores no Participantes facturen el saldo de ciertos servicios, como los Servicios de urgencia, los Servicios de transporte de urgencia, los Servicios posteriores a la estabilización y los Cuidados no anticipados fuera de la red.

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 se indican 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. Por lo general, este término incluye los Deducibles, el Coseguro y los Copagos, pero no incluye ni las Primas ni los montos de facturas de saldo de Proveedores no Participantes ni el costo de los Servicios no cubiertos.

Servicio cubierto o Servicios cubiertos: Los servicios Médicamente Necesarios y preventivos, incluidos dispositivos médicos 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. Algunos planes pueden tener un deducible “combinado” que incluye tanto los gastos médicos como los de medicamentos recetados que están sujetos al mismo deducible. Algunos planes pueden tener deducibles “separados” para los gastos médicos y los gastos de medicamentos recetados.

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

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

Formulario de medicamentos o Formulario: Una lista de los medicamentos recetados que cubre este Plan de Molina. En el Formulario de medicamentos se ordenan los medicamentos en distintos niveles o categorías de Costo Compartido.

Equipo médico duradero o DME: El Equipo médico duradero constituye el equipo médico y los suministros solicitados por un Proveedor para uso diario o extendido. El DME incluye equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras reactivas de sangre para diabéticos medicamente necesarios.

Emergencia o afección 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) Provocar una falla 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 emergencia: Servicios destinados a evaluar, tratar o estabilizar una Afección Médica de Emergencia. Estos servicios pueden prestarse en el departamento de urgencias de un hospital autorizado, en un departamento de urgencias independiente o en otro centro que proporcione tratamiento de afecciones médicas de urgencia. Esto incluye un examen médico realizado para determinar si existe una afección médica de urgencia y el tratamiento necesario para estabilizar una afección médica de urgencia, independientemente del departamento del hospital en el que se preste dicho tratamiento.

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

Beneficios de salud esenciales (EHB): Conjunto de 10 categorías de servicios que los planes de seguro de salud deben cubrir en virtud de 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 el tratamiento o uso terapéutico en relación con una afección médica subyacente para la cual se prescribió dicho procedimiento, medicamento, instalación o dispositivo.

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

Hospital: Una instalación operada legalmente con licencia del Estado, cuyo propósito o función principal es brindar atención, educación o investigación médica.

Marketplace: Un organismo gubernamental o una entidad sin fines de lucro que cumple con los estándares de la Ley de Atención Médica Asequible y ayuda a los residentes del Estado a adquirir coberturas de planes de salud aprobados de compañías o planes de salud, como los que ofrece 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 del presente Acuerdo, el término se refiere al Marketplace que opera en el Estado, independientemente de cómo este sea organizado y dirigido.

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

Miembro: Una persona que es elegible y se encuentra inscrita conforme a este Acuerdo, y para quien Molina recibió el primer pago de la Prima correspondiente (vinculante). El término incluye un dependiente y un suscriptor, a menos que el suscriptor sea un adulto responsable (el padre o tutor legal) que solicite la cobertura solo para niños bajo este Contrato 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.

Servicios de salud mental: Servicios médicamente necesarios para pacientes ambulatorios o internados que se proporcionan con el fin de tratar los trastornos mentales cubiertos por las categorías de diagnóstico que se indican en la versión más actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, y cualquier ley estatal o federal asociada.

Molina Healthcare of Ohio, Inc. (“Molina”): La compañía autorizada en Ohio como organización de mantenimiento de la salud y contratada en el Marketplace.

Acuerdo y Política Individual de Molina Healthcare Of Ohio, Inc.: Este documento, que contiene información sobre la cobertura de este Plan. También se le llama el “Acuerdo”.

Proveedor no participante: Un Proveedor que no tiene un contrato con Molina para prestar Servicios cubiertos a los Miembros.

Otro proveedor médico: Proveedores Participantes que brindan Servicios Cubiertos a los Miembros según el alcance de su licencia, y que no son Proveedores de Atención Primaria o Especialistas.

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 tiene licencia o está autorizado de otro modo para proporcionar dichos servicios, y tiene 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, mediante la que se proporcionan 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 M.D. (Doctor en Medicina) o D.O. (Doctor en Medicina Osteopática), Enfermero Practicante Certificado, especialista en enfermería clínica o Asistente Médico, según lo permita la Ley Estatal y los términos del Plan, que proporciona, coordina o ayuda a acceder a una serie 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 tenga licencia o 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 en la que Molina, conforme a la autorización otorgada por el Estado, puede comercializar productos individuales a través del Marketplace, inscribir a los Miembros que obtienen cobertura a través del Marketplace y proporcionar beneficios a través de planes de salud individuales aprobados, que se venden a través del Marketplace.

Especialista: Un Proveedor que se centra en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y enfermedades.

Estabilizar: Estabilizar significa proporcionar el tratamiento para la Afección médica de emergencia que sea necesario a fin de garantizar, dentro de las posibilidades médicas razonables, que no es probable que se produzca o que ocurra un deterioro material de la afección durante el traslado de la persona desde un centro, o en el caso de una mujer embarazada que tiene contracciones, durante el parto (incluida la placenta).

Ley estatal: El cuerpo jurídico del Estado de Ohio. 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.

Subscriber: La persona que se inscribe en la cobertura y que ha elegido los beneficios para sí misma y para cualquier dependiente que reúna los requisitos. Siempre hay un solo Suscriptor por grupo de afiliación y cada Miembro del grupo de afiliación estará asociado con el Suscriptor.

Atención no anticipada fuera de la red: Servicios de atención médica, incluidos los servicios de laboratorio clínico, que están cubiertos por un plan de beneficios de salud y que son prestados por un proveedor fuera de la red cuando la persona cubierta no tenía la posibilidad de solicitar dichos servicios a un proveedor dentro de la red.

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 que establece el Marketplace. La persona que cumple con los requisitos de elegibilidad y con los de pago de la Prima, y, además, se encuentra inscrita en Molina es el Suscriptor de este Plan.

Período de inscripción abierta: El Marketplace establecerá un período anual en el que las personas elegibles pueden presentar una solicitud e inscribirse en un plan de beneficios de salud 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. Si una persona desea calificar para un Período especial de inscripción, debe haber experimentado ciertos cambios cruciales en su vida establecidos por el Marketplace. La fecha de vigencia de la cobertura de un Miembro será determinada por el Marketplace. Para obtener más información sobre la inscripción abierta y los períodos de inscripción especial, visite [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) o consulte con el Centro de Atención al Cliente de Molina.

Cobertura solo para niños: Molina ofrece cobertura exclusiva para niños menores de 21 años, cuando uno de los padres o el tutor legal presenta la solicitud en nombre del niño. Para obtener más información sobre la elegibilidad y la inscripción, comuníquese con el Marketplace.

Dependientes: Los Suscriptores que se inscriban durante el 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.
- **Niño(a) o niños:** Los hijos o hijas, niños adoptivos, hijastros, niños en crianza temporal o descendientes del Suscriptor del que éste o su Cónyuge sean tutores legales. Cada niño es elegible para solicitar la inscripción como Dependiente hasta los veintiséis 26 años de edad.
- **Niño con una discapacidad:** Un niño que cumple los 26 años de edad es elegible para continuar siendo un Dependiente si cumple los siguientes criterios de elegibilidad:

- El niño es incapaz de tener un empleo autosostenible debido a una lesión, enfermedad o afección que genere discapacidad física o mental; y
 - 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 seguir contando con la cobertura de Molina en calidad de Dependiente mientras tenga una discapacidad y siga cumpliendo con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente.
- **Pareja doméstica:** Una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que convive y comparte una vida doméstica con el Suscriptor pero que no está casada ni unida por unión civil con el Suscriptor. La pareja doméstica debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y verificación de pareja doméstica establecidos por el Marketplace o la ley estatal.

Adición de Nuevos dependientes: Una persona puede ser elegible para volverse un Dependiente después de que el Suscriptor se inscribe en este Plan. La persona elegible puede inscribirse como Dependiente en el Plan del Miembro. Los Miembros deben ponerse en contacto con el Marketplace y presentar las solicitudes, formularios e información requerida para el Dependiente. La solicitud de un Miembro para inscribir a un nuevo Dependiente debe enviarse al Marketplace en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que el Dependiente pasó a ser elegible para inscribirse en el Plan.

- **Cónyuge:** Se puede agregar a un(a) Cónyuge como Dependiente si el Suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible
 - La fecha de matrimonio
 - El (la) Cónyuge obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
- **Niños (menores de 26 años):** Los niños pueden agregarse como Dependientes si el Suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible
 - 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 adquiere la condición de ciudadano, nacional o persona con estado migratorio legal

- **Hijo adoptado o recién nacido:** Un niño recién nacido de un Suscriptor es elegible como Dependiente a partir de su nacimiento o en la fecha de colocación en adopción. Inicialmente, un recién nacido tiene cobertura durante 31 días, incluido el día del nacimiento. Un recién nacido es elegible para continuar inscrito si se inscribió con Molina dentro de los 60 días desde su nacimiento o colocación en adopción.

Tenga en cuenta que las solicitudes de recién nacidos para los Servicios Cubiertos elegibles se procesarán como parte de los reclamos de la madre y cualquier monto de Deducible o máximo anual de gastos de bolsillo alcanzado a través del procesamiento de los reclamos de dicho recién nacido se acumulará como parte del deducible y del máximo anual de gastos del bolsillo de la madre. Sin embargo, si se recibe un expediente de inscripción para el recién nacido durante los primeros 31 días calendario, el recién nacido será agregado como Dependiente a partir de la fecha de nacimiento, y cualquier reclamo incurrido por el recién nacido será procesada como parte de los reclamos del recién nacido, y cualquier monto de deducible o máximo anual de gastos de bolsillo que se alcance a través del procesamiento de estos reclamos se acumulará como parte del deducible o máximo anual de gastos del bolsillo individual del recién nacido (es decir, no se acumulará como el deducible ni el máximo anual de gastos del bolsillo de la madre inscrita).

- **Fallo judicial o Fallo de manutención de hijos:** Si un niño se convierte en Dependiente del suscriptor o de su cónyuge debido a un fallo de manutención de hijos u otro fallo judicial, dicho niño será elegible para la cobertura bajo este Acuerdo. Un Dependiente puede ser agregado a este Acuerdo durante el período de inscripción abierta o dentro de los 60 posteriores a la fecha de entrada en vigencia del fallo judicial. El niño será elegible para la cobertura en la fecha de vigencia del fallo del tribunal o según lo determine de otra manera el Marketplace, conforme a las leyes estatales y federales aplicables.
- **Niño en crianza temporal:** Si se otorga un niño al suscriptor o a su cónyuge para la crianza temporal, dicho niño será elegible para la cobertura bajo este Acuerdo. Un niño en crianza temporal puede ser agregado a este Acuerdo durante el período de inscripción abierta, o dentro de los 60 días de ser otorgado al suscriptor o a su cónyuge para la crianza temporal. La cobertura del niño será vigente en la fecha del otorgamiento para la crianza temporal o según lo determine el Marketplace, conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

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

- A las 11:59 p. m. 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”).
- La fecha en que se ingresa una sentencia final de divorcio, anulación o disolución del matrimonio entre el cónyuge dependiente y el Suscriptor.

- La fecha de finalización de la sentencia de pareja doméstica entre el Suscriptor y la pareja doméstica.
- En el caso de la Cobertura solo para niños, a las 11:59 p. m. del último día del año calendario en el que el Miembro alcanza la edad límite de 21 años. El Miembro y Cualquiera de los Dependientes pueden ser elegibles para inscribirse en otros productos que ofrece Molina a través del Marketplace.
- Fecha en que el Suscriptor pierde la cobertura en virtud de este Plan.

Elegibilidad continua: 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, 30 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.

Opción de conversión: Sujeto a los requisitos de elegibilidad, los Miembros pueden tener la opción de convertirse en Suscriptor en virtud de este Acuerdo en las siguientes circunstancias:

- 1) El fallecimiento del cónyuge del Miembro;
- 2) La terminación del matrimonio del Miembro con su cónyuge por divorcio, disolución, anulación u otra forma legalmente reconocida; o
- 3) El Miembro es un hijo que alcanza la edad límite prevista en el presente Acuerdo mientras mantiene su estado de dependiente.

PAGO DE LA PRIMA

Para comenzar y mantener la cobertura bajo este Plan, Molina exige que los Miembros realicen pagos mensuales, conocidos como Pagos de la prima o Primas. El Pago de la prima para el próximo mes de cobertura vence a más tardar el día 25 del mes actual (esta es la "Fecha de vencimiento"). Antes de la Fecha de vencimiento, el personal de Molina enviará una notificación por escrito al Suscriptor, en la que le informará el monto adeudado por la cobertura para el próximo mes.

Crédito fiscal anticipado para la Prima (APTC): El Crédito fiscal anticipado para la Prima (Advanced Premium Tax Credit, APTC) 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 utilizar cualquier monto del crédito por adelantado para reducir la Prima.

Pagos: Molina acepta Pagos de primas en línea, por teléfono, por correo postal y a través de giros postales. Para obtener más información consulte MolinaPayment.com o comuníquese con el Centro de Atención al Cliente. 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 pagos atrasados: 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 efectuado el pago puede hacerlo durante el Período de gracia y, de esa manera, evitar la pérdida de su cobertura. El hecho de que el Suscriptor reciba un APTC afecta la duración del 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 procesará todos los reclamos correspondientes por los servicios prestados al Suscriptor y a sus Dependientes durante el primer mes del Período de gracia y podrá retener los reclamos por servicios en el segundo y tercer mes del Período de gracia. Si no recibe el pago de todas las primas vencidas del Suscriptor, Molina dará por terminado este Acuerdo a partir de las 11:59 p.m., hora del Este, del último día del primer mes del Período de gracia. Los Miembros serán responsables del pago de los Servicios Cubiertos durante el segundo y tercer mes del Período de gracia si se rescinde este Acuerdo.
- **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 del Este, en el último día del Período de gracia.

Notificación de terminación por falta de pago: Molina enviará una notificación por escrito al Suscriptor y a sus Dependientes informándoles cuando su cobertura y la de sus Dependientes finalizó debido a que las Primas no fueron pagadas. Los Miembros tienen derecho a apelar una decisión de terminación por parte de Molina. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el sitio web de Molina Marketplace, la sección Apelaciones y Quejas de este documento o comuníquese con el Centro de Atención al Cliente.

Reintegración luego de la terminación: Molina permite la reintegración de Miembros, sin que se produzca una interrupción en la cobertura, siempre que la reintegración sea una corrección de una acción errónea de terminación o cancelación y esté permitida por el Mercado y la Ley Estatal.

Reinscripción luego de la terminación por falta de pago: Si se da por terminada la cobertura de un Suscriptor por falta de pago de la Prima y el mismo individuo se inscribe en Molina durante el Período de inscripción abierta o un Período de inscripción especial para el año siguiente del plan, es posible que Molina requiera que el Suscriptor pague todas las Primas vencidas. Molina no denegará la cobertura ni la inscripción a ninguna persona debido a la falta de pago por parte de esta persona de las primas adeudadas en virtud de una política, certificado o contrato de seguro anterior. Además, Molina requerirá el pago completo de la Prima del primer mes antes de aceptar la inscripción del Suscriptor. Si un Suscriptor paga todas sus Primas vencidas, los reclamos elegibles que se denegaron previamente debido a la falta de pago se volverán a procesar para el pago.

Renovación de la cobertura: Si se recibió el pago de todas las Primas adeudadas, Molina renovará la cobertura de los Miembros el primer día de cada mes. La renovación está sujeta al derecho de Molina de enmendar este Acuerdo y a la continuación de la elegibilidad del Miembro para este Plan. Los miembros deben seguir los procedimientos requeridos por el Marketplace para redeterminar su elegibilidad y garantizar la renovación de su inscripción cada año durante el 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 antiguo Miembro termina a las 11:59 p. m., hora del Este, 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 da por terminada la cobertura de un miembro, se reembolsará en los siguientes (treinta) 30 días cualquier pago de Primas recibido en

nombre del Miembro que corresponda a períodos posteriores a la fecha de terminación, menos los montos adeudados a Molina o a sus proveedores para la cobertura de Servicios cubiertos proporcionados antes de la fecha de terminación. Conforme a este Plan, Molina y sus Proveedores no tendrán ninguna responsabilidad 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. 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, debido a su edad, ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura requeridos por el Marketplace y Molina. 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. El Marketplace enviará al Miembro una notificación en la que le informará la pérdida de la elegibilidad. Asimismo, Molina enviará una notificación por escrito al Subscritor cuando se le informe que este ya no reside en el Área de servicio. La cobertura terminará a las 11:59 p. m. del último día del mes posterior al mes en el que se envíen cualquiera de estos avisos al Miembro. El Miembro puede solicitar que se anticipe la fecha de terminación de la cobertura.

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

Fraude o tergiversación intencional: 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 del Acuerdo, y la cobertura del Miembro finalizará a las 11:59 p. m., hora del Este, del día 30 a partir de la fecha de envío de la notificación. Si el Miembro cometió un Fraude o una Tergiversación intencional, es posible que Molina no acepte su inscripción en el futuro y podrá informar a las autoridades sobre cualquier sospecha de acto delictivo.

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 los Servicios cubiertos de un Proveedor participante pueden tener derecho a continuar recibiendo los Servicios cubiertos de ese Proveedor si, durante un Curso de tratamiento activo, ocurre cualquiera de los siguientes:

- La expiración o no renovación del acuerdo del Proveedor participante con Molina, excepto por cualquier terminación del acuerdo por incumplimiento de los estándares de calidad aplicables o fraude; o
- Los beneficios proporcionados en virtud de este Acuerdo con respecto a dicho Proveedor finalizan debido a un cambio en los términos de la participación del Proveedor.

En cualquier caso, se notificará oportunamente a los Miembros sobre su derecho a elegir la atención continua de dicho Proveedor bajo los mismos términos y condiciones que se habrían aplicado si el Proveedor aún fuera un Proveedor participante. Si el Miembro elige continuar con la atención, estos términos y condiciones se aplicarán durante 90 días a partir de la notificación de Molina o hasta que finalice el Curso activo de tratamiento, lo que suceda primero.

Un Curso de tratamiento activo es cuando el Miembro:

- Está recibiendo un tratamiento continuo por una Afección grave o compleja, que es una enfermedad aguda o una afección que es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de muerte o daño permanente; o una enfermedad o afección crónica que pone en peligro la vida, es degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita y requiere atención médica especializada durante un período de tiempo prolongado;
- Está siguiendo un curso de atención institucional o como paciente internado;
- Tiene programado someterse a una cirugía no electiva, incluidos los cuidados posoperatorios;
- Está embarazada y se somete a un curso de tratamiento para el embarazo; o
- Tiene o se determinó que tiene una enfermedad terminal, lo que significa que la expectativa de vida del Miembro es de 6 meses o menos, y está recibiendo tratamiento para la enfermedad terminal.

Molina proporcionará Servicios Cubiertos a Costo Compartido dentro de la red para el Curso de tratamiento activo 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 conforme a las leyes estatales y federales. Eso se sumaría a cualquier monto de Costo compartido dentro de la red que los Miembros adeuden conforme a este Acuerdo. Asimismo,

cualquier pago por los montos que superen el monto previamente contratado no se aplicará al deducible o al máximo anual de gastos de bolsillo del Miembro.

Transición de la atención: Además de las obligaciones de continuidad de la atención comentadas anteriormente, 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 Servicios cubiertos a Proveedores no Participantes cuando se determine que es Médicamente Necesario, a través del proceso de revisión de la 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 la sala de emergencias de un hospital, 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 Enfermeras es: Inglés: (888) 275-8750 / Español: (866) 648-3537

Requisito de Proveedor participante: En general, un Miembro debe recibir los Servicios cubiertos de un Proveedor Participante; de lo contrario, los servicios no están cubiertos, el Miembro será 100 % responsable del pago al Proveedor no Participante y los pagos no se aplicarán a su Deducible ni a su OOPM. Sin embargo, un Miembro puede recibir los Servicios cubiertos de un Proveedor no participante para lo siguiente:

- 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 en la sección Continuidad de la atención
- Excepciones que se detallan en la sección Transición de la atención

Para localizar a un Proveedor participante, consulte el directorio de Proveedores en MolinaMarketplace.com o llame al Centro de Atención 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.

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 reemplazo, visite MyMolina.com o comuníquese con el Centro de Atención al Cliente. Las versiones digitales de la tarjeta de identificación están disponibles en MyMolina.com y la aplicación móvil de Molina.

Derecho del Miembro a obtener Servicios de atención médica por fuera de la Póliza: Molina no prohíbe a los Miembros contratar libremente servicios de atención médica por fuera de este Acuerdo en cualquier momento, conforme a los términos o condiciones que elijan. Sin embargo, los miembros serán 100 % responsables del pago de tales servicios; además, dichos pagos no se aplicarán al Deducible ni al OOPM de ninguno de los servicios en virtud de este Acuerdo. Para 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 se ocupa de las necesidades habituales y básicas de atención médica. Los Proveedores de atención primaria proporcionan a los Miembros servicios, como exámenes físicos, inmunizaciones o tratamientos de enfermedades o lesiones que no requieren atención médica de urgencia o emergencia. Molina solicita a los Miembros que seleccionen un PCP del Directorio de proveedores. Si no se selecciona un PCP, Molina asignará uno.

Los Miembros pueden solicitar el cambio de su PCP en cualquier momento en MyMolina.com o comunicándose con el Centro de Atención al Cliente.

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 un Miembro sin que se requiera una remisión.

En ocasiones, es posible que un Miembro no pueda acceder al PCP que desea en el Directorio de Proveedores. 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 Telemedicina: La telemedicina 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. Los Servicios cubiertos también se encuentran disponibles a través de la telemedicina, 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 telemedicina:

- Debe obtenerse de un Proveedor Participante (o como se detalla en la sección “Proveedor no Participante para prestar un Servicio Cubierto” más adelante)
- Son un método de acceso a los Servicios cubiertos, y no un beneficio separado
- No están permitidos cuando el Miembro y el Proveedor Participante están en la misma ubicación física
- Molina proporciona cobertura para los servicios de telesalud sobre la misma base y en la misma medida en que el plan proporciona cobertura para la prestación de servicios de atención médica en persona
- Molina no excluye la cobertura de un servicio únicamente porque se preste a través de telesalud
- Molina no impone ningún máximo anual o vitalicio de beneficios en relación con los servicios de telesalud que no sea un máximo de beneficios impuesto a todos los beneficios ofrecidos por el plan

Proveedor no Participante que brinda un Servicio cubierto: Si no hay un Proveedor Participante que pueda brindar un Servicio Cubierto Médicamente Necesario que no es de emergencia, Molina brindará dicho servicio a través de un Proveedor no Participante de la misma manera y sin un costo mayor que los Servicios Cubiertos cuando estos los presta un Proveedor Participante. En este caso, se requiere Autorización previa antes del inicio del servicio de un Proveedor no participante.

Objeciones morales: Es posible que algunos Proveedores Participantes se opongan a proporcionarle algunos de los Servicios Cubiertos conforme a este Acuerdo. Esto puede incluir la planificación familiar, los medicamentos anticonceptivos, dispositivos y

productos aprobados por la FDA, que incluye la anticoncepción de emergencia, la esterilización (como la ligadura de trompas en el momento del parto), la interrupción de embarazo, el suicidio asistido y otros servicios. Los Miembros deben comunicarse con sus Proveedores participantes o con su Centro de Atención al Cliente de 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 médica 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 acomodaciones razonables para los Miembros con discapacidades. Los Miembros con discapacidades deben comunicarse con Centro de Atención al Cliente para solicitar asistencia con las acomodaciones 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 Atención 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 Atención 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 deficiente o ciegas: Disponible en formato de 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 Atención al Cliente.

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

AUTORIZACIÓN PREVIA

Molina deberá aprobar el uso de algunos servicios y medicamentos antes de que estén cubiertos. Esto se denomina Autorización previa (PA). Los Miembros pueden recibir muchos Servicios cubiertos sin PA. Si un servicio médico o medicamento necesita Autorización Previa, el Proveedor del Miembro solicitará la Autorización Previa en su nombre.

Visite MolinaMarketplace.com/OHGetCare 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 la Autorización Previa 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 Atención al Cliente o visitar MolinaMarketplace.com antes de recibir ciertos servicios.

Plazos de la PA

Servicios médicos:

- **Solicitudes de PA de rutina:**
 - Serán procesadas diez (10) días calendario a partir de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina para tomar una decisión.
- **Solicitudes de PA urgentes:**
 - Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas a partir de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina para tomar una decisión.
 - Se utiliza el plazo urgente si el uso del plazo estándar:
 - Puede amenazar seriamente su vida o su salud.
 - Puede amenazar seriamente su capacidad para recuperar la función completa.
 - Le causaría un dolor intenso que no se puede controlar sin la atención solicitada, según su proveedor.
- **Afecciones médicas de emergencia y servicios posteriores a la estabilización:** 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 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 Atención al Cliente. Molina puede explicarle cómo se toma ese tipo de decisión.

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, con el consentimiento del Miembro, podrán 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 Decisiones sobre reclamos, quejas, apelaciones internas y externas.

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 la 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 no autoriza un servicio para un Miembro, Molina proporciona asistencia e informa a los Miembros de alternativas para la atención. Si tiene preguntas sobre la revisión de la utilización, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente para obtener más información.

Revisión simultánea: 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 24 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.

Remisiones: El PCP de un Miembro puede enviarlo a otro Proveedor para que reciba un Servicio Cubierto específico. Este proceso es una Remisión. No se requiere una remisión para visitar a otro Proveedor Participante.

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 un reclamo por beneficios. El Plan que paga primero se llama el Plan Primario. El Plan Primario debe pagar beneficios de acuerdo con sus términos de política, sin considerar la posibilidad de que otro Plan pueda cubrir algunos gastos. El Plan que paga después del Plan Primario es Plan Secundario. El Plan Secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los Planes no superen el 100 % del gasto permitido total.

Definiciones:

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

(1) El plan incluye: contratos de seguro grupal y no grupal, contratos de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO), planes de panel cerrado u otras formas de cobertura grupal o de grupo (ya sean asegurados o no asegurados); componentes de atención médica de contratos de atención médica a largo plazo, como atención de enfermería especializada; beneficios médicos bajo contratos de automóvil individuales o grupales; y Medicare o cualquier otro plan gubernamental federal, según lo permita la ley.

(2) El Plan no incluye: Cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija; cobertura solo por accidente; cobertura específica de enfermedad o accidente; cobertura limitada de salud de beneficios, 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. Cualquier otra parte del contrato que proporciona beneficios de atención médica está separada de este Plan. Un contrato puede aplicar una disposición de COB a ciertos beneficios, tales como beneficios dentales, en coordinación solo con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de COB para coordinar otros beneficios.

- C. Las reglas de determinación de orden de beneficios determinan si este Plan es un Plan Primario o un Plan Secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un Plan. Cuando este Plan es primario, determina el pago de sus beneficios antes de 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. El Gasto permitido es un gasto de atención médica que incluye deducibles, coseguros y copagos, y 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. Asimismo, cualquier gasto que un Proveedor no pueda cobrar a una persona cubierta, 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 usuales, metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar y otro Plan que proporciona sus beneficios o servicios sobre la base de las tasas negociadas, el acuerdo de pago del Plan Primario será el gasto permitido para todos los Planes. Sin embargo, si el proveedor ha contratado con el Plan Secundario para proporcionar el beneficio o el servicio por una tarifa negociada específica o un monto de pago que sea diferente del contrato de pago del Plan Primario y si el contrato del Proveedor lo permite, la tarifa negociada o el pago serán los Gastos Permitidos que el Plan Secundario utilice para determinar sus beneficios.
- (5) El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del Plan Primario porque una persona cubierta no ha cumplido con las disposiciones del Plan no es un Gasto Permitido. Ejemplos de este tipo de disposiciones del

Plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, precertificaciones de admisiones y contratos de proveedores preferidos.

- 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 calendario, excluida cualquier visita provisional.

Determinación del orden de los 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 regulación 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 proporciona que esta cobertura adicional será 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 la persona que no es un dependiente, por ejemplo como empleado, miembro, asegurado, 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 exista un decreto judicial que indique lo contrario, cuando un niño 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: (i) El plan del progenitor cuya fecha de nacimiento sea primera en el año calendario es el Plan Principal; (ii) Si ambos padres cumplen años el mismo día, el Plan que haya cubierto al padre durante más tiempo es el plan principal; o (iii) Sin embargo, si el plan de uno de los cónyuges tiene alguna otra regla de coordinación (por ejemplo, una “regla de género” que dice que el plan del padre es siempre el principal), seguiremos las reglas de ese plan.

(b) Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no viven juntos, independientemente de si se han casado o no: (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 norma se aplica a los años del plan que comiencen después de que el Plan reciba la notificación del decreto judicial; (ii) Si un decreto judicial establece que ambos progenitores son responsables de los gastos de atención médica o de la cobertura de salud del hijo dependiente, las disposiciones del subapartado (a) anterior determinarán el orden de los beneficios; (iii) Si una sentencia judicial establece que los progenitores tienen la custodia compartida sin especificar que uno de ellos es responsable de los gastos de atención médica o de la cobertura de salud del hijo dependiente, las disposiciones del subapartado (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 de la cobertura de salud del hijo dependiente, el orden de los beneficios para el hijo será 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; y luego
- El Plan que cubre al cónyuge del padre sin custodia.

(c) En el caso de un niño dependiente cubierto por más de un Plan de personas que no son padres del niño, las disposiciones del apartado a) o b) anteriores determinarán el orden de los beneficios como si esas personas fueran 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 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.
- (4) COBRA o continuación de cobertura estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona conforme a COBRA o bajo un derecho de continuación proporcionado por la ley estatal u otra ley federal está cubierta bajo 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 PRIMARIO y la COBRA o estado u otra cobertura de continuación federal 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 el período más corto de 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. Asimismo, 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 para que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes durante un año del plan no sean más que los Gastos totales 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 razón, incluida la prestación de servicios por parte de un Proveedor que no sea de panel, los beneficios no son pagaderos por un Plan de panel cerrado, la Coordinación de beneficios no se aplicará entre ese Plan y otros Planes de panel cerrado.

Derecho a recibir y divulgar la información necesaria: Se necesitan ciertos datos sobre los servicios y la cobertura para atención médica a fin de aplicar estas reglas de coordinación de beneficios y determinar los beneficios pagaderos en virtud de este Plan y otros Planes. Molina puede obtener los hechos que necesita o darlos a otras organizaciones o personas con el propósito de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos bajo Este Plan y otros Planes que cubren a la persona que reclama beneficios. Molina no necesita informar ni obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclame beneficios bajo este Plan debe dar a Molina cualquier dato que necesite para aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos.

Facilidad de pago: Un pago realizado bajo otro Plan puede incluir un monto que debería haber sido pagado bajo Este Plan. Si lo hace, Molina puede pagar ese monto a la organización que hizo ese pago. Ese monto se tratará entonces como si fuera un beneficio pagado bajo Este Plan. Molina no tendrá que volver a pagar ese monto. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios.

Derecho de recuperación: Si el importe de los pagos realizados por Molina es más de lo que debería haber pagado en virtud de esta disposición de Coordinación de beneficios, podría recuperar el exceso de una o más de las personas que paga o de las que había pagado, o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados por el Miembro. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

Disputas de coordinación: Si usted cree que no hemos pagado un reclamo correctamente, primero deberá intentar resolver el problema poniéndose en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros en el (888) 296-7677 o en MolinaMarketplace.com. Consulte también la sección Decisiones sobre reclamos, quejas, apelaciones internas y externas de este Acuerdo para obtener más información. Si todavía no está satisfecho, puede llamar al Departamento de Seguros de Ohio para obtener instrucciones sobre cómo tramitar una queja de consumidor. Llame al 1-800-686-1526, o visite el sitio web del Departamento en <http://insurance.ohio.gov>.

COSTOS COMPARTIDOS

Molina exige que los Miembros paguen el Costo compartido de ciertos Servicios cubiertos en conformidad con este Acuerdo. Los Miembros deben revisar su Programa

de Beneficios para conocer el Costo compartido que se aplica a los Servicios cubiertos. Para ciertos Servicios cubiertos, como los análisis de laboratorio y las radiografías, que se proporcionan en la misma fecha del servicio y en la misma ubicación de una visita al consultorio de un PCP o un Especialista, los Miembros solo serán responsables del monto del Costo compartido aplicable a la visita al consultorio.

Los Miembros que reciben servicios cubiertos hospitalarios para el paciente internado 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 vigencia de la cobertura con Molina. En el caso de los elementos pedidos por adelantado, los Miembros pagan el Costo compartido vigente conforme a este Acuerdo a partir de la fecha de vigencia solo para los Servicios cubiertos. El Costo compartido de los medicamentos con receta cubiertos se debe pagar en el momento en que la farmacia de la red surta la receta del Miembro. Las categorías del Formulario y los costos compartidos del diseño del plan se describen en la sección “Medicamentos recetados” de este Acuerdo y en el Programa de Beneficios para su plan.

SERVICIOS CUBIERTOS

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

- La persona que recibe los Servicios cubiertos es un Miembro en la fecha en la que se prestan dichos servicios;
- Si se requiere Autorización Previa, los Servicios Cubiertos son aprobados por Molina;
- Los servicios se identifican como Servicios cubiertos en este Acuerdo;
- El Miembro recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor participante, excepto los Servicios Cubiertos que están 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), según lo define la Ley de Atención Médica Asequible 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. del último día del mes en el que cumplen los diecinueve 19 años. Esto incluye la cobertura dental pediátrica y la cobertura de visión pediátrica. Los servicios dentales pediátricos no están cubiertos bajo este Acuerdo. Estos servicios dentales se pueden comprar por separado a través de un producto dental independiente certificado por el Marketplace.

Los EHB incluyen artículos y servicios de las 10 categorías de beneficios siguientes: (1) servicios ambulatorios para pacientes; (2) servicios de urgencias; (3) hospitalización; (4) maternidad y atención al recién nacido; (5) servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, incluido el tratamiento de salud conductual; (6) medicamentos con receta; (7) servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación; (8) servicios de laboratorio; (9) servicios preventivos y de bienestar y gestión de enfermedades crónicas; y (10) servicios pediátricos, incluida la atención bucodental y de la visión.

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 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.

Molina aplicará todos los Costos Compartidos (incluida la Facturación del saldo) pagados por un Miembro por un EHB proporcionado por un Proveedor No Participante auxiliar en un centro de Proveedores Participantes al Máximo anual de bolsillo. Molina proporcionará al Miembro un aviso por escrito con anticipación si el Miembro incurrirá en costos adicionales debido a que se utilizó un Proveedor No Participante en un establecimiento de un Proveedor Participante. Al Proveedor No Participante se le pagará la Cantidad autorizada por Molina para los Servicios Cubiertos.

Servicios de atención médica básica: Según el capítulo 1751.01 del Código Revisado de Ohio, los siguientes Servicios Cubiertos se consideran Servicios de atención médica básica cuando son médicamente necesarios:

- Servicios del médico;
- Servicios para pacientes hospitalizados;
- Servicios médicos para pacientes ambulatorios;

- Servicios de emergencia;
- Servicios de atención médica de urgencia;
- Servicios de laboratorio de diagnóstico y servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos;
- Servicios de diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, que no sean servicios de prescripción de medicamentos;
- Servicios de salud preventivos, incluidos, entre otros: servicios de planificación familiar voluntaria, servicios de infertilidad, exámenes físicos periódicos, atención obstétrica prenatal y atención al niño sano; y
- Cuidados rutinarios para pacientes inscritos en un ensayo clínico de cáncer elegible conforme a la sección 3923.80 del Código Revisado.

Los servicios de atención médica básica no incluyen los procedimientos experimentales o investigativos.

Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción: Molina cumple con la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act), que se aplica a nivel federal. Molina se asegura de que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento en los beneficios de Servicios de Salud Mental o Trastorno por Uso de Sustancias proporcionados no sean más restrictivos que los de los beneficios médicos o quirúrgicos.

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 afección 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 Subvenciones de Apoyo a Centros Oncológicos; o

- 2) El estudio o la investigación se lleva a cabo bajo una nueva aplicación de medicamentos en investigación revisada por la FDA.
- 3) El estudio o investigación es un ensayo de medicamentos que está exento de tener tal aplicación de nuevos medicamentos en investigación.

Todas las aprobaciones y requisitos de Autorización previa que se aplican a la atención de rutina para los Miembros que no están en un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención de rutina para los Miembros en ensayos clínicos aprobados. Si un Miembro califica, Molina no puede denegar la participación en un ensayo clínico aprobado. Molina no puede denegar, limitar o poner condiciones en la cobertura de los costos de rutina del paciente asociados a su participación en un ensayo clínico aprobado para el que el Miembro califica. No se le negará ningún Servicio cubierto ni se excluirá a ningún Miembro bajo este Acuerdo por su estado de salud o su participación en un ensayo clínico. El costo de los medicamentos utilizados en el manejo clínico directo del Miembro estará cubierto a menos que el ensayo clínico aprobado sea para la investigación de ese medicamento o que el medicamento sea proporcionado gratuitamente a los Miembros en el ensayo clínico. Molina no tiene la obligación de cubrir ciertos elementos y servicios que no son costos rutinarios para el paciente, según lo determina la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, incluso si el Miembro incurre en estos costos mientras participa en un ensayo clínico aprobado. Los costos excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo incluyen: el elemento, dispositivo o servicio de investigación en sí mismo, los elementos y servicios destinados únicamente a la recopilación y el análisis de datos, y no al manejo clínico directo del paciente, y cualquier servicio inconsistente con el estándar de atención establecido para el diagnóstico del paciente. Todas las aprobaciones y requisitos de Autorización previa que se aplican a la atención 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 Atención 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 cubre el tratamiento médicamente necesario para los trastornos del espectro autista, incluido el Análisis conductual aplicado (ABA), prescrito u ordenado por un Proveedor.

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

- Las pruebas y los exámenes de cáncer preventivos (consulte la sección “Servicios médicos preventivos” de este Acuerdo para obtener más información).

- Las pruebas de diagnóstico, laboratorio y procedimientos
- La evaluación dental, las radiografías, el tratamiento con fluoruro y las extracciones necesarias a fin de preparar la mandíbula del Miembro para la radioterapia contra el cáncer y otras enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello.
- Las mastectomías (extirpación de la mama), cuatro sujetadores quirúrgicos tras la mastectomía y las disecciones de los ganglios linfáticos para el tratamiento del 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)
- Los medicamentos recetados contra el cáncer (consulte la sección “Medicamentos recetados” de este Acuerdo para obtener más información).

Administración de casos complejos: Los Miembros con problemas de salud difíciles que necesiten ayuda adicional con la coordinación de sus necesidades de salud, incluido el tratamiento con opiáceos, pueden inscribirse voluntariamente en el programa de Gestión de Casos de Molina. Este programa permite a los Miembros hablar con una enfermera sobre sus necesidades médicas. La enfermera puede ayudar a los Miembros a conocer sus problemas y enseñarles a gestionarlos mejor. La enfermera también puede trabajar con la familia, el cuidador y el Proveedor del Miembro para asegurarse de que recibe la atención que necesita. Existen varias formas de remitir a los Miembros a este programa. También hay ciertas disposiciones que los Miembros deben cumplir. Este programa es voluntario. Los Miembros pueden optar por darse de baja del programa en cualquier momento. Si desea más información sobre este programa, póngase en contacto con el Centro de Atención al Cliente.

Servicios dentales y de ortodoncia: Molina no proporciona servicios dentales para pacientes pediátricos bajo este Acuerdo. Los servicios dentales y de ortodoncia proporcionados en virtud de este Acuerdo, deben contar con Autorización previa y se limitan a los siguientes:

- Servicios dentales para el tratamiento con radioterapia.
- Anestesia dental, si se cumplen todas las condiciones siguientes:
 - El Miembro es menor de 7 años, tiene una discapacidad de desarrollo o su salud está comprometida
 - El estado clínico o afección subyacente del Miembro requiere que el procedimiento dental se realice en un hospital o centro de cirugía ambulatoria
 - El procedimiento dental normalmente no requiere anestesia general
- Los servicios dentales y de ortodoncia que sean parte integrante de una cirugía reconstructiva del paladar hendido

- Servicios dentales que son parte integrante de la preparación de un trasplante, el inicio de inmunosupresores y el tratamiento directo de lesiones traumáticas agudas de cabeza y cuello, cánceres de cabeza y cuello o 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 (limitado a \$ 3,000 por accidente)
 - Los servicios deben prestarse en los 12 meses siguientes a la lesión, o tan pronto como sea razonablemente posible, e incluyen todos los exámenes y tratamientos para completar la reparación
 - En el caso de un niño que requiera una reconstrucción facial debido a una lesión dental, pueden transcurrir varios años entre la lesión y la reparación definitiva
- Cargos del centro por servicios ambulatorios. Los beneficios por la extracción de dientes o por otros procesos dentales se pagan solo si la afección médica del Miembro o el procedimiento dental requiere un entorno hospitalario para garantizar la seguridad del paciente.

Servicios de 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, internado o domiciliario.
- Entrenamiento para la autogestión de la diabetes del paciente ambulatorio.
- Atención médica rutinaria de los pies para Miembros con diabetes (se incluye la atención para el cuidado de ojos de gallo, juanetes, callos o desbridamiento de las uñas)
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando se prescriben por un Proveedor participante que es podólogo
- Los Servicios médicos preventivos incluyen los siguientes:
 - Educación y autogestión de la diabetes.
 - Examen preventivo de diabetes (de tipo 2).
 - Detección de diabetes gestacional.
- Servicios de dietistas.
- Asesoramiento nutricional

Para obtener información sobre los suministros destinados a diabéticos, consulte la sección Medicamentos recetados de este Acuerdo.

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.

Molina cubre la diálisis renal tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

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 e ir al hospital o Centro de emergencias más cercano. Para recibir los Servicios de emergencia, los Miembros deben presentar su Tarjeta de identificación del miembro. Aquellos Miembros que no crean necesitar Servicios de Emergencia pero que necesiten ayuda médica, deben llamar a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermería, accesible las 24 horas de manera gratuita. Los Miembros no deben ir a la 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 ir a la sala de emergencias más cercana para recibir atención cuando estén fuera del Área de servicio de Molina cuando crean que tienen una emergencia. Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente en un plazo de 24 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 la transferencia a un hospital Proveedor participante sea adecuada, 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.

Traslado a un hospital de Proveedores Participantes: Se requiere Autorización Previa para obtener los servicios del Hospital, salvo en el caso de los Servicios de Emergencia y Post-Estabilización y otras excepciones identificadas en este Acuerdo. Para los Miembros que son admitidos en un centro de Proveedores no participantes

para recibir Servicios de emergencia, Molina trabajará con el Miembro y su Proveedor para proporcionar transporte a un centro de Proveedores participantes. Si el Miembro rechaza la transferencia, los servicios adicionales proporcionados en el centro del Proveedor no participante, incluidos 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.

Servicios de transporte de emergencia: Los servicios de transporte de emergencia 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. Los Servicios de transporte de emergencia cubiertos, tanto si proceden de Proveedores Participantes como de Proveedores No Participantes, están sujetos a los Costos Compartidos identificados en el Programa de Beneficios a nivel de la red.

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, lo que incluye suministros anticonceptivos de emergencia provistos por un farmacéutico Proveedor Participante o por Proveedor no Participante, en el caso de una emergencia.
- Cuidado de seguimiento por cualquier problema que pueda tener el Miembro al usar métodos anticonceptivos provistos por los Proveedores de planificación familiar.
- Análisis de laboratorio, si se indican médicamente, como parte del proceso de decisión de los métodos anticonceptivos entre los que puede elegir el Miembro.
- Pruebas de embarazo y asesoramiento.
- Exámenes preventivos, pruebas y asesoramiento de personas en riesgo de HIV y remisiones para el tratamiento.
- Servicios de esterilización voluntaria, incluidas ligaduras de trompas (para mujeres) y vasectomías (para hombres).
- Cualquier otra consulta, capacitación, examen, procedimiento y servicio médico ambulatorio que sea necesario para recetar, administrar, mantener o interrumpir un anticonceptivo.

Molina se remitirá a la determinación de Necesidad Médica del Proveedor que atiende al Miembro. Molina no cubre los preservativos para varones, excluidos en virtud de la ACA.

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 y/o ambulatorios.

Los Servicios de recuperación de las habilidades incluyen lo siguiente:

- Tratamiento del trastorno del espectro autista para niños de 0 a 21 años
- Servicios de rehabilitación física para pacientes ambulatorios, incluidos:
 - Terapia del habla y del lenguaje realizada por un terapeuta autorizado: 20 visitas por año;
 - Terapia ocupacional realizada por un terapeuta autorizado: 20 visitas por año; e
 - Intervención terapéutica clínica definida como terapias apoyadas por evidencia empírica, que incluyen pero no se limitan al análisis de comportamiento aplicado, proporcionado por o bajo la supervisión de un profesional que está autorizado, certificado o registrado por una agencia apropiada del Estado de Ohio para realizar los servicios de acuerdo con un plan de tratamiento: 20 horas por semana.
- Servicios ambulatorios de salud mental realizados por un psicólogo, psiquiatra o médico autorizado para proporcionar consulta, evaluación, desarrollo y supervisión de los planes de tratamiento.

Atención médica a domicilio: 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 Medicamento Necesarios
- Consultas de enfermería y servicios de enfermería especializada de medio tiempo.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria.
- Servicios de enfermería especializada a tiempo parcial
- Rehabilitación cardíaca y pulmonar (la rehabilitación pulmonar en el entorno de rehabilitación aguda de pacientes internados no es un servicio cubierto)

Están cubiertos los siguientes servicios de atención médica a domicilio:

- Hasta 2 horas por visita de una enfermera, un trabajador social médico, un terapeuta físico, ocupacional o del habla
- Hasta 4 horas por visita de un asistente de salud a domicilio
- Hasta 100 visitas por año calendario (contando todas las visitas médicas en el hogar, excepto las visitas privadas de enfermería)

Molina también cubre la enfermería privada de guardia si tales servicios son certificados por el PCP de Miembro inicialmente y cada dos semanas después, o con mayor frecuencia si es requerido por Molina por Necesidad médica. Hay un límite de 90 visitas por año calendario para esos servicios de enfermería privada de guardia a domicilio. El Miembro debe tener Autorización Previa para los servicios de atención médica en el hogar después de las primeras 6 visitas para los entornos ambulatorios y domésticos. Los servicios deben ser facturados por una agencia proveedora Participante de Home Healthcare.

Terapia de infusión en el hogar: Molina cubre la terapia de infusión domiciliar que incluye una combinación de enfermería, equipo médico duradero y servicios farmacéuticos que se entregan y administran por vía intravenosa en el hogar. La terapia intravenosa en el hogar incluye, entre otros, , inyecciones (intramuscular, subcutánea y subcutánea continua), nutrición parenteral total, terapia de nutrición entérica, terapia con antibióticos, tratamiento del dolor y quimioterapia.

Servicios paliativos: Molina cubre los servicios de los centros de cuidado paliativo para los Miembros con enfermedades terminales (con una esperanza de vida de 6 meses o menos). Los Servicios Cubiertos continuarán si el Miembro vive más de seis meses. Los Miembros pueden elegir el cuidado del centro de atención médica para pacientes terminales en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por este plan. Molina cubre los servicios de cuidados paliativos en el hogar y una habitación semiprivada en un centro de cuidados paliativos. Molina también cubre los cuidados de relevo durante un máximo de 7 días por incidente.

Servicios para la infertilidad: Molina cubre los procedimientos de diagnóstico y exploratorio para determinar la infertilidad. Estos incluyen procedimientos quirúrgicos para corregir la enfermedad o afección diagnosticada médicamente de los órganos reproductivos que incluyen, entre otras, endometriosis, trompas de Falopio colapsadas/obstruidas o falla testicular.

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 estarán cubiertos siempre que la cobertura del Miembro con Molina no haya terminado y el Miembro no haya renunciado a las protecciones de Facturación del saldo de conformidad con la ley federal. Molina trabajará con el Miembro y su Proveedor para proporcionar el transporte apropiado al centro de un Proveedor participante. Si la cobertura con Molina finaliza durante la hospitalización de un Miembro, Molina continuará con la cobertura hasta que ocurra lo primero de cualquiera de los siguientes casos:

- El alta del Miembro del hospital;
- La determinación por parte del médico que atiende al Miembro de que la atención hospitalaria ya no es médicamente indicada para el afiliado; Molina aún podrá llevar a cabo una revisión de utilización;

- El Miembro alcanza el límite de los beneficios del Acuerdo;
- La fecha de entrada en vigencia de cualquier nueva cobertura.

Los servicios para pacientes internados Medicamente Necesarios son generalmente y habitualmente proporcionados por hospitales generales de cuidados intensivos dentro de nuestro Área de servicio: Los Servicios no cubiertos incluyen, entre otros, bandejas para invitados y artículos de conveniencia para el paciente.

Análisis de laboratorio, servicios de radiología (radiografías) y servicios especializados de exploración: Molina cubre los servicios de laboratorio, radiología (incluidos los rayos X) y escáner en 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 apropiado para recibir 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 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 Previa para la cobertura de servicios, incluidos 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. Consulte la sección “Revisión simultánea” de este Acuerdo para obtener más información.

Un “trastorno mental” es una afección de la salud mental identificada en el “Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, edición actual, Revisión de texto (DSM, en inglés). El “trastorno mental” resulta en 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 y/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 generalmente cubre los siguientes Servicios de salud mental médicamente necesarios:

- Atención durante hospitalización.
- 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

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

- Visitas al consultorio, que incluyen:
 - Suministros médicos asociados
 - Consultas prenatales y postnatales
- Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el Proveedor ya sea en el consultorio del médico o en un entorno para pacientes ambulatorios o internados
- Procedimientos diagnósticos, incluidas colonoscopias; pruebas cardiovasculares, incluidos estudios de función pulmonar; y procedimientos neurológicos/neuromusculares
- Radioterapia
- Exámenes de salud pediátricos y de adultos de rutina
- Inyecciones, pruebas y tratamientos contra las alergias
- Exámenes de rutina y la atención prenatal proporcionados por un obstetra ginecólogo. 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 del centro)

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. La cobertura se aplicará a los servicios prestados en un entorno médico o a través de visitas de atención médica a domicilio. La cobertura se aplicará a una visita de atención médica a domicilio solo si el Proveedor que realiza la visita tiene conocimientos y experiencia en atención de maternidad y recién nacidos. La maternidad ambulatoria y el cuidado del recién nacido incluyen:

- Atención de maternidad ambulatoria, que incluye suministros Médicamente necesarios para un parto domiciliario
- Servicios para complicaciones del embarazo, incluida aflicción fetal, diabetes gestacional y toxemia

- Servicios de laboratorio relacionados
- Atención en hospital para pacientes internados durante 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea. Las hospitalizaciones más largas requieren que la Miembro o su Proveedor notifiquen a Molina.
- Cuidado rutinario de los niños recién nacidos

Si, después de consultar con una Miembro, su 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 médicos preventivos, de atención primaria y de laboratorio se aplicarán a los servicios posteriores al alta, según corresponda. Molina no cubre para ninguna persona los servicios relacionados con un acuerdo de sustitución, excepto los otros Servicios cubiertos proporcionados a una Miembro que es una sustituta.

Molina también cubre la atención de seguimiento dirigida por el proveedor, que incluye:

- Evaluación física de la madre y del recién nacido
- Educación de los padres
- Asistencia y capacitación en lactancia o en la alimentación con biberón
- Evaluación del sistema de apoyo a la vivienda
- El desempeño de cualquier prueba clínica Médicamente Necesaria y apropiada
- Cualquier otro servicio que sea coherente con la atención de seguimiento recomendada en los protocolos y directrices desarrollados por organizaciones nacionales que representan a profesionales pediátricos, obstétricos y de enfermería

Interrupción del embarazo: Molina cubre las interrupciones terapéuticas y no terapéuticas del embarazo, en la medida en que lo exijan la Ley de Atención Médica Asequible, la ley federal y cualquier ley estatal. Una interrupción terapéutica del embarazo se realiza para salvar la vida o la salud de la madre, o como resultado de incesto o violación.

Los servicios de interrupción de embarazo, ya sea que se proporcionan en un entorno hospitalario o ambulatorio, requieren Autorización Previa. Los servicios de interrupción del embarazo, cuando se realizan en el consultorio, no requieren Autorización Previa.

Servicios médicos preventivos: Según la Ley de Atención Médica Asequible y como parte de los Beneficios de salud esenciales del Miembro, Molina cubre servicios médicos preventivos sin Costo compartido para los Miembros. Los servicios médicos preventivos incluyen lo siguiente:

- Elementos o servicios basados en la evidencia que tienen una calificación de “A” o “B” vigente en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Médicos Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, en inglés).

Ingrese en el sitio web del USPSTF para obtener recomendaciones sobre servicios médicos preventivos en: uspreventiveservicestaskforce.org;

- Detección del consumo de tabaco para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco. Consulte la sección “Medicamentos recetados para dejar de fumar” de este Acuerdo para obtener más información;
- Inmunizaciones para uso rutinario en niños, adolescentes y adultos, tal y como recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC);
- Con respecto a los lactantes, los niños y los adolescentes, esa atención preventiva informada de la evidencia y los exámenes de detección previstos en las directrices integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA); Estos servicios incluyen las visitas y cuidados del bebé sano; y
- Con respecto a las mujeres, aquellos servicios de atención preventiva y los exámenes de detección previstos en directrices integrales apoyadas por la HRSA, en la medida en que no estén ya incluidos en ciertas recomendaciones del USPSTF. Ingrese en el sitio web del HRSA para obtener recomendaciones sobre servicios médicos preventivos en: hrsa.gov/womens-guidelines. Estos servicios incluyen, entre otros:
 - Exámenes de mamas y mamografía de cribado, incluida la tomosíntesis digital mamaria, una vez al año para las mujeres independientemente de su edad o factores de riesgo.
 - Pruebas suplementarias de detección del cáncer de mama cuando se detecte tejido mamario denso o existan factores de riesgo elevados. Las pruebas suplementarias para el cáncer de mama suplementario incluyen las Imágenes por Resonancia Magnética (IRM), los ultrasonidos y las imágenes moleculares de las mamas o cualquier otro método que un proveedor de atención de salud tratante considere médicamente necesario para la detección adecuada del cáncer de mama de acuerdo con las directrices aplicables del Colegio Americano de Radiología.
 - Detección citológica (frotis de papanicolaou) para mujeres cada 3 años solo con citología cervical en mujeres de 21 a 29 años. Para las mujeres de 30 a 65 años, cada 3 años con citología cervical sola, cada 5 años con la prueba del virus del papiloma humano (high-risk human papillomavirus, hrHPV) de alto riesgo solamente, o cada 5 años con la prueba del hrHPV en combinación con la citología.
 - Prueba de Papanicolaou para mujeres según su edad y estado de salud, incluido el virus del papiloma humano.

Todos los servicios de atención preventiva deben ser proporcionados por un Proveedor participante para ser cubiertos en virtud de este Acuerdo. A medida que las agencias gubernamentales mencionadas anteriormente publiquen nuevas recomendaciones y pautas para los servicios médicos preventivos, estos se cubrirán conforme a este Acuerdo. La cobertura comenzará durante los años del producto que comiencen un año

después de la fecha en que se emita la recomendación o pauta, o en la fecha que requieran la ACA y sus normas de implementación. El año del Plan, también conocido como año de póliza a los efectos de esta disposición, se basa en el año calendario.

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

Dispositivos protésicos y ortóticos, implantados internamente o externos:

Molina cubre los dispositivos internos y externos que se enumeran a continuación. Se requiere Autorización previa.

Dispositivos implantados internamente:

- Implantes cocleares.
- Articulaciones de cadera.
- Lentes intraoculares (incluidas las lentes de contacto o los anteojos tras la implantación y el primer par de lentes de contacto o anteojos que sustituyan la función del lente humano para afecciones causadas por cirugía de cataratas o lesiones. Una lente de donante no es la primera lente)
- Dispositivo auditivo osteointegrado.
- 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 es de uso general, diseñado para uso repetido y se utiliza principalmente 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 y ortóticos incluye servicios para determinar si el Miembro necesita un dispositivo protésico u ortótico, el talle y el ajuste del dispositivo, la reparación o sustitución del dispositivo (excepto en caso de pérdida o mal uso).

Molina no cubre aparatos ortóticos que enderecen o den nueva forma a una parte del cuerpo. Algunos ejemplos incluyen productos ortóticos para los pies, bandas craneales y algunos tipos de soportes, incluidos aparatos ortóticos sin receta médica. Sin embargo, se cubren los soportes que estabilizan una parte del cuerpo lesionada

y los soportes para tratar la curvatura de la columna vertebral. Para obtener información sobre la cobertura completa, póngase en contacto con el Centro de Atención al Cliente.

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 de toda una mama o parte de ella (mastectomía), reconstrucción de la mama después de una mastectomía Médicamente necesaria, cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica después de la reconstrucción de una mama y tratamiento de las complicaciones físicas, incluidos los linfedemas.

Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva no están cubiertos:

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

Servicios de rehabilitación: Molina cubre servicios 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 y/o ambulatorios. Los Servicios de rehabilitación incluyen lo siguiente:

- Fisioterapia (límite de 20 visitas por año calendario)
- Logopedia (límite de 20 visitas por año calendario)
- Terapia ocupacional (límite de 20 visitas por año calendario)
- Terapia de manipulación (límite de 12 visitas por año calendario)
- Rehabilitación cardíaca (límite de 36 visitas por año calendario)
- Rehabilitación pulmonar (límite de 20 visitas por año calendario)

Los servicios de rehabilitación pueden estar sujetos a limitaciones, disposiciones de autorización previa y exclusiones. Póngase en contacto con el Centro de Atención al Cliente para obtener información adicional sobre la cobertura.

Centros de enfermería especializada: Molina cubre 90 días por año del Plan en un centro de enfermería especializada (SNF) para un Miembro si el SNF es un Proveedor participante y los servicios cuentan con Autorización previa antes de comenzar. Entre los servicios de SNF cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Habitación y pensión

- Servicios médicos y de enfermería
- Medicamentos e inyecciones.

Trastornos 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 que sea un Proveedor participante, solo está cubierta para la administración médica de los síntomas de la abstinencia. Molina puede requerir Autorización Previa para la cobertura de servicios, incluidos los servicios para pacientes internados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. Molina también proporciona cobertura para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias en un entorno de recuperación residencial transitorio no médico con Autorización Previa. Molina cubre la siguiente atención médica ambulatoria para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias:

- Programas residenciales a corto plazo
- Programas de tratamiento diario
- Asesoramiento individual y grupal sobre el trastorno por consumo de sustancias
- Evaluación y tratamiento individual del trastorno por consumo de sustancias
- Programas ambulatorios intensivos
- Tratamiento médico para síntomas de abstinencia
- Tratamiento asistido por medicamentos (MAT)
- Programas para tratamiento con opioides (OTP)

Los servicios cubiertos para trastornos por consumo de sustancias incluyen el tratamiento con opioides. Molina procesará la solicitud de Autorización Previa para el tratamiento con opioides como una solicitud acelerada. Molina también considerará la urgencia de la situación del Miembro al tomar decisiones sobre cualquier Determinación Adversa de Beneficios relacionada con el tratamiento del abuso de opioides.

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, discapacidades de aprendizaje y discapacidad mental.

Cirugías (Pacientes internados y ambulatorios) : Molina cubre los servicios quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios que se indican a continuación cuando se prestan en el centro de un 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.

Síndrome de articulación temporomandibular (“TMJ”): Molina cubre servicios para tratar el Síndrome de articulación temporomandibular (TMJ, en inglés) si se aplican todas las condiciones siguientes:

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

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

Molina proporciona servicios relacionados con donaciones a un donante o a un individuo identificado como donante potencial, independientemente de si el donante es o no miembro. Los beneficios de los donantes se limitan a los beneficios que el donante no puede obtener de ninguna otra fuente. Estos servicios deben tener una relación directa con un trasplante cubierto para el Miembro. Se incluyen servicios para la

recolección del órgano, tejido o médula ósea y para el tratamiento de complicaciones. Las complicaciones del procedimiento de los donantes se cubren hasta 6 semanas después de la fecha de adquisición.

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 los servicios de atención de salud necesarios para prevenir el grave deterioro de la salud por una enfermedad o lesión médica imprevista. Para los Servicios de atención 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 qué centro de atención médica de urgencia de un Proveedor Participante debe usar. Es mejor averiguar el nombre del centro de atención de urgencia de un Proveedor Participante con anticipación. Los miembros que se encuentran fuera del área de servicio pueden ir a la sala de emergencias más cercana.

Servicios para la vista (Pediátrico): Molina cubre, para todos los Miembros, los exámenes de la vista para diabéticos (exámenes de retina dilatada). Molina también cubre los servicios para el tratamiento médico y quirúrgico de lesiones o enfermedades que afectan los ojos.

Molina cubre los siguientes servicios para la vista de los Miembros menores de 19 años:

- Examen completo de la vista limitado a 1 cada año calendario
- Anteojos recetados limitados a 1 par cada año calendario (sujetos a una selección limitada de monturas) con lentes de cristal, plástico o policarbonato; disponibles en lentes monofocales, bifocales convencionales, trifocales convencionales y lenticulares en todas las potencias de lente. También hay disponibles revestimientos antirreflejantes, lentes progresivas, lentes de cristal fotocromáticas y lentes de alto índice.
- Los lentes de contacto limitados a 1 par de tipo estándar cada año calendario, en lugar de anteojos.
- Lentes de contacto Médicamente necesarios para condiciones 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.

La cirugía correctiva con láser no está cubierta.

IMPORTANTE: Si un Miembro opta por recibir servicios de cuidado de la visión o materiales de cuidado de la visión que no son beneficios cubiertos bajo este Plan, el

proveedor de cuidado de la visión participante puede cobrarle su cuota normal por tales servicios o materiales. Antes de proveerle al Miembro servicios o materiales de cuidado de la visión que no son beneficios cubiertos, el Proveedor Participante le brindará un costo estimado para cada servicio o material a su solicitud.

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 de Molina. Además, Molina cubre medicamentos pedidos o entregados en un centro participante cuando se proporcionan en relación con un Servicio cubierto. Es posible que se requiera una Autorización previa para que se cubran ciertos medicamentos. Un Proveedor legalmente autorizado para escribir recetas médicas, también conocido como Recetador, puede solicitar una Autorización previa en nombre de un Miembro, y Molina notificará al Proveedor si la solicitud se aprueba o deniega, según la revisión de la Necesidad médica.

Farmacias: Molina cubre medicamentos en farmacias minoristas, farmacias especializadas y servicios de farmacia por correo dentro de 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), 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 Atención al Cliente.

Formulario de Molina: Molina establece una lista de medicamentos, dispositivos y suministros que se cubren mediante el beneficio de farmacia del Plan. La lista de productos cubiertos se conoce como el Formulario. En ella, se incluyen todos los productos recetados y de venta libre que los Miembros del Plan pueden obtener en una farmacia, junto con los requisitos, limitaciones o restricciones de cobertura de los productos enumerados. El Formulario se encuentra 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 registrados 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 prescriba 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.

- Cualquier solicitud que no se considere de excepción acelerada se considerará como solicitud de Excepción estándar.
- Las solicitudes se consideran aceleradas cuando son para tratar una afección de salud de un Miembro que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la funcionalidad máxima, o cuando un Miembro está llevando a cabo un tratamiento actual con un medicamento que no se encuentra en el formulario. Los ensayos de muestras farmacéuticas de un Recetador o de un fabricante de medicamentos no se considerarán como tratamiento en curso.

Molina notificará al Miembro, 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,

el mismo o 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) 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, según su desempeño a la hora de mejorar la salud y su valor en comparación con otros tratamientos similares. El beneficio de farmacia del Plan tiene seis categorías de Costos Compartidos. Para las Categorías 1 a 4, cuanto más bajo sea el Nivel, menor será el costo compartido del Miembro. En el Programa de Beneficios, se puede consultar el Costo compartido del Miembro para un suministro de un mes, sobre la base de estas categorías.

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

Categorías de medicamento	Descripción
Nivel 1	Medicamentos genéricos preferidos; costo compartido más bajo
Nivel 2	Medicamentos de marca registrada preferidos; costo compartido que la categoría 1 más alto
Nivel 3	Medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos; costo compartido más alto que los medicamentos de categoría inferior que se utilizan para tratar las mismas afecciones
Nivel 4	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 Costo Compartido más alto que los medicamentos no especializados utilizados para tratar las mismas afecciones, si están disponibles Según las reglas estatales, Molina puede solicitar a los Miembros que utilicen la farmacia especializada de la red.

Nivel 5 Medicamentos y formas de dosificación de servicios médicos preventivos reconocidos a nivel nacional, y medicamentos y dispositivos de planificación familiar (p. ej., anticoncepción) con un Costo Compartido de \$0.

DME Equipo médico duradero (DME): se aplica un Costo compartido; el coseguro del DME determina el Costo compartido de algunos productos no farmacológicos incluidos en el Formulario.

Costo compartido en las excepciones del Formulario: En el caso de los medicamentos u otros productos que se aprueben por excepción en el Formulario, el Miembro tendrá un costo compartido de nivel 3 para los productos no especializados o un costo compartido de nivel 4 para los 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

Centro de atención para el Programa Requerido de Medicamentos 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 la política del centro de atención, visite <https://www.molinamarketplace.com/marketplace/oh/en-us/Providers/Drug-List>.

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 la solicita 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 el Costo compartido y los Gastos de bolsillo para medicamentos: 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, suplementos y productos de venta libre: Molina cubre medicamentos, suplementos y productos de venta libre de conformidad con las leyes federales y estatales. Solo se pueden cubrir los medicamentos, suministros y suplementos de venta libre que aparecen en el Formulario.

Equipo médico duradero (DME): Molina cubrirá los costos de compra o alquiler del DME para su uso con ciertos medicamentos cuando se obtenga a través de un proveedor contratado. Además, Molina cubrirá reparaciones, mantenimiento, entrega y suministros razonables relacionados con el DME. Los Miembros pueden ser responsables de los costos de la reparación o sustitución necesarias del DME si se requieren debido a un mal uso o pérdida. Es posible que se requiera una Autorización previa para la cobertura del DME. La cobertura 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 Atención al Cliente para obtener más información sobre la cobertura.

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

Medicamentos recetados para dejar de fumar: En Molina, los medicamentos para ayudar a los Miembros a dejar de fumar están cubiertos sin Costos compartidos. Esto incluye los medicamentos para dejar de fumar y los sustitutivos de la nicotina de venta libre con receta. Los Miembros deben consultar a su Proveedor a fin de determinar qué medicamento es el apropiado para ellos. Estos medicamentos cubiertos se mencionan en el Formulario. Específicamente, Molina proporcionará cobertura para todos los medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA servicios para dejar de fumar recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, incluidos el asesoramiento individual, grupal y telefónico, y cualquier combinación de los mismos. Para servicios asociados con más de dos (2) intentos de dejar de fumar en un periodo de doce (12) meses, o un tratamiento que exceda la duración recomendada por las directrices de práctica clínica del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos publicadas más recientemente sobre el tratamiento del consumo de tabaco, puede ser necesaria una Autorización Previa.

Límite de suministro diario: Aunque los Proveedores determinan la cantidad de medicamentos, suministros de productos o suplementos a recetar, Molina solo puede cubrir un mes de suministro a la vez para determinados productos. El Formulario indica "CORREO" para los artículos que pueden estar cubiertos con un suministro para tres meses a través de un servicio de farmacia por correo contratado u otros programas del

Plan. Las cantidades que superan los límites de suministro diario del Formulario no están cubiertas, con pocas excepciones.

Prorrateo y sincronización: Molina proporciona un prorrateo 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 prorrateo descrito se basará en la cantidad de días de suministro del medicamento dispensado.

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

Medicamentos contra el cáncer: Molina cubre los costos razonables de medicamentos contra el cáncer y su administración. Las solicitudes de usos fuera del etiquetado de un fármaco de la FDA (es decir, usos no contemplados en la etiqueta) se revisan para determinar su necesidad médica en función de las recomendaciones estándar para el uso del fármaco y para el tipo de cáncer que se va a tratar. No se deniega ninguna solicitud basándose únicamente en el uso fuera de la 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. Consulte el Programa de Beneficios para conocer los gastos compartidos aplicables. Ciertos medicamentos contra el cáncer están cubiertos por un programa de surtido parcial. Las farmacias de la red pueden dispensar los primeros surtidos de los medicamentos contra el cáncer recién iniciados de medio mes a la vez hasta que los Miembros estén estables con el medicamento y la dosis.

Todos los medicamentos para el cáncer administrados por vía oral se cubrirán de la misma manera y sin un mayor Costo Compartido que el que se impone para la medicación para el cáncer por vía intravenosa o inyectada.
Proveedor

Tratamiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV): Molina cubre medicamentos recetados para el tratamiento de una infección por el Virus de la

Inmunodeficiencia Humana, o una enfermedad o afección médica que surja a partir del HIV o se relacione con este. Los medicamentos deben recetarse dentro del alcance de la práctica del Proveedor y los tiene que aprobar la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos, incluidos los medicamentos experimentales o de investigación en Fase III, aprobados por la FDA y administrados de acuerdo con el protocolo.

Disponibilidad de pedidos por correo de medicamentos del Formulario: Molina ofrece a los Miembros una opción de farmacia de pedido por correo en los niveles 1, 2, 3 y 5. Los medicamentos elegibles están marcados como “CORREO” en el Formulario. Los medicamentos del Formulario serán enviados por correo al Miembro dentro de los 10 días siguientes a la solicitud y aprobación del pedido. Con esta opción, los Miembros pueden obtener un suministro de 3 meses de medicamentos elegibles a un menor Costo compartido. El Costo compartido 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 especializados de la categoría 4 no son elegibles para los programas de suministro de 90 días como el pedido por correo, aunque la mayoría de los medicamentos especializados se enviarán directamente al Miembro. Para obtener más información, consulte MolinaMarketplace.com o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

Prácticas de beneficios farmacéuticos: Molina no restringirá directa o indirectamente la información a los Miembros sobre formas menos costosas de adquirir medicamentos recetados, Molina no exigirá un Costo Compartido superior a la cantidad que un Miembro pagaría por el medicamento si lo adquiriera sin cobertura.

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 fuera del Formulario

- Medicamentos menos eficaces propuestos identificados por el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de Medicamentos (DESI)
- Medicamentos experimentales y de investigación (excepto los usos permitidos que se describen en la sección Medicamentos para uso fuera de lo indicado de este Acuerdo)
- 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. Esta no es una lista exhaustiva de los servicios que están excluidos de la cobertura de este Plan. Tenga en cuenta lo siguiente: Las variaciones médicamente necesarias de las exclusiones enumeradas en esta sección serán cubiertas por Molina. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros 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.

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

- Obtener o mantener empleo o participación en programas de empleados
- Obtener cobertura médica, seguro de vida o licencia, o
- Cumplir con los requisitos de un fallo judicial o de libertad bajo fianza o condicional.

Esta exclusión no se aplica a los servicios preventivos ni a los servicios que un Proveedor Participante determine que son Medicamento Necesarios.

Servicios quiroprácticos: Los servicios quiroprácticos no están cubiertos, excepto cuando se prestan en conexión como terapia de manipulación descrita en la sección Servicios de habilitación y rehabilitación de este Acuerdo. La terapia de manipulación

incluye la manipulación osteopática y quiropráctica utilizada para tratar problemas asociados con los huesos, las articulaciones y la espalda. La terapia quiropráctica se centra en las articulaciones de la columna vertebral y el sistema nervioso. La terapia osteopática incluye el mismo énfasis en las articulaciones y los músculos, tendones y ligamentos circundantes.

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 asistencia en actividades de la vida diaria que se proporciona como parte de centro de cuidados paliativos, Centro de enfermería especializada o atención hospitalaria para pacientes internados.

Dietista: El servicio de un dietista no es un servicio cubierto, excepto en el caso de los servicios cubiertos en la sección de servicios para enfermos terminales.

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

Suministros desechables: 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.

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 genética, terapia celular y terapia genética basada en células: La mayoría de las terapias genéticas, terapias celulares y terapias genéticas 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: La acupuntura y otros servicios no tradicionales, incluidos, entre otros, los tratamientos holísticos y homeopáticos, el yoga, el reiki, la terapia de masajes y la terapia Rolf, no están cubiertos.

Algunos servicios para la infertilidad: Molina no cubre algunos 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), semen y óvulos (y servicios relacionados con su adquisición y almacenamiento), fertilización in vitro (FIV) y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT). Sin embargo, Molina cubre los procedimientos de diagnóstico y exploratorio para determinar la infertilidad. Consulte la sección “Servicios de infertilidad” anterior para obtener información adicional.

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 cordura
- 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 destrezas académicas además de los servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.
- Entrenamiento académico o tutoría para habilidades como gramática, matemáticas y manejo del tiempo
- Enseñanza de la habilidad de lectura para Miembros con dislexia
- Pruebas educativas
- Enseñar arte, danza, montar a caballo, música, tocar instrumentos o nadar
- Habilidades de enseñanza para empleo o propósitos vocacionales
- Formación profesional o enseñanza de habilidades profesionales
- Cursos de crecimiento profesional
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral
- Terapia acuática y otras terapias del agua
- Exámenes relacionados con el trabajo, el deporte (exámenes físicos deportivos) o el desempeño recreativo

Condomes masculinos: Los condones masculinos, excepto aquellos identificados en el formulario como parte de los servicios preventivos de salud de la mujer, no están cubiertos.

Terapia de masaje: La terapia de masaje no está cubierta.

Servicios de no 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.

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 cuidado de respiro 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), o
- 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: No se cubren los elementos y servicios de cuidado rutinario de los pies, excepto para los Miembros con diabetes.

Servicios no aprobados por la FDA: No se cubre ningún medicamento, suplemento, prueba, vacuna, dispositivo, material radioactivo ni cualquier otro servicio que, por ley, requiera la aprobación de la FDA para su venta en los EE. UU. y que no cuente con dicha aprobación. Esta exclusión se aplica a los servicios prestados en cualquier lugar, incluso fuera de los 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 Reclamos para obtener información sobre las 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 Atención 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.

Sustitución: 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 directrices de viaje y alojamiento de Molina. Las pautas de viaje y alojamiento de Molina están disponibles por medio del Centro de Atención al Cliente. Esta exclusión no se aplica a los servicios de viaje y alojamiento asociados a los servicios de trasplante cubiertos descritos en este Acuerdo.

RECLAMOS

Cómo tramitar un reclamo: Los proveedores deben presentar oportunamente ante Molina los reclamos por Servicios cubiertos prestados a los Miembros. Todos los reclamos deben presentarse en un formulario aprobado por Molina y deben incluir la historia clínica completa relacionada con el reclamo, si lo solicita Molina o, de otro modo, lo requieran las políticas y los procedimientos de Molina. Los reclamos deben ser presentados por el Miembro o Proveedor a Molina dentro de los 365 días calendario posteriores a que haya ocurrido lo siguiente:

- El alta de los servicios de hospitalización o la fecha del servicio para los servicios ambulatorios; y
- Se haya facilitado 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 días calendario posteriores a la determinación final del pagador principal. Salvo que la ley estatal disponga lo contrario, los reclamos que no sean presentados a Molina dentro de estos plazos no son elegibles 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 pertinente y que cumpla con las pautas y los requisitos de facturación de Molina. La fecha de recepción de un reclamo es la fecha en que Molina recibe el aviso escrito o electrónico del reclamo.

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 Atención 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. Se debe incluir una copia de la etiqueta de la receta médica y del recibo de la farmacia al enviar este formulario a la dirección, como se indica 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 el reclamo, se enviará por correo un cheque de reembolso al Miembro. En cambio, si el reclamo se deniega, 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 los Servicios de atención de emergencia, el Miembro solicita y recibe servicios de atención médica de un Proveedor o centro que no sea un Proveedor Participante sin obtener autorización 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

Responsabilidad de terceros y subrogación: Si un Miembro sufre una enfermedad, lesión o afección por la que se alegue que un tercero es responsable o tiene obligación de responder, el Miembro deberá notificarlo inmediatamente a Molina por escrito.

Si Molina paga un reclamo por un Miembro, Molina tiene derechos de subrogación inmediatos y el derecho de recuperar de cualquier tercero responsable cualquier beneficio pagado en relación con la lesión, enfermedad o afección del Miembro. El Miembro cede a Molina su derecho a emprender acciones legales contra cualquier tercero responsable. El Miembro se compromete a proporcionar a Molina cualquier información pertinente, previa solicitud, y a participar en cualquier fase de la acción legal, tales como presentación de pruebas, deposiciones y testimonio en juicio.

Si el Miembro no coopera con Molina o si hace algo que interfiera con los derechos de Molina, Molina podrá emprender acciones legales contra el Miembro. El Miembro también acepta no ceder su derecho a emprender acciones legales contra otra persona sin el consentimiento por escrito de Molina.

Si la enfermedad, lesión o afección que llevó a la subrogación involucra a un menor de edad, entonces el tutor o los padres del menor serán responsables de cooperar con el proceso de subrogación y reembolso. Si la enfermedad, lesión o afección termina en la muerte por negligencia de un Miembro o dependiente, entonces la obligación de cooperar pasa al representante personal del Miembro o dependiente.

Si un Miembro recupera menos del valor total de los daños, entonces el reclamo de Molina se verá disminuido en la misma proporción en que disminuya el interés del Miembro.

Derecho de Molina al reembolso: Molina tiene derecho a ser reembolsado si un tercero responsable paga directamente a un Miembro. Si un Miembro recibe cualquier servicio en virtud del Plan por una enfermedad, lesión o afección supuestamente causada o provocada por un tercero, y posteriormente recibe cualquier monto como sentencia, acuerdo u otro pago de cualquier tercero, Molina tiene derecho a un reembolso de primera prioridad de los montos pagados o a pagar en nombre del Miembro por los servicios relacionados con la enfermedad, lesión o afección por la cual se alega que cualquier tercero es responsable o está obligado.

Los derechos de Molina tienen prioridad: Los derechos de subrogación y reembolso de Molina tienen prioridad sobre otros reclamos y no se verán afectados por ninguna doctrina equitativa. El producto de cualquier sentencia o acuerdo obtenido por un Miembro o Molina de cualquier tercero responsable de la lesión, enfermedad o afección de un Miembro se aplicará en primer lugar a satisfacer los derechos de subrogación y reembolso de Molina. Molina tiene derecho a recuperar los montos pagados aunque no sean o no hayan sido compensados por el tercero responsable de la obligación por todos los costos relacionados con la enfermedad, lesión o afección del Miembro.

Molina no está obligado a procurar el reembolso ni a emprender acciones legales contra un tercero, ya sea en beneficio propio de Molina o en nombre de un Miembro. Los derechos de Molina no se verán afectados si Molina no participa en una acción legal que un Miembro emprenda en relación con su lesión, enfermedad o afección.

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

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

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

No discriminación: Molina no discrimina a la hora de contratar personal, inscribir a una persona o brindar atención médica, ni limita los beneficios en función de una afección médica preexistente, color, credo, edad, país de origen, identificación de grupo étnico, religión, discapacidad, sexo u orientación sexual y/o identidad de género, afección relacionada con el VIH/SIDA o información genética.

Este Plan no deniega ni limita la cobertura, ni deniega ni limita la cobertura de un reclamo, ni impone una participación en los costos adicional u otras limitaciones o restricciones en la cobertura a un individuo transexual para ningún servicio de salud que esté ordinaria o exclusivamente disponible para individuos de un sexo con base en el hecho de que el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado de otro modo de un individuo sea diferente de aquel para el que dichos servicios de salud están ordinaria 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 su cobertura según 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, están de acuerdo con todas las disposiciones de este Acuerdo.

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

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

Falta de validez: Si cualquier disposición de este Acuerdo se considera ilegal, inválida o inaplicable en un procedimiento judicial, dicha disposición será inaplicable e inválida, y el resto de este Acuerdo seguirá siendo aplicable y permanecerá en plena vigencia y efecto.

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

Acciones legales: No se iniciará acción ninguna, por ley o equidad, con el fin de recuperar fondos conforme a este Acuerdo antes de la fecha de vencimiento de 60 días

posteriores a que se haya proporcionado una prueba por escrito de los daños, de acuerdo con los requisitos de este Acuerdo. No se podrá iniciar dicha acción después de 3 años a partir del momento en que se requiera la prueba escrita de los daños.

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 daños incurridos o discapacidad (tal como se define en el Certificado), a partir de los 2 años luego de la fecha de emisión de este Acuerdo, será reducido o denegado sobre la base de que una enfermedad o afección física que no se excluya de la cobertura por nombre o descripción específica vigente en la fecha de los daños haya existido antes de la fecha de vigencia de la cobertura de este Acuerdo.

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 Proveedor de atención primaria 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 Atención al Cliente.

Actividades anuales de salud: Molina anima a sus Miembros a realizar un Examen de bienestar anual (un examen físico completo) a través de su PCP, sin costo alguno, o un examen de evaluación de la salud a domicilio facilitado por Molina.

Asegurado encarcelado: Molina no excluirá ni limitará la cobertura porque el Miembro esté encarcelado.

Disponibilidad de Medicaid: Molina no excluirá la cobertura debido a la elegibilidad de un Miembro para Medicaid.

Materiales educativos sobre la salud: Molina ofrece materiales fáciles de leer son sobre nutrición, guías de servicios preventivos, manejo del estrés, ejercicio, manejo del colesterol, asma, diabetes, educación sobre Opioides y otros temas. Para obtener

estos materiales, los Miembros deben consultar con su Proveedor o visitar nuestro sitio web en: MolinaMarketplace.com/MPHealthEducation

Exámenes físicos y autopsia: Molina, por su cuenta, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Miembro cuando sea razonablemente necesario y con la frecuencia que considere durante la pendencia de un reclamo en virtud del presente documento, y de hacer una autopsia en caso de muerte, cuando no esté prohibido por las leyes.

Lesiones relacionadas con el alcohol o las drogas: Molina no excluye ni limita la cobertura por lesiones causadas por el consumo de alcohol o drogas.

Cancelación por parte del Miembro: El Miembro puede cancelar este Acuerdo en cualquier momento mediante notificación por escrito entregada o enviada por correo a Molina, con efecto a partir de su recepción o en la fecha posterior que se especifique en dicha notificación. En caso de cancelación, Molina devolverá sin demora la parte no devengada de cualquier prima pagada. La prima devengada se calculará utilizando la última tabla de tarifas a corto plazo registrada en el Estado de Ohio. La cancelación será sin perjuicio de cualquier reclamo originado antes de la fecha efectiva de cancelación. Esta disposición anula cualquier otra disposición, contenida en este Acuerdo o en cualquier endoso del mismo o en cualquier cláusula adicional adjunta, que prevea la cancelación de esta política por parte del asegurador o del Miembro.

Aviso relativo a las limitaciones y exclusiones de cobertura en virtud de la Ley de la Asociación de Garantías de Seguros de Vida y Salud de Ohio: Es posible que la Ley de la Asociación de Garantías de Seguros de Vida y Salud de Ohio (Ohio Life and Health Insurance Guaranty Association) no proporcione cobertura para esta póliza. Si se proporciona cobertura, ésta puede estar sujeta a limitaciones o exclusiones sustanciales y requerir la residencia continuada en Ohio. No debe confiar en la cobertura de la Asociación de Garantías de Seguros de Vida y Salud de Ohio a la hora de seleccionar una compañía de seguros o una póliza de seguros.

NO se proporciona cobertura para su póliza o cualquier parte de la misma que no esté garantizada por la aseguradora o para la que usted haya asumido el riesgo, p. ej., con un contrato variable vendido por prospecto. Debe consultar con el representante de su compañía de seguros para determinar si está cubierto solo en parte o no está cubierto en absoluto.

Las compañías de seguros o sus agentes están obligados por ley a darle o enviarle este aviso. Sin embargo, las compañías de seguros y sus agentes tienen prohibido por ley utilizar la existencia de la asociación de garantías para inducirle a adquirir cualquier tipo de póliza de seguro.

Ohio Life and Health Insurance Guaranty Association
485 Metro Place S, Suite 270
Dublin, OH 43017

Ohio Department of Insurance
50 West Town Street Third Floor – Suite 300
Columbus, OH 43215

Facturación de saldo: El Proyecto de Ley 388 de la Cámara de Representantes de Ohio y la Ley Federal Sin Sorpresas establecen protecciones para los pacientes, incluso contra la Facturación de Saldos de Proveedores no Participantes (a veces llamada “facturación sorpresa”) por Servicios de emergencia y otros artículos o servicios especificados. Molina cumplirá con estas disposiciones estatales y federales, incluyendo la forma en que procesamos los reclamos de ciertos Proveedores no Participantes.

DECISIONES SOBRE RECLAMOS, QUEJAS, RECURSOS INTERNOS Y EXTERNOS

Quejas: Una queja es cualquier insatisfacción que un Miembro tenga con Molina o con cualquier Proveedor Participante que no esté relacionada con la negación de servicios de salud. Por ejemplo, un Miembro puede estar insatisfecho con las horas de disponibilidad de Proveedor Participante. Las cuestiones relacionadas con la denegación de los servicios de atención médica son Apelaciones y deben ser presentadas a Molina o al Departamento de Seguros de Ohio de la manera descrita en la sección Apelaciones internas más abajo. Molina reconoce el hecho de que un Miembro puede no estar siempre satisfecho con la atención y los servicios prestados por nuestros Proveedores Participantes. Molina desea ser informado sobre cualquier preocupación o queja que los Miembros puedan tener. Molina responderá a una queja de un Miembro a más tardar 60 días después de la fecha en que esta fue recibida. Los Miembros pueden comunicarse con Molina para obtener ayuda para presentar su queja por teléfono, por correo o por fax a la siguiente información de contacto:

Dirección del Departamento de Apelaciones y Quejas de Molina:

Molina Healthcare of Ohio, Inc.
Unidad de Reclamos y Apelaciones
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422
Teléfono: (888) 296-7677, de lunes a viernes, de 7:00 AM a. m. a 7:00 PM p. m., hora del Este.
TTY: (800) 750-0750 o 711
Sitio web: www.molinahealthcare.com

Los Miembros también pueden ponerse en contacto con la Dirección de Asuntos del Consumidor del Departamento de Seguros de Ohio:

Ohio Department of Insurance
ATTN: Consumer Affairs

50 West Town St. Suite 300
 Columbus, Ohio 43215
 Teléfono: (800) 686-1526
 Teléfono: (614) 644-2673
 Fax: (614) 644-3744 TTY: (614) 644-3745
 Sitio web: <https://insurance.ohio.gov>

Presentar reclamo de consumidor en línea:

<https://insurance.ohio.gov/wps/portal/gov/odi/about-us/complaint-center/consumer-complaint-form>

Definiciones: A efectos de esta sección, se aplican las siguientes definiciones:

Determinación adversa de beneficios final: Una Determinación adversa de beneficio que se ratifica 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 de beneficios final.

Nombramiento de un representante: Si un Miembro quisiera que alguien actuara en su nombre en relación con un reclamo o una apelación de una Determinación adversa de beneficios, el Miembro podrá nombrar a un representante autorizado. Los Miembros deberán enviar el nombre, la dirección y la información de contacto telefónico del representante a la dirección del Departamento de Apelaciones y Quejas Formales de Molina, que figura en la sección Quejas. El Miembro deberá pagar el costo de cualquier persona que contrate para que lo represente o ayude.

Decisiones sobre reclamos: Después de que se tome una determinación sobre un reclamo, Molina notificará al Miembro de su determinación dentro de los siguientes plazos:

Tipos de solicitud	Plazos de decisión y notificación
Reclamo previo al servicio	En un plazo de 48 horas para los servicios de atención urgente, o de 10 días calendario para cualquier solicitud de Autorización Previa que no sea para un servicio de atención urgente, a partir del momento en que se reciba la solicitud. (Si no se recibe toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina en este plazo, esto puede resultar en una negación. Molina informará al Miembro de la razón de la negación.)
Reclamo de servicio concurrente	Un día hábil a partir de la recepción de la solicitud. (Si no se recibe toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina en este plazo, esto puede resultar en una negación. Molina informará al Miembro de la razón de la negación.)
Reclamo posterior al servicio	30 días a partir de la recepción de la solicitud. (Si no se recibe toda la información razonablemente necesaria y

	solicitada por Molina en este plazo, esto puede resultar en una negación. Molina informará al Miembro de la razón de la negación.)
<p>Tenga en cuenta lo siguiente: Las solicitudes de información adicional para servicios de atención urgente se harán dentro de las 24 horas de acuerdo con la ley estatal.</p> <p>Si se determina la necesidad médica durante el proceso de apelación y se requiere una Autorización Previa para el beneficio, la determinación también incluirá la autorización del beneficio en la determinación.</p>	

Reclamo de servicios de atención de urgencia: Un reclamo que involucre Servicios de atención de urgencia se procesará tan oportunamente como sea posible dadas las circunstancias y siempre se procesará en un plazo no mayor de 48 horas a partir de la recepción de la solicitud (Si toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina no se recibe en este plazo, esto puede resultar en una denegación. Molina informará al Miembro de la razón de la denegación), o si es más corto, el período requerido bajo la Sección 2719 de la Ley Federal de Servicios de Salud Pública y las reglas y regulaciones subsiguientes.

Avisos iniciales de denegación: Se proporcionará al Miembro un aviso por escrito de una Determinación adversa de beneficios (incluida una denegación parcial de reclamo) dentro de los plazos indicados en esta sección. Con respecto a las Determinaciones adversas de beneficios que involucren un Servicio de atención de urgencia, la notificación puede ser proporcionada al Miembro verbalmente dentro de los plazos señalados en esta sección. Si se da aviso oral, la notificación por escrito deberá ser proporcionada a más tardar 3 días después de la notificación oral.

Un aviso de Determinación Adversa de Beneficios identificará el reclamo involucrado, transmitirá la razón específica de la Determinación adversa de beneficios (incluyendo el código de denegación y su significado), las disposiciones específicas en las que Molina basó la determinación y la información de contacto del Departamento de Seguros de Ohio, que está disponible para ayudar al Miembro con los procesos de apelación internos y externos. El aviso también incluirá una descripción de cualquier información adicional necesaria para perfeccionar el reclamo y una explicación de por qué dicha información es necesaria.

La notificación revelará si se basó en alguna política interna, protocolo o criterio similar para denegar el reclamo. Se le proporcionará al Miembro una copia gratuita de la política, protocolo o criterio similar. Además de la información proporcionada en el aviso, los Miembros tienen el derecho de solicitar los códigos de diagnóstico y tratamiento y las descripciones en las que se basa la determinación. El aviso describirá los procedimientos de revisión de Molina y los límites de tiempo aplicables a tales procedimientos después de una Determinación de Beneficios Adversa en revisión.

Si una Determinación de Beneficios Adversa se basa en la Necesidad médica, el tratamiento experimental o de investigación o una exclusión o limitación similar, el aviso

proporcionará una explicación de la base científica o clínica para la determinación, de forma gratuita. La explicación aplicará los términos del producto a las circunstancias médicas del Miembro. En el caso de una Determinación adversa de beneficios que involucre un reclamo por el Servicio de atención médica de urgencia, el aviso proporcionará una descripción de los procedimientos de revisión acelerada de Molina, que describimos a continuación.

Apelaciones internas: Los miembros deberán apelar una Determinación adversa de beneficios dentro de los 180 días posteriores al recibo de la notificación por escrito de la negación (o de la negación parcial). Los Miembros pueden apelar una Determinación adversa de beneficios mediante notificación por escrito a Molina, en persona, oralmente o por correo, con franqueo pagado. Se incluyen las Determinaciones adversas de beneficios para las Autorizaciones Previas electrónicas. Las apelaciones de los Miembros deben incluir:

- La fecha de la apelación del Miembro
- El nombre del Miembro (en letra de imprenta o a máquina)
- La fecha del servicio denegado por Molina
- El número de identificación del Miembro, el número de reclamo y el nombre del Proveedor tal y como aparecen en la explicación de beneficios

Los Miembros deberán conservar una copia de la Apelación para sus archivos porque ninguna parte de la misma puede ser devuelta al Miembro. Los Miembros pueden solicitar una apelación interna acelerada de una Determinación adversa de beneficios relacionada con un Servicio de atención urgente de forma oral o por escrito. En tal caso, toda la información necesaria será transmitida entre Molina y el Miembro por teléfono, fax u otro método expedito similar disponible, en la medida en que lo permita la ley aplicable. Los Miembros también pueden solicitar una revisión externa acelerada de una Determinación adversa de beneficios que involucre un Servicio de atención de urgencia al mismo tiempo que se solicita una apelación interna acelerada de una Determinación adversa de beneficios si el Proveedor del Miembro certifica que la Determinación adversa de beneficios involucra una afección médica que podría poner en grave peligro la vida o la salud del Miembro, o pondría en peligro la capacidad del Miembro de recuperar su función máxima si se tratara después del plazo de una apelación interna acelerada. Los Miembros no podrán tramitar una solicitud de revisión externa acelerada a menos que también tramiten una apelación interna acelerada. La determinación de apelaciones de Determinaciones de Beneficios Adversas se llevará a cabo rápidamente, no se aplazará hasta la determinación inicial, y no será hecha por la persona que hizo la Determinación de Beneficios Adversa inicial o un subordinado de esa persona. La determinación considerará todos los comentarios, documentos, registros y demás información presentada por el Miembro en relación con el reclamo.

Durante la apelación, el Miembro podrá revisar los documentos pertinentes, solicitar copias de cualquier información relevante (que se proporcionará gratuitamente), y puede presentar los asuntos y comentarios por escrito. Previa solicitud, los Miembros también podrán descubrir la identidad de los expertos médicos o vocacionales cuyo

asesoramiento se obtuvo en nombre de Molina en relación con la Determinación adversa de beneficios que se apela, según lo permita la ley aplicable.

Si Molina basa la Determinación adversa de beneficios en su totalidad, o en parte, en un juicio médico, incluidas determinaciones sobre si un tratamiento, medicamento u otro servicio en particular es experimental o de investigación, o no Medicamento Necesario o apropiado, la persona que decida la apelación consultará con un profesional de la salud que tenga la capacitación y experiencia apropiadas en el campo de la medicina involucrada en el juicio médico. El profesional de la salud consultor no será la misma persona que decidió la apelación inicial o un subordinado de esa persona.

Si se recurre a pruebas nuevas o adicionales o si se utilizan fundamentos nuevos o adicionales durante el proceso de apelación interna, Molina proporcionará a los Miembros las pruebas o fundamentos, sin cargo alguno, tan pronto como sea posible y con antelación a la decisión de la apelación a fin de proporcionar al Miembro una oportunidad razonable para responder. Sin embargo, si Molina recibe la prueba nueva o adicional tan tarde que sería imposible proporcionársela al Miembro a tiempo para que éste tenga una oportunidad razonable de responder, el período para proporcionar la notificación de la decisión de apelación de Molina se suspenderá hasta que el Miembro tenga una oportunidad razonable de responder. Después de que el Miembro responda o tenga una oportunidad razonable de responder pero no lo haga, Molina notificará su decisión al Miembro tan pronto como sea razonablemente posible, considerando las circunstancias médicas. La cobertura del Miembro permanecerá en vigencia mientras se espera el resultado de la apelación interna del Miembro.

Plazos para las decisiones sobre la apelación: Para las apelaciones a Determinaciones adversas de beneficios, Molina tomará decisiones y las notificará de la siguiente manera:

Plazo de respuesta a la apelación	
Tipos de solicitud	Plazo para la decisión
Decisiones sobre servicios de atención médica de urgencia	En un plazo de 72 horas desde la recepción de la solicitud. (Si no se recibe toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina en este plazo, esto puede resultar en una negación. Molina informará al Miembro de la razón de la negación.)
Decisiones previas y posteriores al servicio	Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la solicitud. (Si no se recibe toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina en este plazo, esto puede resultar en una negación. Molina informará al Miembro de la razón de la negación.)

<p>Apelaciones de decisiones adversas de Autorización Previa o Terapia Escalonada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Urgente:</i> en un plazo de 48 horas desde la recepción de la solicitud. (Si no se recibe toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina en este plazo, esto puede resultar en una negación. Molina informará al Miembro de la razón de la negación.) • <i>Estándar:</i> dentro de los 10 días siguientes a la recepción de la solicitud. (Si no se recibe toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina en este plazo, esto puede resultar en una negación. Molina informará al Miembro de la razón de la negación.)
---	--

Avisos de denegación de apelaciones: El aviso de una Determinación adversa final de beneficios (incluida una denegación parcial) se proporcionará al Miembro por correo, con franqueo pagado, por fax o por correo electrónico, según corresponda y según lo exija la Ley Estatal, dentro de los plazos indicados anteriormente. Un aviso de que Molina ha denegado la apelación de un reclamo incluirá:

- Información suficiente para identificar el reclamo en cuestión;
- La razón o razones específicas para la Determinación de Beneficios Adversa Final, incluido el código de denegación y su significado;
- Referencia a la disposición específica del producto en la que se basa la determinación;
- Una declaración de que el Miembro tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información relevante para el reclamo de beneficios por parte del Miembro, así como copias de los mismos;
- Si Molina se basó en alguna política, protocolo o criterio similar interno de Molina para denegar el reclamo, se proporcionará al Miembro una copia de la política, protocolo o criterio similar, sin cargo alguno, junto con una explicación de la decisión;
- Una declaración del derecho del Miembro a una revisión externa, una descripción del proceso de revisión externa y los formularios para presentar una solicitud de revisión externa, incluidos formularios de liberación que autorizan a Molina a revelar información médica protegida pertinente a la revisión externa; y
- Si Molina basa una Determinación final adversa de beneficios en la necesidad médica, en un tratamiento experimental o de investigación o en una exclusión o limitación similar, el aviso proporcionará:
 - Una explicación gratuita de la base científica o clínica de la determinación. La explicación aplicará los términos de este Acuerdo a las circunstancias médicas del Miembro.

- Una notificación de las opciones voluntarias de resolución alternativa de conflictos, según corresponda.

Para obtener asistencia con apelaciones, quejas o el proceso de revisión externa, el Miembro puede escribir o llamar a la Oficina de Asuntos del Consumidor del Departamento de Seguros de Ohio a través de los métodos de contacto identificados en esta sección. Además de la información proporcionada en el aviso, los Miembros tienen el derecho de solicitar los códigos de diagnóstico y tratamiento, y las descripciones en las que se basa la determinación.

Revisión Externa: Después de que los Miembros reciban una Determinación adversa definitiva de beneficios o si se permite a los Miembros de otro modo, como se describió anteriormente, los Miembros pueden solicitar una revisión externa si un Miembro cree que un servicio de atención médica ha sido denegado, modificado o retrasado indebidamente sobre la base de que el servicio de atención médica no cumple con las disposiciones de Molina en cuanto a Necesidad Médica, adecuación, entorno de atención médica, nivel de atención, eficacia de un beneficio cubierto, o es Experimental o de Investigación.

Una revisión externa puede ser conducida por una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) para Determinaciones de Beneficios Adversas Finales que involucran Necesidad médica o juicio médico o por el Departamento de Seguros de Ohio si la Determinación de Beneficios Adversa Final implica una determinación de que el servicio médico no está cubierto por este Acuerdo. Molina no elegirá ni influirá en los revisores de la IRO. La cobertura del Miembro permanecerá en vigencia hasta que se produzca el resultado de la revisión externa.

Hay tres tipos de revisiones de IRO: 1) revisión externa estándar, 2) revisión externa acelerada, y 3) revisión externa del tratamiento experimental o de investigación.

Revisión externa estándar: Una revisión externa estándar normalmente se completa dentro de 30 días.

Revisión externa acelerada: Una revisión acelerada para situaciones médicas urgentes, que incluyen revisiones del tratamiento experimental o de investigación que implican una situación médica urgente, normalmente se completa dentro de 72 horas y se puede solicitar si se aplica cualquiera de los siguientes procedimientos:

- El Proveedor del Miembro certifica que la Determinación adversa de beneficios o la Determinación adversa final de beneficios implica una afección médica que podría poner en grave peligro la vida o la salud del Miembro o pondría en peligro la capacidad del Miembro para recuperar su función máxima si el tratamiento se retrasa hasta después del plazo de una apelación interna acelerada o una revisión externa estándar.
- La Determinación adversa de beneficios o la Determinación adversa final de beneficios se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, estancia

- continuada o servicio de atención médica para el que el Miembro recibió Servicios de emergencia, pero aún no ha sido dado de alta de un centro; o bien
- Está en proceso una apelación interna acelerada por una Determinación adversa de beneficios de un tratamiento Experimental o de Investigación y el Proveedor del Miembro certifica por escrito que el servicio de atención médica o tratamiento recomendado sería significativamente menos eficaz si no se iniciara con prontitud.

Revisión externa del tratamiento experimental y de investigación: Las solicitudes de revisiones externas estándar o aceleradas que impliquen Determinaciones adversas de beneficios o Determinaciones adversas finales de beneficios para tratamientos que sean Experimentales o de Investigación pueden proceder si el Proveedor del Miembro certifica una de las siguientes situaciones:

- Los servicios estándar de atención médica no han sido eficaces para mejorar el estado del Miembro;
- Los servicios estándar de atención médica no son médicamente adecuados para el Miembro; o
- Ningún servicio de atención médica estándar disponible cubierto por Molina es más beneficioso que el servicio de atención médica solicitado.

Solicitud de examen externo en general: Los Miembros deben solicitar una revisión externa dentro de los 180 días de la fecha del aviso de Determinación de Beneficio Adversa o Determinación de Beneficio Adversa Final emitida por Molina. Todas las solicitudes deben ser por escrito, excepto una solicitud de revisión externa acelerada. Las revisiones externas aceleradas pueden ser solicitadas de forma electrónica u oral. Si la solicitud está completa, Molina iniciará la revisión externa y le notificará al Miembro por escrito que la solicitud está completa y es elegible para la revisión externa. La notificación incluirá el nombre y la información de contacto para la IRO asignada o el Departamento de Seguros de Ohio (según corresponda) con el propósito de presentar información adicional. La notificación le informará a los Miembros que, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la recepción de la notificación, los Miembros puede presentar información adicional por escrito a la IRO o al Departamento de Seguros de Ohio (según corresponda) para su consideración en la revisión.

Molina también enviará todos los documentos e información utilizados para tomar la Determinación de Beneficios Adversa a la IRO asignada o al Departamento de Seguros de Ohio (según corresponda). Si la solicitud no está completa, Molina le informará a los Miembros por escrito y especificará qué información se necesita para completar la solicitud. Si Molina determina que la Determinación adversa de beneficios no es elegible para una revisión externa, Molina le notificará al Miembro por escrito, le proporcionará la razón de la negación, e informará al Miembro que la negación puede ser apelada al Departamento de Seguros de Ohio. El Departamento de Seguros de Ohio puede determinar que la solicitud es elegible para revisión externa independientemente de la decisión de Molina y requerir que la solicitud sea remitida para revisión externa. La decisión del Departamento se tomará de acuerdo con los

términos de este Acuerdo y la Ley Estatal. Molina pagará los costos de la revisión externa.

Asignación de IRO: El Departamento de Seguros de Ohio mantiene un sistema seguro basado en la web que se utiliza para administrar y supervisar el proceso de revisión externa. Cuando Molina inicia una revisión externa por parte de una IRO en este sistema, el sistema del Departamento de Seguros de Ohio asigna aleatoriamente la revisión a una IRO acreditada por Ohio que está calificada para llevar a cabo la revisión basada en el tipo de servicio de atención médica. Molina y la IRO reciben automáticamente una notificación de la asignación.

Revisión y decisión de la IRO: La IRO debe enviar, una vez recibida, cualquier información adicional que reciba del Miembro a Molina. En cualquier momento, Molina puede reconsiderar su Determinación adversa de beneficios y proporcionar cobertura para el servicio de atención médica. La reconsideración no retrasará ni terminará la revisión externa. Si Molina revierte la Determinación adversa de beneficios, Molina lo notificará a los Miembros, a la IRO asignada y al Departamento de Seguros de Ohio en el plazo de 1 día a partir de la decisión. Al recibir la notificación de revocación por parte de Molina, la IRO terminará la revisión.

Además de todos los documentos e información considerados por Molina al hacer la Determinación adversa de beneficios, la IRO debe considerar cosas tales como: los expedientes médicos de los Miembros, la recomendación del profesional de la salud que los atiende, los informes de consulta de los profesionales de la salud apropiados, los términos de este Acuerdo y las guías de práctica más apropiadas.

La IRO proporcionará un aviso por escrito de su decisión dentro de los 30 días siguientes a la recepción por parte de Molina de una solicitud de revisión estándar o dentro de las 72 horas siguientes a la recepción por parte de Molina de una solicitud de revisión acelerada. Este aviso será enviado a los Miembros, a Molina y al Departamento de Seguros de Ohio y debe incluir la siguiente información:

- Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa
- La fecha en que la organización de revisión independiente fue asignada por el Departamento de Seguros de Ohio para llevar a cabo la revisión externa
- Las fechas en las que se llevó a cabo la revisión externa
- La fecha en la que se tomó la decisión de la organización independiente encargada del examen
- La lógica de su decisión
- Referencias a la evidencia o documentación, incluida cualquier norma basada en la evidencia, que fue utilizada o considerada para llegar a su decisión

Naturaleza vinculante de la decisión de revisión externa: Una decisión de revisión externa es vinculante para Molina, excepto en la medida en que Molina tenga otros recursos disponibles conforme a la ley estatal. La decisión también es vinculante para los Miembros, excepto en la medida en que los Miembros dispongan de otros recursos

en virtud de la legislación estatal o federal aplicable. Los Miembros no podrán presentar una solicitud posterior de revisión externa que implique la misma Determinación adversa de beneficios que se revisó anteriormente, a menos que se presenten nuevas pruebas médicas o científicas a Molina. Si los Miembros tienen preguntas sobre los derechos de los Miembros o necesitan asistencia, pueden ponerse en contacto con la dirección de Asuntos del Consumidor del Departamento de Seguros de Ohio que se proporciona en esta sección.

Departamento de Revisión Externa de Seguros de Ohio: Los Miembros pueden solicitar una revisión externa de una Determinación adversa final de beneficios por parte del Departamento de Seguros de Ohio si creen que un servicio de atención médica ha sido negado, modificado o retrasado de manera inapropiada, con el argumento de que el servicio de atención médica no está cubierto por este Acuerdo o se le niega una revisión externa de una Determinación adversa de beneficios o una Determinación adversa final de beneficios. Los Miembros pueden ponerse en contacto con Molina para solicitar una revisión externa.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN
[notice to be inserted here]

Your Extended Family.

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros sin discriminar por cuestiones de raza, color, 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 | (الهاتف النصي: 711). تتوفر أيضا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات بطريقة برايل والطباعة الكبيرة. هذه الخدمات مجانية

ՈՒՇԵՂԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե ձեր լեզվով օգնություն կարիք ունեք, զանգահարեք Member Services: Համարը գտնվում է Ձեր Member ID քարտի ետևի մասում: (TTY: 711): Անկա են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ եւ ծառայություններ, ինչպես բրեյլի եւ մեծ տպարանակի փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները անվճար են: (Armenio)

ការយកចិត្តទុកដាក់: ជំនួយនិងសេវាសម្រាប់ជនមានការរួចជាងការក្តៅស្រាប់តែស្រីនិងស្រីមានជម្ងឺ, ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការហៅកាតាលាសម្រាប់សេវាសម្រាប់ជនមានជម្ងឺនិងនាវាសម្រាប់អ្នកមានជម្ងឺ, (TTY: ៧១១), សេវាសម្រាប់និយោជិតកម្ពុជា, (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. این خدمات رایگان هستند. (TTY: 711) (Farsi)

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 ntaub ntauw 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)

ຂໍ້ຄວນລະອັງ: Aids ແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ດັ່ງນັ້ນກັບເອກະສານໃນ braille ແລະການພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ຍັງມີ. ຖ້າ ທ່ານ ຕ້ອງ ການ ຄວາມ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ໃນ ພາ ສາ ຂອງ ທ່ານ call Member Services ທີ່ ຕັ້ງ ຢູ່ ທາງ ຫວັງ ຂອງ ບັດ 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)। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ। (Panyabí)

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

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

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

ความสนใจ: 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)