

2016

Contrato y evidencia de cobertura individual
de Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.

Molina Marketplace – Plan de categoría Plata 150 Wisconsin

2400 South 102nd Street, West Allis, WI 53227

MolinaHealthcare.com/Marketplace



MOLINA HEALTHCARE OF WISCONSIN, INC. GUÍA DE BENEFICIOS Y COBERTURA

LA SIGUIENTE TABLA TIENE COMO FIN AYUDARLO A DETERMINAR LA COBERTURA DE BENEFICIOS. ES SOLO UN RESUMEN. MOLINA HEALTHCARE OF WISCONSIN, INC. EL CONTRATO Y EVIDENCIA DE COBERTURA INDIVIDUAL DE MOLINA HEALTHCARE OF FLORIDA, INC. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS, Y LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE LA COBERTURA.

AVISO: ESTA EOC NO INCLUYE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS, COMO LO EXIGE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. LA COBERTURA ESTÁ DISPONIBLE EN EL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS. LA PUEDE ADQUIRIR COMO UN PRODUCTO INDEPENDIENTE. PÓNGASE EN CONTACTO CON SU COMPAÑÍA DE SEGUROS, AGENTE O EL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS FACILITADO A NIVEL FEDERAL SI DESEA ADQUIRIR LA COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA O UN PRODUCTO DE SERVICIOS DENTALES INDEPENDIENTE.

A excepción de los servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente fuera del área, debe recibir los servicios cubiertos por parte de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no estarán cubiertos. Será 100 % responsable del pago al proveedor no participante, y los pagos no aplicarán para su deducible o el máximo anual de gastos de su bolsillo.

Tipo de deducible		Con los proveedores participantes, usted paga
Deducible médico		
(Se aplica únicamente a los servicios de atención médica en hospital/centro para pacientes ambulatorios y servicios en hospital/centro para pacientes internados)		
Individual		\$450
Familia completa de 2 o más integrantes		\$900
Otros deducibles		
Deducible del medicamento recetado		
(Se aplica a la Categoría 3 Medicamento de marca no preferida del formulario y Categoría 4 Medicamento especializado)		
Los máximos de costos compartidos se aplican a quimioterapia oral)		
Individual		\$0
Familia completa de 2 o más integrantes		\$0
Máximo anual de gastos de su bolsillo*		Con los proveedores participantes, usted paga
Individuo		\$2,250
Familia completa de 2 o más integrantes		\$4,500

* Los servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente médicamente necesarios prestados por proveedores no participantes aplicarán para su máximo de gastos de su bolsillo anual.

Servicios de atención médica urgente y de emergenci		Usted paga
Servicios de emergencia†	\$150	Copago por consulta
Servicios de atención médica urgente	\$30	Copago por consulta

† Tenga en cuenta lo siguiente: Usted puede ser responsable de los cargos del proveedor que excedan la cantidad autorizada cubierta por este beneficio para servicios de emergencia y de atención médica urgente prestados por un proveedor no participante.

‡ Este costo no se aplica si es internado directamente en el hospital para servicios de paciente internado. Consulte “Servicios hospitalarios para pacientes internados” a continuación para obtener más información sobre costos compartidos.

Servicios profesionales para pacientes ambulatorios* Con los proveedores participantes, usted paga		
Visitas al consultorio		
Atención médica preventiva (Incluye examen prenatal y exámenes posparto)	Sin cargo	
Atención médica primaria (PCP)	\$10	Copago por consulta
Cuidado especializado	\$30	Copago por consulta
Atención con otros proveedores médicos	\$10	Copago por consulta
Servicios de habilitación	20 %	Coseguro
Servicios de rehabilitación	20 %	Coseguro
Servicios de tratamiento de manipulación	20 %	Coseguro
Servicios del trastorno del espectro de autismo	\$10	Copago por consulta
Servicios para la salud mental	\$10	Copago por consulta
Servicios contra el abuso de sustancias	\$10	Copago por consulta
Servicios dentales relacionados con lesiones accidentales	20 %	Coseguro
Planificación familiar	Sin cargo	
Servicios para la vista pediátricos (únicamente para miembros menores de 19 años)		
Examen de la vista (Revisión y examen, limitado a 1 examen cada año calendario)	Sin cargo	
Anteojos con receta médica		
Monturas	<ul style="list-style-type: none">• Limitado a un par de marcos cada 12 meses• Limitado a una selección de monturas cubiertas.	Sin cargo
Lentes	<ul style="list-style-type: none">• Limitado a un par de lentes recetados cada 12 meses• Visión singular, bifocales lineales, trifocales lineales, lentes lenticulares, lentes de policarbonato• Todos los lentes incluyen recubrimiento resistente a rayones y protección contra rayos ultravioleta	Sin cargo
Lentes de contacto con receta médica En lugar de anteojos con receta médica, limitado a 1 par de lentes de contacto estándar cada año natural. Los lentes de contacto médicamente necesarios para afecciones médicas específicas requieren de una autorización previa.		Sin cargo
Dispositivos ópticos y servicios para la visión disminuida (sujeto a limitaciones) Se aplica la autorización previa).		Sin cargo

*Atención médica general proporcionada por un proveedor participante

Servicios de atención médica ambulatoria en un hospital/centro clínico		Con los proveedores participantes, usted paga
Cirugía ambulatoria		
Profesional	20 %	Coseguro después del deducible
Centro	20 %	Coseguro después del deducible
Servicios de exploración especializada (por ejemplo, IRM, TC y TEP)	20 %	Coseguro después del deducible
Servicios de radiología (por ejemplo, radiografías)	\$30	Copago
Pruebas de laboratorio	\$10	Copago
Salud mental (Programas de tratamiento Intensivo para pacientes ambulatorios psiquiátricos)	20 %	Coseguro después del deducible
Servicios hospitalarios para pacientes internados		Con los proveedores participantes, usted paga
Médico/quirúrgico		
Profesional	20 %	Coseguro después del deducible
Centro	20 %	Coseguro después del deducible
Atención de maternidad (Servicios profesionales y en centros)	20 %	Coseguro después del deducible
Salud mental (Hospitalización psiquiátrica de pacientes internados)	20 %	Coseguro después del deducible
Abuso de sustancias		
Desintoxicación para pacientes internados	20 %	Coseguro después del deducible
Servicios de recuperación residencial de transición	20 %	Coseguro después del deducible
Centro de enfermería especializada (Limitado a 30 días por año natural)	20 %	Coseguro después del deducible
Cuidados paliativos	Sin cargo	

Cobertura de medicamentos recetados*	Con los proveedores participantes, usted paga	
Categoría 1 Medicamentos genéricos del formulario	\$5	Copago
Categoría 2 Medicamentos de marca preferida del formulario	\$30	Copago
Categoría 3 Medicamentos de marca no preferida del formulario	20 %	Coseguro
Categoría 4 Medicamentos especializados (orales e inyectables) del formulario (Costo compartido máximo de \$ 100 por un suministro de 30 días de medicamentos orales para quimioterapia).	20 %	Coseguro
Categoría 5 Medicamentos preventivos del formulario	Sin cargo	
Medicamentos recetados de pedido por correo (Aplica solo a las categorías de fármacos 1, 2, 3 y 5).	Se ofrece un suministro de 90 días dos veces el costo compartido de la receta médica.	

*Para obtener más detalles, consulte la sección del EOC denominada “Cobertura de medicamentos recetados”.

Servicios auxiliares	Con los proveedores participantes, usted paga	
Equipo médico duradero	20 %	Coseguro
Atención médica domiciliaria (Limitado a 60 consultas por año natural)	Sin cargo	
Transporte médico de emergencia (Ambulancia) (Los servicios de emergencia médicamente necesarios están cubiertos para proveedores participantes y no participantes).	\$150	Copago por viaje
Audífonos (Limitado a 1 audífono por oído cada 3 años)	20 %	Coseguro
Otros servicios	Con los proveedores participantes, usted paga	
Servicios de diálisis	\$30	Copago

ÍNDICE

GUÍA DE BENEFICIOS Y COBERTURA	2
BIENVENIDO	8
INTRODUCCIÓN	9
Gracias por elegir a Molina Healthcare como su plan de salud.	9
Molina está aquí para servirle.	9
SU PRIVACIDAD	10
NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD	11
DEFINICIONES	16
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	21
¿Cuándo comienza mi membresía con Molina?	21
¿Quién es elegible?	22
Dependientes.....	22
Límite de edad para los niños (niños discapacitados)	22
Agregar dependientes nuevos	23
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO	26
¿Cómo sé si soy miembro de Molina Healthcare?	26
¿Qué es lo primero que debo hacer?	26
ACCESO A LA ATENCIÓN	27
¿Cómo puedo obtener servicios médicos a través de Molina?.....	27
¿Qué es un proveedor de atención primaria (PCP)?	29
Cómo elegir a su médico (elección del médico y los proveedores)	30
Cómo cambiar de médico.....	31
Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día	33
¿Qué es una autorización previa?.....	33
Segundas opiniones.....	36
Servicios De Emergencia Y Servicios De Atención Médica Urgente	37
Administración de Casos Complejos	39
Embarazo	39
ACCESO A LA ATENCIÓN PARA LOS MIEMBROS CON DISCAPACIDADES	39
BENEFICIOS Y COBERTURA	41
Costos Compartidos (Dinero Que Tendrá Que Pagar Para Obtener Los Servicios Cubiertos).....	41
<i>Máximo anual de gastos de su bolsillo</i>	41
<i>Deducible</i>	42
Normas generales aplicables a costos compartidos.....	43
Recibir una factura	43
¿qué cubre mi plan?	44
<i>Servicios profesionales para pacientes ambulatorios</i>	45
<i>Servicios y atención médica preventiva</i>	45
<i>Los servicios médicos preventivos y la ley de cuidado de salud a bajo precio</i>	45
<i>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</i>	49

<i>Servicios del trastorno del espectro de autismo</i>	50
<i>Servicios para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</i>	57
<i>Servicios dentales y de ortodoncia</i>	58
<i>Servicios para la vista pediátricos</i>	60
<i>Servicios de atención médica ambulatoria en hospital/centro</i>	62
<i>Servicios hospitalarios para pacientes internados</i>	63
<i>Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados por salud mental</i>	64
<i>Cuidados paliativos</i>	66
<i>Ensayos clínicos aprobados</i>	66
<i>Cirugía reconstructiva</i>	68
<i>Cobertura de medicamentos recetados</i>	69
<i>Equipo médico duradero</i>	75
<i>Atención médica domiciliaria</i>	76
Exclusiones	79
Responsabilidad de un tercero	85
Renovación y finalización	85
¿Cuándo termina mi membresía en Molina? (finalización de los beneficios y la cobertura)	86
Pagos de primas y finalización por falta de pago	88
Sus derechos y responsabilidades	91
¿Qué ocurre si he pagado un recibo médico o una receta médica? (disposiciones sobre reembolsos)	94
¿Cómo paga Molina Healthcare mi atención de salud?	95
Directivas anticipadas	95
¿Habla otro idioma que no sea inglés?.....	95
Coordinación de beneficios	96
Quejas.....	101
Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas	103
Arbitraje vinculante.....	109
OTRAS	112
Disposiciones varias.....	112
Administración de salud y programas de administración de salud nivel 1	113
Su guía de referencia rápida de atención médica	116

El presente Contrato y evidencia de cobertura individual de Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. (también llamado el “**EOC**” o “**Contrato**”) se emite a través de Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”), para el suscriptor o el miembro cuyas tarjetas de identificación se proporcionan con este Contrato. En consideración de las declaraciones realizadas en cualquier solicitud requerida y pago oportuno de las primas, Molina Healthcare acuerda proporcionar los Beneficios y la Cobertura, según se describe en este Acuerdo.

Este contrato, las enmiendas a este acuerdo y a cualquier solicitud que se envíen a Molina Healthcare o al Mercado de Seguros Médicos para obtener la cobertura de este contrato, incluyendo la hoja de tarifas aplicables para este plan, se incorporan en este contrato por referencia y constituyen el contrato legalmente vinculante entre Molina Healthcare y el suscriptor.

BIENVENIDO

¡Bienvenido a Molina Healthcare!

En Molina, lo ayudaremos a satisfacer sus necesidades médicas.

Si es un miembro de Molina, esta EOC le indica los servicios que puede obtener.

Molina Healthcare es una organización autorizada de Wisconsin para el mantenimiento de la salud.

Podemos ayudarle a que comprenda este Contrato. Si tiene alguna pregunta acerca de cualquier disposición del presente Contrato, llámenos. Puede llamarnos si quiere saber más sobre Molina. Puede obtener dicha información en otro idioma, en letra de molde más grande, audio o en sistema Braille. También puede llamarnos o escribirnos a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.
Customer Support Center
2400 South 102nd Street
West Allis, WI 53227
1 (888) 560-2043
www.molinahealthcare.com/marketplace

Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

INTRODUCCIÓN

Gracias por elegir a Molina Healthcare como su plan de salud.

Este documento es su “Contrato y evidencia de cobertura individual de Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.” (Su “Contrato” o “EOC”). Esta EOC le informa cómo puede obtener servicios a través de Molina. Establece los términos y las condiciones de cobertura conforme a este Contrato. Le indica sus derechos y responsabilidades como miembro de Molina. Le explica cómo ponerse en contacto con Molina. Léala de manera detenida y en su totalidad. Consérvela en un lugar seguro y de fácil acceso. Hay secciones para necesidades especiales de atención médica.

Molina está aquí para servirle.

Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Molina. Nuestro personal lo ayudará con gusto. Podemos asistirlo con lo siguiente:

- Organizar los servicios de un intérprete
- Verificar el estado de una autorización.
- Elegir un proveedor de atención primaria (PCP).
- Hacer un pago.
- Concertar una cita.

También podemos escucharlo y responder sus preguntas o quejas sobre su producto de Molina.

Llámenos al número de teléfono gratuito **1 (888) 560-2043** entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m., hora del Pacífico. Estamos disponibles de lunes a viernes. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Llámenos si se muda del domicilio que tenía al inscribirse en Molina o si cambia los números de teléfono.

Acuerdo de derecho al regreso

Por favor, lea con cuidado este Contrato. Si no está satisfecho con su Contrato, puede regresarlo dentro de los 10 días de recibirlo. Si lo regresa dentro del periodo de 10 días, tomaremos este Contrato como si nunca hubiera sido emitido. Le devolveremos todos sus pagos de prima. Si regresa este Contrato bajo esta disposición, será responsable del pago de cualquier servicio de atención médica que usted o su dependiente haya recibido antes de regresar el acuerdo.

Renovación

Esta EOC permanece sin efecto como opción del suscriptor, excepto como se provee en la sección de "Renovación y finalización" de esta EOC.

SU PRIVACIDAD

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Molina utiliza y comparte su información para proporcionarle beneficios de salud. Molina quiere informarle cómo se utiliza o comparte su información.

Su información médica protegida (PHI)

PHI significa *información médica protegida*. PHI es la información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores que Molina Healthcare utiliza o comparte.

¿Por qué Molina Healthcare utiliza o comparte la PHI de nuestros miembros?

- Para proveerle tratamiento
- Para pagar por su atención médica.
- Supervisar la calidad de la atención que recibe
- Informarle sus opciones de atención
- Administrar nuestro plan de salud
- Para utilizar o compartir la PHI con otros fines, según lo exige o permite la ley.

¿Cuándo necesita Molina su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI?

Molina necesita su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI para cualquier propósito no enumerado anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Ver su PHI.
- Obtener una copia de su PHI.
- Enmendar su PHI.
- Solicitarnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras.
- Obtener una lista de ciertas personas o instituciones a las que les hemos dado su PHI.

¿Cómo protege Molina Healthcare su PHI?

Molina utiliza muchas formas de proteger su PHI. Esto incluye los PHI escritos u orales. Incluye los PHI en un equipo. A continuación, figuran algunas maneras en las que Molina protege la PHI:

- Tenemos políticas y reglas para proteger su PHI.
- Limitamos las personas que pueden ver la PHI. Solo el personal que requiera conocer la PHI puede usarla.
- Nuestro personal está capacitado sobre cómo proteger y resguardar la PHI.
- Nuestro personal debe acordar por escrito al cumplimiento de las reglas y políticas que protegen y resguardan la PHI
- Resguardamos la PHI en nuestras computadoras. Se mantiene la privacidad de la PHI almacenada en nuestras computadoras con cortafuegos y contraseñas.

Lo que antecede es solo un resumen. Nuestra notificación de prácticas privadas tiene más información sobre cómo usamos y compartimos el PHI de nuestros miembros. Nuestro aviso se encuentra en la siguiente sección de este EOC. Está en nuestra página web www.molinahealthcare.com. También puede obtener una copia de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad. Llame a nuestro Centro de Apoyo al Cliente al 1 (888) 560-2043. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el 7-1-1 para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD MOLINA HEALTHCARE OF WISCONSIN, INC.

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE USARSE Y DIVULGARSE. LE INFORMA CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALA ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”) utiliza y comparte información médica protegida sobre usted para proporcionarle beneficios médicos. Utilizamos y compartimos su información para efectuar tratamientos. La utilizamos para las operaciones de atención médica y paga. Además, usamos y compartimos su información por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos la obligación de mantener privada su información médica y respetar las condiciones de esta Notificación. La fecha de vigencia de esta notificación es el 1.º de enero de 2014.

PHI es la sigla en inglés que significa información médica protegida. PHI significa la información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores que Molina utiliza o comparte.

¿Por qué Molina Healthcare utiliza o comparte su PHI?

Utilizamos o compartimos su PHI para proporcionarle los beneficios de atención médica. Su PHI se utiliza o se comparte para efectuar tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

Para tratamientos

Molina Healthcare puede utilizar o compartir su PHI para proporcionar o coordinar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto le ayuda al especialista a analizar su tratamiento con su médico.

Para el pago

Molina Healthcare puede utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir reclamos, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Su nombre, afección, tratamiento y los suministros utilizados pueden aparecer en la factura. Por ejemplo, podríamos informar a un médico que usted contaba con nuestros beneficios. Además, le informaríamos al médico la suma de la factura que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica

Molina puede utilizar o compartir su PHI para administrar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos utilizar información de sus reclamos para informarle acerca de programas que podrían ayudarle. Podemos utilizar o compartir su PHI para resolver una preocupación de un miembro. Su PHI se puede utilizar para asegurar que se paguen correctamente los reclamos.

Las operaciones de atención médica pueden incluir:

- Mejoramiento de calidad
- Medidas en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como el asma)

- Realizar o coordinar revisiones médicas
- Servicios legales
- Programas de detección de fraude y abuso
- Acciones que nos permiten cumplir con la ley
- Abordar las necesidades de un miembro
- Resolver quejas y reclamos.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**socios comerciales**”) que realicen diferentes actividades para nuestro plan de salud. También podemos utilizar su PHI para recordarle sus citas. Podemos utilizar su PHI para proporcionarle información sobre tratamientos adicionales u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

¿Cuándo puede Molina utilizar o compartir su PHI sin obtener autorización (aprobación) por escrito?

La ley le permite o exige a Molina utilizar y compartir su PHI con varias otras razones, como las siguientes:

Exigidos por la ley

Utilizaremos o compartiremos su información, según lo exija la ley. Compartiremos su PHI cuando la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos lo exija. Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud Pública

Su PHI se puede utilizar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de la atención médica

Su PHI puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Pueden necesitar su PHI para realizar auditorías.

Estudios de investigación

En ciertos casos, se puede utilizar o compartir su PHI para llevar a cabo investigación.

Cumplimiento de la ley

Su PHI se puede utilizar o compartir con la policía para ayudar a encontrar a un sospechoso, testigo o persona desaparecida.

Salud y seguridad

Se puede compartir su PHI para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Se puede compartir su PHI con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del Presidente.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o negligencia.

Indemnización al trabajador

Su PHI se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de Indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines

Se puede compartir su PHI con directores de funerarias o médicos forenses para ayudarlos a cumplir con su trabajo.

¿Cuándo necesita Molina su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI?

Molina necesita su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI por cualquier razón distinta de aquellas enumeradas en este aviso. Molina necesita su autorización antes de divulgar su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones con fines comerciales; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de la PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya otorgado. Su cancelación no se aplicará a las acciones ya tomadas por nosotros.

¿Cuáles son sus derechos a la información de salud?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones sobre compartir su PHI**

Puede pedirnos que no compartamos su PHI para efectuar tratamiento, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede solicitar que no compartamos su PHI con familiares u otras personas que usted nombre y que lo ayuden en su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su solicitud.

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

Puede pedirle a Molina Healthcare que le proporcione su PHI de una manera determinada o en cierto lugar para ayudar a mantener privada su PHI. Cumpliremos con solicitudes razonables, si nos informa cómo podría poner en riesgo su vida la divulgación de toda o parte de su PHI. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina Healthcare para presentar su solicitud.

- **Revisar y copiar su PHI**

Tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI. Esto puede incluir los registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, reclamos u otras decisiones como miembro de Molina. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su solicitud. Podemos cobrarle un honorario razonable por la copia y el envío de estos registros. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto solo incluye aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su solicitud. Puede presentarnos una carta de desacuerdo si denegamos su solicitud.

- **Recibir un informe sobre cómo compartimos su PHI**

Usted puede pedirnos que le demos una lista de terceros con los que compartimos su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida según lo siguiente:

- la destinada a tratamientos, pagos o funciones de atención médica;
- la destinada a personas respecto de su propia PHI;
- la que se comparte con su autorización;
- la relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable;
- la divulgada en interés de la seguridad nacional o con fines de inteligencia, o
- como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si la solicita más de una vez en un período de 12 meses. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su solicitud.

Puede realizar cualquiera de las peticiones mencionadas anteriormente. Puede obtener una copia impresa de esta notificación. Llame a nuestro Centro de Apoyo al Cliente al **1 (888) 560-2043**. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?

Puede quejarse ante Molina y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que se violaron sus derechos de privacidad. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Su cuidado de salud y sus beneficios no cambiarán de ninguna manera.

Puede presentar su reclamo en:

**Customer Support Center
2400 South 102nd Street
West Allis, WI 53227
1 (888) 560-2043
TTY 7-1-1
Fax: 1 (414) 847-1778**

Usted puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en:

**Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
1 (800) 368-1019; 1 (800) 537-7697 (TDD)
Fax: 1 (312) 886-1807**

¿Cuáles son las obligaciones de Molina Healthcare?

Molina tiene la obligación de:

- Mantener su PHI en forma privada.
- Proporcionar información por escrito, tal como el presente aviso sobre nuestras obligaciones y normas de privacidad en relación con su PHI.
- Darle una notificación en el supuesto de que se produzca alguna violación en la seguridad de su PHI no protegida.
- No utilizar ni divulgar su información genética para el proceso de suscripción.
- Cumplir con las condiciones de este aviso.

Este aviso está sujeto a modificaciones

Molina se reserva el derecho a cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de esta notificación. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, Molina publicará el aviso revisado en nuestra página web y enviará el aviso revisado, o bien enviará información acerca del cambio importante y de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por Molina.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la siguiente oficina:

**Customer Support Center
2400 South 102nd Street
West Allis, WI 53227
1 (888) 560-2043
TTY 7-1-1**

DEFINICIONES

Algunas de las palabras que se usan en esta Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) no presentan su significado habitual. Los planes de salud usan estas palabras de una manera especial. Cuando usamos una palabra con un significado especial en solo una sección de esta EOC, allí explicaremos lo que significa. Las palabras con un significado especial utilizadas en cualquier sección de esta EOC se explican en esta sección de “Definiciones” y están escritas en mayúsculas a lo largo de este certificado.

“**Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio**” significa la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010, modificada por la Ley de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010, junto con las normas federales de aplicación de esta ley y la guía de normativa vinculante emitida por reguladores federales.

“Máximo de gastos de su bolsillo anual”

- **Para individuos:** es la suma máxima de costos compartidos que, como miembro individual, tendrá que pagar por los servicios cubiertos en un año natural. Los costos compartidos y las sumas del máximo de gastos de su bolsillo anual individual correspondientes a su EOC se especifican en la Guía de beneficios y cobertura. En esta EOC, los costos compartidos incluyen el pago que haga de cualquier deducible, copago o coseguro. Una vez que sus costos compartidos totales durante un año natural alcancen la suma del máximo anual de gastos de su bolsillo por persona, pagaremos el 100 % de los cargos por los servicios cubiertos durante el resto del año natural. Las sumas que paga por los servicios no cubiertos conforme a esta EOC no se tomarán en cuenta para el máximo anual de gastos de su bolsillo por persona.
- **Para familia (2 o más miembros):** es la suma máxima de costos compartidos que una familia de dos o más miembros tendrá que pagar por los servicios cubiertos en un año natural. Los costos compartidos y las sumas del máximo de gastos de su bolsillo anual familiar correspondientes a su EOC se especifican en la Guía de beneficios y cobertura. En esta EOC, los costos compartidos incluyen los pagos que usted u otros familiares afiliados como miembros conforme a esta EOC efectúan por deducibles, copagos o coseguros. Una vez que el total de costos compartidos realizado por dos o más integrantes de una familia afiliados como miembros bajo esta EOC alcanza la suma del máximo de gastos de su bolsillo anual especificado, pagaremos el 100 % de los cargos por los servicios cubiertos para todos los familiares afiliados durante el resto del año natural. Las sumas que usted u otros familiares afiliados como miembros bajo esta EOC pagan por los servicios que no están cubiertos bajo esta EOC no se tendrán en cuenta para el máximo de gastos de su bolsillo anual familiar.

"Beneficios y cobertura" (también conocidos como **"servicios cubiertos"**) hacen referencia a los servicios de atención médica a su disposición conforme a los términos de este Contrato.

“**Cobertura solo para niños**” significa la cobertura conforme a este Contrato para proporcionar cobertura de beneficios solo a un niño que, a la fecha de comienzo del año del plan, no ha alcanzado la edad de 21 años, y cumple todos los demás requisitos de elegibilidad para la cobertura conforme a este producto.

“**Coseguro**” es un porcentaje de los cargos por servicios cubiertos que debe pagar cuando recibe dichos servicios cubiertos. La suma del coseguro se calcula como un porcentaje de las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el proveedor participante. Los coseguros se describen en la Guía de beneficios y cobertura. Algunos de los servicios cubiertos no tienen coseguro y pueden estar sujetos a un copago o deducible.

“**Copago**” es una suma específica en dólares que debe pagar cuando recibe los servicios cubiertos.

Los copagos se describen en la Guía de beneficios y cobertura. Algunos de los servicios cubiertos no tienen un copago y pueden estar sujetos a un deducible o coseguro.

“**Costos compartidos**” es el deducible, copago o coseguro que debe pagar por los servicios cubiertos en virtud de este Contrato. La suma de costo compartido que deberá pagar para cada tipo de servicio cubierto está descrita en la Guía de beneficios y cobertura y al inicio de esta EOC.

“**Deducible**” es la suma que debe pagar en un año natural por los servicios cubiertos que recibe antes de que Molina Healthcare cubra dichos servicios en el correspondiente copago o coseguro. La suma que usted paga por su deducible se basa en las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el proveedor participante. Los deducibles se describen en la Guía de beneficios y cobertura al principio de esta EOC.

Consulte la Guía de beneficios y cobertura para saber qué servicios cubiertos están sujetos al deducible y la suma del deducible. Su producto podría tener sumas de deducibles separadas por los servicios cubiertos especificados. Si este es el caso, las sumas pagadas para cubrir un tipo de deducible no pueden usarse para cumplir con otro tipo de deducible.

Cuando Molina Healthcare cubre servicios “sin costo” sujeto al deducible y no haya alcanzado la suma de su deducible, usted deberá pagar los cargos por los servicios. Sin embargo, para los servicios médicos preventivos cubiertos por el presente Contrato se incluyen en los Beneficios de salud esenciales, usted no pagará deducible ni otros costos compartidos por dichos servicios.

Puede haber un deducible que se incluye para un miembro individual y un deducible para toda la familia. Si usted es un miembro en una familia de dos o más miembros, alcanzará el deducible:

- O bien, cuando alcance el deducible para el miembro individual.
- O bien, cuando su familia cumple el deducible para la familia.

Por ejemplo, si alcanza el deducible para el miembro individual, usted pagará el correspondiente copago o coseguro por los servicios cubiertos durante el resto del año natural, pero todos los otros miembros de su familia deben continuar pagando para cubrir el deducible hasta que su familia reúna el deducible de la familia.

“**Dependiente**” se refiere a un miembro que cumple con los requisitos de elegibilidad como dependiente, según se describe en la sección “Elegibilidad e inscripción” de esta EOC.

“**Formulario de medicamentos**” es nuestra lista de medicamentos autorizados que los médicos pueden solicitar para usted.

“Equipo médico duradero” es el equipo médico que sirve a un propósito médico repetido y que se diseñó para ese uso. Por lo general, no le servirá en la ausencia de la enfermedad o de la lesión y no incluye los accesorios de instalación, principalmente para su conveniencia o comodidad. Por ejemplo: equipo para oxígeno, monitores de glucosa en sangre, monitores de apnea, máquinas nebulizadoras, bombas de insulina, sillas de ruedas y muletas.

“Emergencia” o **“condición médica de emergencia”** implica la aparición aguda de una afección médica o psiquiátrica con síntomas agudos de gravedad tal (incluido dolor agudo) que una persona común y prudente que posee un conocimiento promedio de medicina y salud podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata pudiera generar lo siguiente: 1) Comprometer la salud de un miembro seriamente, 2) discapacidad seria de funciones corporales, o 3) disfunción seria de un órgano o parte del cuerpo.

Los **“servicios de emergencia”** son los servicios de atención médica necesarios para evaluar, estabilizar o tratar una condición médica de emergencia.

“Beneficios de salud esenciales” o **“EHB”** (por sus siglas en inglés) se refiere a un conjunto estandarizado de beneficios de salud esenciales que Molina Healthcare tiene como obligación ofrecerle a usted o a sus dependientes, según lo definido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los beneficios de salud esenciales cubren, por lo menos, las siguientes 10 categorías de beneficios:

- Atención ambulatoria del paciente
- Servicios de emergencia
- Hospitalización
- Atención de maternidad y del recién nacido
- Servicios de salud mental y por abuso de sustancias, incluido el tratamiento de la salud conductual.
- Medicamentos recetados
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y de recuperación de habilidades.
- Servicios de laboratorio
- Servicios médicos preventivos y de bienestar, y control de enfermedades crónicas.
- Servicios pediátricos, incluidos la atención dental* y el cuidado para la vista para Miembros menores de 19 años.

*Los servicios dentales pediátricos no están cubiertos de conformidad con esta EOC. Estos servicios dentales se pueden adquirir por separado por medio de un producto dental independiente certificado por el Mercado de Seguros Médicos.

“Experimental o en investigación” significa cualquier servicio médico, incluidos los procedimientos, medicamentos, centros y dispositivos que no han demostrado ser seguros ni efectivos en comparación con los servicios médicos convencionales, según la determinación de Molina Healthcare.

Los **“Servicios de recuperación de habilidades”** son servicios y dispositivos de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida diaria. Los ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina ni habla en la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de instalaciones para pacientes internados o ambulatorios.

“Mercado de Seguros Médicos” se refiere a una agencia gubernamental o entidad sin fines de lucro que cumple con los estándares aplicables de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y ayuda a los residentes del estado de Wisconsin a adquirir la cobertura del plan de salud calificado de las compañías de seguros o planes de salud, como Molina Healthcare. El Mercado de Seguros Médicos puede funcionar como un mercado de base estatal, un mercado facilitado por el gobierno federal o un mercado de la asociación. A los fines de este Contrato, el término se refiere al Mercado de Seguros Médicos que opera en el estado de Wisconsin, independientemente de cómo esté organizado y dirigido.

“Médicamente necesario” o **“Necesidad médica”** hace referencia a los servicios de atención médica que un médico, haciendo ejercicio prudente del juicio clínico, proporcionaría a un paciente. Esto tiene el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o sus síntomas. Molina debe considerar que dichos servicios presenten las siguientes características:

- Cumplen con las normas generalmente aceptadas de práctica médica.
- Son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, grado, sitio y duración. Se consideran efectivos para el padecimiento, lesión o enfermedad del paciente.
- No son principalmente utilizados para la comodidad del paciente, médico u otro proveedor de atención médica. Los servicios no deben ser más costosos que un servicio alternativo o secuencia de servicios. De igual manera es posible que puedan producir probablemente resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes conforme al diagnóstico o tratamiento del padecimiento, lesión o enfermedad de dicho paciente.

Con este fin, “estándares de práctica médica generalmente aceptados” significa aquellos estándares basados en evidencia científica creíble, publicados en la bibliografía médica revisada por pares y generalmente reconocida por la comunidad médica relevante, recomendaciones de la sociedad de la especialidad del médico, las opiniones de médicos que ejercen en áreas clínicas relevantes y cualquier otro factor relevante.

“Miembro” significa una persona que es elegible y que está inscrita conforme al presente Contrato, y para quien hemos recibido las primas correspondientes. Este término incluye un dependiente y un suscriptor, a menos que el suscriptor no solicite cobertura en su propio nombre, pero sea un adulto responsable (padre o tutor legal) quien solicita la cobertura solo para niños bajo este Contrato en nombre de un niño menor que, al comienzo del año del plan, no ha alcanzado la edad de 21 años. En dicho 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 bajo este producto pero no será un miembro. En toda esta EOC, “Usted” y “Su” pueden utilizarse para referirse a un miembro o suscriptor, según lo exija el contexto.

Contrato y evidencia de cobertura individual de Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. (Además el “Contrato” o la “EOC”) significa el documento que tiene información sobre sus beneficios.

“Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. (también “Molina Healthcare” o “Molina” o “nosotros” o “nuestro”) hace referencia a la corporación autorizada en el estado de Wisconsin como una organización para el mantenimiento de la salud que tiene un contrato con el Mercado de Seguros Médicos.

“Proveedor no participante” se refiere a los médicos, hospitales y otros proveedores que no han celebrado contratos para proporcionar servicios cubiertos a los miembros.

“Otro proveedor médico” se refiere a los proveedores participantes que proporcionan servicios cubiertos a los miembros dentro del ámbito de su licencia, pero que no son médicos de atención primaria ni médicos especialistas.

“Servicio fuera del área” significa un servicio prestado fuera del área de servicio y no es un servicio cubierto excepto si se indica lo contrario en este acuerdo.

“Proveedor participante” se refiere a aquellos proveedores, incluidos hospitales y médicos, que han firmado contratos para proporcionar servicios cubiertos a los miembros a través de este producto ofrecido y vendido por medio del Mercado de Seguros Médicos.

“Primas” se refieren a los cargos periódicos de membresía pagados por cada miembro o en nombre de ellos. Las primas son adicionales a los costos compartidos.

“Proveedor de atención primaria” (también llamado **“PCP”**) es el médico que se encarga de sus necesidades de atención médica. Su PCP tiene su historia médica. Su PCP se asegura de que usted obtenga los servicios de atención médica necesarios. Un PCP puede remitirlo a especialistas u otros servicios. Un PCP puede ser uno de los siguientes tipos de médicos:

- Médico de familia o de medicina general que, por lo general, puede atender a toda la familia.
- Médico de medicina interna que, por lo general, solo atiende a adultos y niños mayores de 14 años.
- Pediatra que atiende a niños, desde recién nacidos hasta los 18 o 21 años.
- Obstetras y ginecólogos (obstetra ginecólogo).
- Asociación de médicos independientes (IPA) o un grupo de médicos autorizados que brindan servicios de atención médica primaria.

“Autorización previa” implica una decisión de Molina de autorizar el cuidado especializado u otra atención médicamente necesaria para un Miembro antes de que se presten los servicios. Una autorización previa se denomina “aprobación” o “autorización”.

“Área de servicio” es el área geográfica en Wisconsin donde Molina Healthcare ha sido autorizado por el Oficina del Comisionado del Seguros de Wisconsin y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para comercializar productos para personas vendidos por medio del Mercado de Seguros Médicos, afiliar a los miembros que obtienen la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos y proporcionar servicios cubiertos por medio de planes de salud aprobados para personas, vendidos a través del Mercado de Seguros Médicos.

“Especialista” hace referencia a un médico con licencia, autorizado o elegible por el Consejo médico quien practica una especialidad y quien es un proveedor participante.

“Cónyuge” se refiere al esposo o la esposa legal del suscriptor. Para propósitos de esta EOC el término "esposo" comprende el esposo del mismo sexo del suscriptor si el suscriptor y el esposo son una pareja y han presentado una declaración de pareja de hecho con el secretario del condado de Wisconsin adecuado y cumplen con todos los requisitos de la ley de Wisconsin (en ocasiones mencionado como "Pareja de hecho" en el presente documento).

“Suscriptor” puede significar una de las siguientes acepciones:

- Una persona que reside en Wisconsin, cumple con los requisitos de elegibilidad de este Contrato, está afiliado y es aceptado por Molina Healthcare como suscriptor y ha mantenido la membresía con Molina Healthcare de acuerdo con los términos de este Contrato. Esto incluye a una persona que no es un menor y que solicita en su propio nombre cobertura solo para niños conforme a este Contrato, o
- Un adulto responsable (padre o tutor legal) quien solicita cobertura solo para niños bajo este Contrato en nombre de un niño menor, que a principio del año del plan no ha alcanzado la edad de 21 años. En dicho 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 bajo este Contrato. En toda esta EOC, “Usted” y “Su” pueden utilizarse para referirse a un miembro o suscriptor, según lo exija el contexto.

“Servicios de atención médica urgente” son los servicios de atención médica necesarios para evitar el deterioro grave de la salud a causa de una lesión o afección médica imprevista.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

¿Cuándo comienza mi membresía con Molina?

Su cobertura comienza en la “fecha de vigencia”. La fecha de vigencia es la fecha en que usted cumple con todos los requisitos de inscripción y de pago anticipado de prima y en que es aceptado por Molina y el Mercado de Seguros Médicos.

Para la cobertura durante el año natural de 2016, el período de inscripción inicial abierta comienza el 1 de noviembre de 2015 y finaliza el 31 de enero de 2016. La fecha de vigencia de su cobertura durante el 2016 dependerá del momento en que hizo la solicitud:

- Si presentó la solicitud el 15 de diciembre de 2015 o antes, la fecha de vigencia de la cobertura es el 1 de enero de 2016.
- Si presentó la solicitud desde el 16 de diciembre de 2015 hasta el 15 de enero de 2016, la fecha de vigencia de su cobertura es el de febrero de 2016.
- Si presentó la solicitud desde el 16 de enero de 2016 hasta el 31 de enero de 2016, la fecha de vigencia de su cobertura es el 1 de marzo de 2016.

Si no se inscribe durante un período de inscripción abierta, es posible que pueda hacerlo durante un período especial de inscripción. Debe ser elegible según los procedimientos de inscripción especial, establecidos por el Mercado de Seguros Médicos o por Molina. En tal caso, el Mercado de Seguros Médicos determinará la Fecha de vigencia de la cobertura. El Mercado de Seguros Médicos y Molina le proporcionarán períodos de inscripción especial mensuales para indígenas de los EE. UU. o nativos de Alaska que sean elegibles.

La fecha de vigencia para la cobertura de nuevos dependientes se describe en la sección titulada "Agregar dependientes nuevos".

¿Quién es elegible?

Para inscribirse y permanecer afiliado, debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad. El Mercado de Seguros Médicos establece los requisitos de elegibilidad. Revise la página web del Mercado de Seguros Médicos (healthcare.gov) para consultar los criterios de elegibilidad. Molina requiere que usted viva en nuestra área de servicio para ser elegible para este producto. Para la cobertura solo para niños, el miembro debe ser menor de 21 años de edad al comienzo del año del plan y, en el caso de un suscriptor que solicita cobertura en nombre de un hijo menor, el suscriptor debe ser un adulto responsable (padre, madre o tutor legal). Si perdió su elegibilidad, no podrá volver a inscribirse. Esto se explica en la sección titulada “¿Cuando finaliza mi membresía de Molina? (finalización de los beneficios y la cobertura).”

Cobertura solo para niños: pueden agregarse hijos adicionales a la cobertura solo para niños siempre que cada hijo sea menor de 21 años de edad al comienzo del año del plan, y si un hijo es menor, que un adulto responsable (padre, madre o tutor legal) solicite la cobertura solo para niños en nombre del hijo menor.

Dependientes: Los suscriptores que se afilien en este producto durante el período de inscripción abierta, establecido por el Mercado de Seguros Médicos, también pueden solicitar afiliar a sus dependientes elegibles. Esto lo establece el Mercado de Seguros Médicos.

Los dependientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad. Los dependientes deben vivir en nuestra área de servicio para ser elegibles bajo este producto. Los siguientes familiares se consideran dependientes bajo este acuerdo que no es una cobertura solo para niños (consulte la sección de "Cobertura solo para niños", anteriormente, para información sobre cómo agregar a otros hijos a la cobertura solo para niños):

- Cónyuge
- Hijos: Los hijos del suscriptor o los hijos de su cónyuge (incluidos hijos legalmente adoptados, niños en adopción temporal e hijastros). Cada hijo es elegible para solicitar la inscripción como persona dependiente hasta la edad de 26 años (la edad límite).
- Nietos: Cuando un niño dependiente del suscriptor tiene hijos (es decir, el nieto del suscriptor), entonces dichos nietos pueden calificar como dependientes del suscriptor. Los nietos son elegibles para la cobertura bajo este producto hasta que el niño dependiente inscrito que es el padre cumpla 18 años.

Límite de edad para los niños (niños discapacitados): Los hijos que llegan a los 26 años de edad son elegibles para continuar inscritos como dependientes para cobertura, excepto en la cobertura solo para niños, si se aplican todas las condiciones a continuación:

- El hijo no es capaz de tener un empleo autosuficiente por motivo de una lesión, enfermedad o afección física o mental que sea incapacitante.
- El hijo depende principalmente del suscriptor para su apoyo y mantenimiento.

Molina enviará al suscriptor un aviso al menos 90 días antes de que el menor afiliado alcance el límite de edad. En ese momento, terminará la cobertura del menor dependiente.

El suscriptor debe entregarle a Molina prueba de la incapacidad y dependencia del niño. Debe realizarlo dentro de los 60 días de haber recibido tal aviso por parte de Molina. Para continuar con la cobertura de un menor incapacitado que sobrepasa el límite de edad, es un procedimiento necesario.

El Suscriptor debe proporcionar la prueba de incapacidad y dependencia sin costo para Molina. Se puede solicitar una prueba de incapacidad anualmente luego de un periodo de dos años inmediatamente seguido de una obtención del límite de edad por el niño.

Un menor discapacitado puede permanecer cubierto por Molina como dependiente. Esto se aplica siempre y cuando continúe la discapacidad. El menor debe cumplir inicialmente y de forma continua con los criterios de elegibilidad antes descritos.

Agregar dependientes nuevos: Para inscribir a un dependiente que se vuelve elegible para su inscripción después de que usted se inscribe como suscriptor (por ejemplo, un nuevo cónyuge, un niño recién nacido o un nuevo niño adoptivo), debe comunicarse con Molina o el Mercado de Seguros Médicos y presentar las solicitudes requeridas, los formularios y la información solicitada para el dependiente.

Las solicitudes de inscripción de un nuevo dependiente deben presentarse a Molina o al Mercado de Seguros Médicos dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que el dependiente se convirtió en elegible para inscribirse en Molina Healthcare.

- **Cónyuge:** Puede agregar un cónyuge siempre y cuando lo solicite durante el período de inscripción abierta. También puede solicitar la inscripción por un período que no supere los 60 días posteriores a cualquiera de los eventos enumerados a continuación.
 - El cónyuge pierde la "cobertura esencial mínima" que tenga a través de lo siguiente:
 - Programas patrocinados por el gobierno.
 - Los planes patrocinados por el empleador (pérdida involuntaria de la cobertura)
 - Planes de mercado individuales.
 - Cualquier otra cobertura designada como "cobertura esencial mínima" según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
 - La fecha de su matrimonio o la fecha en que la declaración de la pareja doméstica se presenta con el registro de escrituras adecuado del condado;
 - El cónyuge, que anteriormente no era ciudadano, persona nacionalizada o persona legalmente presente, adquiere dicho estado.
 - El cónyuge se muda permanentemente al área de servicio.
- **Hijos menores de 26 años:** Puede agregar a un dependiente menor a 26 años que incluye hijastros, excepto en la cobertura solo para niños. Puede presentarse durante el período de inscripción abierta o durante un período no mayor a 60 días después de cualquiera de los eventos que se enumeran a continuación:
 - El hijo pierde la "cobertura esencial mínima" que tenga a través de lo siguiente:
 - Programas patrocinados por el gobierno.
 - Los planes patrocinados por el empleador (pérdida involuntaria de la cobertura)
 - Planes de mercado individuales.
 - Cualquier otra cobertura designada como "cobertura esencial mínima" según se determine en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

- El hijo se convierte en un dependiente por medio del matrimonio, pareja de hecho, nacimiento, adopción, colocación del menor en adopción, colocación del menor bajo custodia, manutención de menores u otra orden judicial.
- El hijo, que anteriormente no era ciudadano, persona nacionalizada o persona legalmente presente, adquiere dicho estado.
- El hijo se muda permanentemente al área de servicio.
- **Hijos adultos que son estudiantes y son llamados a servicio activo:** Su hijo adulto de 26 años o mayor puede ser cubierto, excepto en la cobertura solo para niños. El hijo adulto debe:
 - Asistir a una escuela de educación adulta o universidad técnica, vocacional acreditada
 - Ser un estudiante de tiempo completo que significa que:
 - Debe tomar 12-15 créditos por semestre.
 - Un estudiante de tiempo completo como lo define la institución a la que asiste.

El hijo continuará siendo elegible para la cobertura. Sin importar su edad. El hijo adulto debe cumplir uno de los siguientes criterios de elegibilidad:

- El hijo adulto fue llamado a servicio activo en la Guardia Nacional o en un componente de reservas de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos. Esto sucedió cuando el hijo asistía a una institución de educación superior a tiempo completo.
- El hijo adulto era menor de 27 años cuando fue llamado a servicio activo.

Requerimos una prueba sobre la afiliación inicial y luego, anualmente, de que su hijo adulto cumple con los criterios de elegibilidad.

Una vez que dicho hijo adulto ya no asista a esa escuela como un estudiante de tiempo completo, no podrá ser elegible para la cobertura bajo esta EOC. Sin embargo, si dicho hijo adulto deja de ser un estudiante a tiempo completo debido a una licencia médicamente necesaria; y esta ausencia médicamente necesaria está documentada y certificada por el médico del niño, la cobertura continuará hasta la fecha especificada:

- El niño nos informa que no tiene intenciones de regresar a la escuela a tiempo completo.
- El hijo adulto se convierte en empleado a tiempo completo.
- El hijo adulto obtiene otra cobertura de atención médica.
- El hijo adulto se casa y es elegible para una cobertura bajo la cobertura de atención médica de su esposo.
- Su cobertura es discontinuada o no renovada.
- Ha transcurrido un año desde que el hijo adulto ha dejado de ser un estudiante a tiempo completo y que no tiene intenciones de regresar a la escuela a tiempo completo.

Requerimos una prueba de la afiliación como estudiante de tiempo completo del hijo adulto según las necesidades. Un estudiante a tiempo completo que finaliza el trimestre de primavera debe considerarse como un estudiante a tiempo completo a lo largo del verano si el estudiante está inscrito como un estudiante a tiempo completo para el siguiente trimestre de otoño, sin importar si dicho hijo adulto se inscribe para el trimestre de verano.

- **Recién nacido:** La cobertura para un niño recién nacido comienza con el nacimiento. Sin embargo, si usted no inscribe al niño recién nacido dentro de 60 días, el recién nacido solo está cubierto por 31 días comenzando en la fecha de nacimiento del recién nacido. Dentro de un año del nacimiento del hijo recién nacido, puede inscribir a su hijo luego de los 60 días si realiza todos los pagos de prima vencidos con un 5.5 % de interés.
- **Niño adoptivo:** Un niño recién adoptado o un niño colocado bajo Su tutela o la tutela de Su Cónyuge está cubierto a partir de la primera de estas fechas:
 - La fecha de adopción o colocación bajo su tutela.
 - La fecha en que usted o su cónyuge obtienen el derecho legal a controlar la atención médica del hijo.

Si no afilia al niño o hijo adoptivo bajo la tutela de su cónyuge o de usted dentro de los 60 días, el niño obtendrá cobertura por solo 31 días. La cobertura comienza el día de adopción o asignación de tutela para adopción, o cuando se obtiene el derecho legal de controlar la atención médica del niño, lo que ocurra antes.

Para los fines de este requisito, “derecho legal a controlar la atención médica” significa que su cónyuge o usted tienen un documento escrito válido firmado: Puede ser uno de los siguientes:

- un informe de alta médica del menor de un centro de salud,
 - un formulario de autorización médica,
 - un formulario de renuncia, o
 - cualquier otra prueba que demuestre que su cónyuge o usted tienen derecho legal a controlar la atención médica del niño.
- **Orden judicial u orden de manutención de menores**

Si un niño se convierte en un dependiente suyo o de su cónyuge a través de una orden de manutención de menores u otra orden judicial, entonces el niño será elegible para la cobertura conforme a este Contrato. Puede agregarse un dependiente a este Contrato durante el período de inscripción abierta o en un plazo de 60 días de la fecha de vigencia de la orden judicial. El niño será elegible para la cobertura en la fecha en la que la orden judicial entre en vigencia o según lo determine de otro modo el Mercado de Seguros Médicos, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

- **Hijo adoptivo**

Si se coloca a un niño en la tutela temporal suya o de su cónyuge, entonces el niño será elegible para la cobertura conforme a este Contrato. Puede agregarse un hijo adoptivo a este Contrato durante el período de inscripción abierta o en un plazo de 60 días de la colocación en su tutela temporal. La cobertura del niño entrará en vigencia en la fecha de colocación en tutela temporal o según lo determine de otro modo el Mercado de Seguros Médicos, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

Será necesario presentar evidencia de la fecha de nacimiento del niño o del evento calificado.

Interrupción de la cobertura y los beneficios de los dependientes: Con la excepción de la cobertura solo para niños, los beneficios y la cobertura para sus dependientes serán interrumpidos:

- El último día del año natural en el que el niño dependiente alcance los 26 años, a menos que sea discapacitado o cumpla los criterios especificados. Consulte la sección titulada “Límite de edad para niños (niños discapacitados)”.
- La fecha en que el cónyuge dependiente entra en un decreto final de divorcio, anulación, finalización de la pareja de hecho o disolución del matrimonio con el suscriptor.

Si usted ya no es elegible para la cobertura bajo este producto, le enviaremos una carta para informárselo al menos 10 días antes de la fecha de vigencia en la que perderá la elegibilidad. En ese momento, usted puede apelar la decisión.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO

¿Cómo sé si soy miembro de Molina Healthcare?

Usted obtiene una tarjeta de identificación del miembro (tarjeta de identificación) de Molina. La tarjeta de identificación le llegará por correo dentro de los 10 días hábiles tras realizar el primer pago. Su tarjeta de identificación incluye el nombre y número de teléfono de su PCP. Lleve su tarjeta de identificación en todo momento. Deberá mostrarla cada vez que reciba atención médica.

En caso de extraviar su tarjeta de identificación llame a nuestro número de teléfono gratuito al **1 (888) 560-2043**. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación. Comuníquese con nosotros si tiene preguntas sobre cómo usar sus beneficios de atención médica.

Tarjeta de identificación de muestra Frente:

Molina Marketplace ID #: 00000001 Member: JOHN DOE		
DOB: 07/04/1978 Subscriber Name: MARY DOE Subscriber ID: 123456789		
Plan: 2016 WI Marketplace		
Provider: DR. JOE MILLER		
Provider Phone: (414) 555-5555		
Provider Group: MAIN STREET FAMILY CARE MEDICAL GROUP		
Medical Cost Share	Prescription Drugs	
Primary Care: \$25	Generic Drugs: \$15	
Specialist Visits: \$75	Preferred Brand Drugs: \$65	
Urgent Care: \$75	Non-Preferred Brand Drugs: 40%	
ER Visit: \$300	Specialty Drugs: 40%	
Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. Rx Bin: 004336 Rx PCN: ADV Rx Group: RX0853		

Contrafrente:

This card is for identification purposes only and does not prove eligibility for service.
Member: Emergencies (24 hrs): when a medical emergency might lead to disability or death, call 911 immediately or get to the nearest emergency room. No prior authorization is required for emergency care.
Miembro: Emergencias (24 horas): cuando una emergencia puede resultar en muerte o discapacidad, llame al 911 inmediatamente o vaya a la sala de emergencia más cercana. No requiere autorización para servicios de emergencia.
Remit claims to: Molina Healthcare, P.O. Box 22815, Long Beach, CA 90801
Customer Support Number: (888) 560-2043
24 Hour Nurse Advice Line: (888) 275-8750
Para Enfermera En Español: (888) 648-3537
CVS Caremark Pharmacy Help Desk: (800) 364-8331
Provider: Notify the health plan within 24 hours of any inpatient admission at the hospital admission notification phone number.
Prior Authorization/Notification of Hospital Admission and Covered Services: (855) 326-5050
www.MolinaHealthcare.com

¿Qué es lo primero que debo hacer?

Revise su tarjeta de identificación del miembro de Molina. Verifique que su nombre y fecha de nacimiento estén correctos. En la tarjeta de identificación, se indica el nombre de su médico. A esa persona se la conoce como proveedor de atención primaria o PCP. Este es su médico principal. Su tarjeta de identificación también contiene la siguiente información:

- Su nombre (miembro)
- Su número de identificación de miembro (N.º de ID)
- Su fecha de nacimiento (DOB)
- El nombre de su PCP (proveedor)
- El número de teléfono del consultorio de su PCP (teléfono del proveedor)
- El nombre del grupo médico con el que trabaja su PCP (Grupo de proveedor)
- Número gratuito de la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día
- El número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermeras en español.
- Número gratuito para preguntas relacionadas a recetas médicas
- El identificador de los beneficios de medicamentos recetados de Molina
- El número de teléfono gratuito para notificar a Molina que lo internaron en un hospital
- El número de teléfono gratuito para notificar a Molina que acudió a la sala de emergencias

Su tarjeta de identificación puede usarse por los proveedores de atención médica como su PCP, un farmacéutico, o un hospital. Esa tarjeta los ayuda a conocer su elegibilidad para los servicios a través de Molina. Cuando solicite atención, es posible que le pidan presentar su tarjeta de identificación antes de prestar los servicios.

ACCESO A LA ATENCIÓN

¿Cómo puedo obtener servicios médicos a través de Molina?

(Elección de médicos y proveedores; centros)

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. LE INFORMA QUIÉN O QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES BRINDARÁ LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

El directorio de proveedores de Molina incluye una lista de todos los PCP y hospitales. Estos están disponibles para usted como miembro de Molina. Puede visitar nuestro sitio web en **www.molinahealthcare.com/marketplace**. Aquí puede ver nuestra lista en línea de los proveedores participantes.

La primera persona a la que debe llamar para recibir atención médica es su PCP. Si requiere los servicios de un hospital o similares, debe acudir a un centro que sea Proveedor Participante. Podemos informarle sobre establecimientos que trabajan con Molina y dónde están ubicados. Llame sin cargo a Molina al **1 (888) 560-2043**. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Puede obtener servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente fuera del área de servicio en cualquier sala de emergencias o centro de atención médica urgente.

A excepción de los servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente fuera del área, debe recibir los servicios cubiertos por parte de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no estarán cubiertos. Será 100 % responsable del pago al proveedor no participante, y los pagos no aplicarán para su deducible o el máximo anual de gastos de su bolsillo.

A continuación encontrará una tabla para saber adónde acudir en caso de requerir cuidados médicos. Los servicios que puede necesitar figuran en la columna de la izquierda. La parte derecha le indica a quién llamar o adónde ir.

SIEMPRE CONSULTE PRIMERO A SU PCP. SIN EMBARGO, LAS REMISIONES NO SON NECESARIAS PARA QUE ACCEDA A ESPECIALISTAS U OTROS PROVEEDORES MÉDICOS DE CUIDADO.	
TIPO DE AYUDA QUE NECESITA:	A DÓNDE IR. A QUIÉN LLAMAR.
Servicios de emergencia	<p>Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.</p> <p>Incluso cuando se encuentre fuera de la red o de nuestra área de servicio, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana para recibir atención de emergencia.</p>
Servicios de atención médica urgente	<p>Llame a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas.</p> <p style="text-align: center;">al 1 (888) 275-8750 Español: 1 (866) 648-3537. Inglés TTY 1 (866) 735-2929. Español TTY 1 (866) 833-4703.</p> <p>Para servicios de atención médica urgente fuera del área de servicio, diríjase al centro de atención médica urgente o sala de emergencias más cercanos.</p>
Un examen físico, consulta preventiva o inmunizaciones	Consulte a su proveedor de atención primaria.
Tratamiento por enfermedad o lesión que no sean de emergencia	Consulte a su proveedor de atención primaria.
Servicios de planificación familiar , tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de embarazo • Anticonceptivos • Esterilización 	Acuda al proveedor participante de su elección. No necesita una autorización previa para estos servicios.
Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS)	Acuda al proveedor participante de su elección. No necesita una autorización previa para estos servicios.
Para consultar a un obstetra ginecólogo (médico de mujeres).	Las mujeres pueden consultar a un proveedor participante obstetra ginecólogo sin remisión ni autorización previa. Consulte a su médico o llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare, si no conoce a un obstetra ginecólogo.
Para la evaluación de salud mental y abuso de sustancias	Consulte a un proveedor participante de salud mental o de abuso de sustancias calificado. No necesita remisión ni autorización previa para obtener una evaluación de salud mental ni por abuso de sustancias.
Para la terapia de salud mental y abuso de sustancias	Consulte a un proveedor participante de salud mental o de abuso de sustancias calificado. No necesita una remisión. No necesita una autorización previa para visitas al consultorio ambulatorias.

SIEMPRE CONSULTE PRIMERO A SU PCP. SIN EMBARGO, LAS REMISIONES NO SON NECESARIAS PARA QUE ACCEDA A ESPECIALISTAS U OTROS PROVEEDORES MÉDICOS DE CUIDADO.	
TIPO DE AYUDA QUE NECESITA:	A DÓNDE IR. A QUIÉN LLAMAR.
Para consultar a un especialista (por ejemplo, oncólogo o cardiólogo)	Diríjase a un especialista que sea un proveedor participante. No se necesita una remisión de su PCP. Si necesita servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente fuera del área, consulte “Servicios de emergencia” o “Servicios de atención médica urgente”.
Cirugías	Acuda primero a su proveedor de atención primaria. Si necesita servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente fuera del área, consulte “Servicios de emergencia” o “Servicios de atención médica urgente”.
Obtención de una segunda opinión	Consulte el directorio de proveedores de Molina en nuestra página web. Puede encontrar un proveedor participante para obtener una segunda opinión. Diríjase a: www.molinahealthcare.com/marketplace
Para acudir al hospital	Si necesita servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente fuera del área, obtenga ayuda según lo indicado anteriormente en “Servicios de emergencia” o “Servicios de atención médica urgente”. Para servicios que no son de emergencia, visite a su PCP y diríjase a cualquier centro u hospital que sean proveedores participantes.
Atención médica después de las horas de consulta	<p>Puede llamar a Línea de Consejos de Enfermeras, las 24 horas.</p> <p>Número de teléfono gratuito: 1 (888) 275-8750 Español: 1 (866) 648-3537 TTY inglés: 1 (866) 735-2929 TTY español: 1 (866) 833-4703</p> <p>Tiene derecho a obtener servicios de interpretación sin costo para que lo ayuden a recibir atención médica después de las horas de consulta. *Llame al Centro de Apoyo al Cliente gratuito de Molina al 1 (888) 560-2043.</p>

¿Qué es un proveedor de atención primaria (PCP)?

Un PCP se ocupa de sus necesidades de atención médica. Un PCP lo conoce bien. Llame a su PCP cuando esté enfermo y no sepa qué hacer. No es necesario que acuda a la sala de emergencias a menos que considere que tiene una emergencia.

Tal vez, piensa que no es necesario acudir a su proveedor de atención primaria si no está enfermo. Pero eso no es cierto. Llegue a conocer a su PCP incluso cuando se siente bien. Realice los chequeos médicos anuales para mantenerse saludable. Acuda a su PCP para realizarse un chequeo médico, someterse a pruebas o conocer los resultados de pruebas, vacunarse y si está enfermo. Acudir a su PCP para realizarse chequeos médicos permite descubrir problemas en una etapa temprana. Si necesita un cuidado especializado, su PCP lo ayudará a obtenerlo. Su PCP trabajará con usted para mantenerlo saludable.

Llámenos si quiere conocer más sobre su PCP u otros médicos de Molina Healthcare. Número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente de Molina: **1 (888) 560-2043**. Atendemos de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, hora del Pacífico. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Cómo elegir a su médico (elección del médico y los proveedores)

Para que su atención médica esté cubierta bajo este producto, los servicios de atención médica deben ser brindados por proveedores participantes de Molina. Esto incluye médicos, hospitales, especialistas o clínicas. La excepción son los servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente fuera del área de servicio. Para obtener más información, consulte la sección titulada “Servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente”.

Nuestro Directorio de proveedores lo ayudará a empezar a tomar decisiones sobre su atención médica. Encontrará una lista de médicos y hospitales que están disponibles bajo este Contrato. También encontrará algunas formas útiles para saber cómo utilizar los servicios y beneficios cubiertos por este Contrato. Visite el sitio web de Molina en **www.molinahealthcare.com/marketplace** para más información.

En el Directorio de proveedores de Molina encontrará:

- Nombres
- Direcciones
- Números de teléfono
- Idiomas hablados
- Disponibilidad de las sedes de servicios
- Especialidades
- Cualificaciones profesionales (p. ej., certificación del Consejo Médico).

También puede averiguar si un proveedor participante (PCP o médico especialista) acepta nuevos pacientes.

Nota: algunos hospitales y proveedores no podrán proporcionarle ciertos servicios que pueden estar cubiertos bajo esta EOC que usted o su familia podrían necesitar. Puede incluir planificación familiar, anticonceptivos, incluidos anticonceptivos de emergencia, esterilización (lo que incluye ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y en el parto) o servicios de interrupción de embarazo. Debe obtener más información antes de inscribirse. Llame a su médico, grupo médico o clínica. Puede llamar a nuestro Centro de Apoyo al Cliente al número de teléfono gratuito: 1 (888) 560-2043. Asegurarse de obtener los servicios de atención médica que necesite. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el 7-1-1 para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

¿Cómo elijo un PCP?

Elegir un PCP es fácil. Use nuestro Directorio de proveedores para seleccionarlo de una lista de médicos. Podrá elegir a un médico que atenderá a toda su familia. O bien puede elegir un médico para Usted y otro para Sus familiares.

Puede elegir un médico que se especialice en pediatría como PCP de un hijo. El pediatra debe ser un proveedor participante de Molina.

Su PCP lo conoce bien y se encarga de todas sus necesidades médicas. Elija a su PCP lo antes posible. Es importante que se sienta cómodo con la elección de su PCP.

Llame y programe su primera consulta para conocer a su PCP. Si necesita ayuda para hacer una cita, llame a Molina al número de teléfono gratuito al **1 (888) 560-2043**. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Molina puede ayudarlo a encontrar un PCP. Díganos qué considera importante para elegir un PCP. Será un placer ayudarlo. Llame al Centro de Apoyo al Cliente. Podemos brindarle más información sobre su médico de Molina.

¿Qué sucede si no elijo un PCP?

Molina le requerirá que seleccione un PCP. Si no elige un PCP, Molina elegirá uno por usted.

Cómo cambiar de médico

¿Qué sucede si quiero cambiar de PCP?

Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Todos los cambios se efectuarán al siguiente día hábil. Pero primero consulte a su médico. Familiarícese con su PCP antes de cambiarlo. Mantener una buena relación con su proveedor de atención primaria es importante para su atención médica. Llame al Centro de Apoyo al Cliente si desea obtener más información sobre su médico de Molina Healthcare.

¿Puede mi médico solicitar que cambie de PCP?

Su médico puede solicitar que cambie de PCP por los siguientes motivos:

- No está siguiendo las instrucciones médicas (conducta de incumplimiento).
- Se comporta de forma ofensiva, amenazante o violenta.
- Se rompe la relación con su PCP.

¿Cómo cambio mi PCP?

Llame sin cargo a Molina al **1 (888) 560-2043**. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones. También podrá ver nuestra lista en línea de médicos en nuestro sitio web. Diríjase al sitio web de **www.molinahealthcare.com/marketplace**. Podemos ayudarlo a hacer el cambio.

Habrà ocasiones en que no pueda obtener el PCP que quiere. Los motivos posibles son los siguientes:

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

¿Qué sucede si mi médico u hospital ya no están afiliados a Molina Healthcare?

Si su médico (PCP o especialista) o un hospital ya no están afiliados a Molina Healthcare, le enviaremos una carta para informárselo. En la carta, le informaremos cómo lo afectará ese cambio. Si su PCP ya no está afiliado a Molina Healthcare, podrá elegir otro médico. Nuestro personal del Centro de Apoyo al Cliente de Molina lo puede ayudar a elegirlo.

Si se le asigna un PCP o un hospital que está finalizando un contrato con Molina, entonces, le enviaremos una notificación por escrito con 30 días de anticipación. Le informaremos sobre la finalización del contrato entre Molina y el PCP u hospital.

Puede estar recibiendo cuidados médicos de un médico u hospital que está finalizando su contrato con Molina. Tiene el derecho de mantener al mismo médico u obtener la atención médica en el mismo hospital durante un periodo de tiempo dado. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina.

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.
Customer Support Center
2400 South 102nd Street
West Allis, WI 53227
1 (888) 560-2043
TTY 7-1-1
Fax: 1 (414) 847-1778
www.molinahealthcare.com/marketplace

Tal vez tenga más consultas o reclamos. También puede ponerse en contacto con la **OFICINA DEL COMISIONADO DEL SEGUROS** de Wisconsin de la siguiente manera:

Teléfono:
1 (800) 236-8517 (fuera de Madison), o
1 (608) 266-0103 (en Madison)

Dirección de correo:
OFFICE OF THE COMMISSIONER OF INSURANCE
P.O. Box 7873
Madison, Wisconsin 53707-7873

Correo electrónico:
ocicomplaints@wisconsin.gov

Indique su nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico en su correspondencia.

Si es sordo, tiene problemas de audición o en el habla puede comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** llamando al 7-1-1 (TTY) y pedir por el **1 (608) 266-3586**.

Continuación de la atención

Si la participación del proveedor en la red ha terminado, cubriremos los servicios si presentamos al proveedor como un proveedor participante en los materiales de comercialización que le entregamos o si estaba disponible en el periodo de inscripción abierto más reciente.

Si está recibiendo un curso de tratamiento con un exproveedor participante que ya no está disponible, le brindaremos cobertura durante el resto del curso de tratamiento o durante 90 días, el que sea más corto. Si el curso de tratamiento es la atención materna y si el miembro está en su 2.º o 3.º trimestre de embarazo, le brindaremos cobertura hasta la finalización de cuidados de posparto para la madre y el recién nacido.

No se otorgará cobertura si el proveedor ya no se desempeña en el área de servicios o si finalizamos el contrato con el proveedor a causa de una conducta indebida de su parte.

Si usted desea volver a solicitar mantener el mismo médico u hospital para la continuación de la atención, llámenos. Número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente de Molina: **1 (888) 560-2043**. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Tenga en cuenta que el derecho a la continuación de atención provisional, tal como se describió anteriormente, no se aplica a un miembro recién afiliado que se está sometiendo al tratamiento de un médico u hospital que no sea un proveedor participante de Molina Healthcare.

Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día

Si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud o la de su familia, llame a nuestra Línea de Consejos de Enfermeras, las 24 horas.

Número de teléfono gratuito: 1 (888) 275-8750

Español: 1 (866) 648-3537

TTY inglés: 1 (866) 735-2929

TTY español: 1 (866) 833-4703

La Línea de Consejos de Enfermeras es atendida por enfermeras registradas. Funciona las 24 horas del día, los 365 días del año.

Recibir servicios de cobertura rápidamente

Debería poder recibir servicios de cobertura de un proveedor participante dentro del tiempo que es razonablemente rápido para su comunidad y área local.

¿Qué es una autorización previa?

Una autorización previa es una solicitud de su médico para que usted reciba un servicio cubierto. El director médico de Molina y su médico trabajan en colaboración. Primero, deciden sobre la base de necesidad médica antes de que se le brinde el servicio o la atención médica, ya que deseamos asegurarnos de que el cuidado sea el correcto para su afección específica.

Usted no necesita autorización previa para los siguientes servicios:

- Plan de diagnóstico o tratamiento para el trastorno del espectro de autismo
- Servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente
- Servicios de planificación familiar
- Asesoramiento y pruebas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Servicios de tratamiento de manipulación que incluyen servicios quiroprácticos

- Servicios ambulatorios de salud mental o por abuso de sustancia, que no incluyan los siguientes:
 - Servicios de salud mental para pacientes internados,
 - Servicios contra el abuso de sustancias del paciente internado
 - Hospitalización parcial
 - Tratamiento de día
 - Programas intensivos para pacientes ambulatorios (IOP)
 - Terapia electroconvulsiva (ECT)
 - Prueba psicológica y neuropsicológica
- Servicios del obstetra ginecólogo (las afiliadas pueden autoremitirse a un obstetra ginecólogo)
- Procedimientos realizados en el consultorio
- Servicios para enfermedades de transmisión sexual

Debe obtener una autorización previa para los siguientes servicios, a excepción de los servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente:

- Ensayos clínicos aprobados
- Algunos servicios de centros de cirugía ambulatoria (ASC)*
- Ciertos fármacos como los indicados en el formulario de medicamentos* publicado
- Cierta equipo médico duradero*
- Ciertos medicamentos inyectables y medicamentos no enumerados en el formulario de medicamentos de Molina*.
- Ciertos servicios para la evaluación de salud mental y abuso de sustancias*
 - Servicios de salud mental para pacientes internados
 - Servicios contra el abuso de sustancias del paciente internado
 - Hospitalización parcial
 - Tratamiento de día
 - Programas intensivos para pacientes ambulatorios (IOP)
 - Terapia electroconvulsiva (ECT)
 - Prueba psicológica y neuropsicológica
- Ciertos servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*
- Colonoscopia para miembros menores a 50 años
- Procedimientos cosméticos, plásticos y reconstructivos
- Dispositivos protésicos, ortóticos y soportes personalizados. Por ejemplo:
 - Cualquier tipo de silla de ruedas (manual o eléctrica)
 - Dispositivos auditivos implantados internamente
 - Motonetas
 - Zapatos o calzado con soporte especiales
 - Aparatos ortopédicos especiales
- Diálisis (solo con notificación, no se requiere autorización previa)
- Cantidades de medicamento que excedan el límite de suministro diario
- Procedimientos experimentales o de investigación
- Formulario de medicamentos (orales e inyectables) especializados
- Anestesia general para la atención dental en los miembros mayores de 5 años.
- Servicios de recuperación de habilidades (después de 6 consultas para pacientes ambulatorios y en su hogar)
- Atención médica domiciliaria (tras 6 consultas para ambientes ambulatorios o en el hogar).
- Atención de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados (solo con notificación, no se requiere la autorización previa)

- Imágenes o pruebas especiales. Por ejemplo:
 - TC (tomografía computarizada)
 - IRM (imagen por resonancia magnética)
 - ARM (angiografía por resonancia magnética)
 - TEP (tomografía de emisión de positrones)
- Admisiones para paciente internado
- Atención de seguimiento para visión reducida
- Pruebas genéticas médicamente necesarias para embarazos de alto riesgo.
- Procedimientos y servicios de medicina analgésica.
- Embarazo y parto (solo con notificación, no se requiere la autorización previa)
- Radioterapia y radiocirugía
- Servicios de rehabilitación.
 - Terapia cardíaca y pulmonar
 - Terapia ocupacional (después de 6 consultas para pacientes ambulatorios o en su hogar)
 - Fisioterapia (después de 6 consultas para pacientes ambulatorios o en su hogar)
 - Terapia del habla (después de 6 consultas para pacientes ambulatorios o en su hogar)
- Servicios prestados por un proveedor no participante.
- Evaluación de trasplantes y servicios afines, incluso de órganos y médulas óseas (el trasplante de córnea no requiere una autorización)
- Terapia para lastimaduras
- Cualquier otro servicio que se especifique que requiere autorización previa en esta EOC

*Llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina, al **1 (888) 560-2043**. Puede averiguar si su servicio necesita autorización previa. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Molina puede denegar una solicitud de autorización previa. Usted puede apelar esa decisión como se describe a continuación. Si usted o su proveedor deciden continuar con los servicios a los que se les ha denegado una autorización previa para los beneficios conforme a este producto, usted será responsable de los cargos por los servicios denegados.

Las autorizaciones se confieren según la necesidad médica. Usted o su proveedor participante pueden llamar para solicitar una autorización previa. Sin embargo, usted es el único responsable de solicitar la autorización previa. Si tiene preguntas sobre la forma en que se autoriza un servicio en particular, llame al número de teléfono gratuito de Molina al **1 (888) 560-2043** 24 horas al día. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Podemos explicarle cómo se toma ese tipo de decisión. Podemos enviarle una copia del proceso de aprobación si así lo solicita.

Las solicitudes de autorización previa de rutina se procesarán dentro de los cinco días hábiles. Estos cinco días comienzan desde el momento en que obtenemos la información que le solicitamos a usted o su proveedor. Necesitamos esos datos para tomar la decisión. Se puede denegar una autorización previa si no nos entrega toda la información que solicitamos. Molina responderá a la solicitud de autorización previa dentro de los 14 días naturales posteriores a la recepción de la solicitud.

Las afecciones médicas que pueden representar una grave amenaza para su salud se procesan en 72 horas. Esto sucede a las 72 horas de que obtenemos la información que necesitamos y solicitamos una toma de decisiones. El período solicitado puede ser más corto conforme al Artículo 2719 de la Ley de Servicios de Salud Pública y a las normas y reglamentaciones subsiguientes. Molina Healthcare procesa inmediatamente las solicitudes de servicios especializados de urgencia. Esto se realiza por teléfono.

Si una solicitud de servicios no es Medicamento Necesaria, puede ser denegada. Si no es un Servicio Cubierto, puede ser denegada. Usted recibirá una carta en la que se indique por qué fue denegada. Su médico o usted podrán apelar la decisión. La carta de denegación le indicará cómo presentar la apelación. Estas instrucciones también se encuentran en la sección titulada “Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas” de esta EOC.

Autorizaciones fijas

Si requiere autorización previa debido a una afección o enfermedad que necesita atención médica especializada durante un período prolongado, puede necesitar una autorización fija. Si recibe una autorización fija, no necesitará una autorización previa cada vez que reciba los servicios cubiertos.

Si su afección o enfermedad es potencialmente mortal, empeora o es incapacitante, quizás necesite una autorización fija para consultas en un centro de cuidado especializado. Ellos tienen la experiencia para tratar la afección o enfermedad.

Para obtener una autorización fija, llame a su PCP. Su PCP trabajará con los médicos y especialistas de Molina para asegurarse de que Usted reciba un plan de tratamiento en función de Sus necesidades médicas. Si tiene preguntas sobre cómo obtener una autorización fija, llame al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare al **1 (888) 560-2043**.

Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el 7-1-1 para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Si luego de llamar a Molina considera que no se cubrieron sus necesidades, consulte nuestro proceso de reclamos que se describe en la sección “Reclamos” de esta EOC.

Si se aprueba la autorización fija, puede solicitar que un médico especialista designado provee servicios de atención primaria.

Segundas opiniones

Es posible que su PCP o usted quieran que otro médico (un PCP o un especialista) revise su afección. Este médico analiza su historia clínica y hasta puede examinarlo. Este nuevo médico quizás sugiera un plan de tratamiento. A esto se lo conoce como segunda opinión.

Consulte nuestro Directorio de proveedores en línea en www.molinahealthcare.com/marketplace para buscar un proveedor participante que le brinde una segunda opinión. Solo cubrimos segundas opiniones cuando son realizadas por un proveedor participante.

A continuación se presentan algunos motivos por los que usted puede obtener una segunda opinión:

- Sus síntomas son complejos o confusos.
- Su médico no está seguro de que el diagnóstico sea el correcto.
- Ha seguido el plan de cuidado de su médico por un tiempo y su salud no ha mejorado.
- No está seguro de que necesite someterse a una cirugía, o bien considera que sí lo necesita.

- No está de acuerdo con el diagnóstico de su médico.
- No está de acuerdo con el Plan de Cuidados de su médico.
- Su médico no ha respondido a sus inquietudes acerca del diagnóstico o el Plan de Cuidados.

SERVICIOS DE EMERGENCIA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE

¿Qué es una emergencia?

Los “servicios de emergencia” son los servicios de atención médica necesarios para evaluar, estabilizar o tratar una condición médica de emergencia.

Una "condición médica de emergencia" incluye una afección médica o psiquiátrica que tiene síntomas agudos y graves (incluido el dolor intenso), o que involucra el trabajo de parto activo. Si no se recibe atención médica inmediata, una emergencia podría dar como resultado cualquiera de los siguientes:

- Grave peligro para la salud del paciente.
- Daños graves de las funciones corporales
- Falla grave de un órgano o de una parte del cuerpo

Los servicios de emergencia también incluyen el tratamiento con medicamentos anticonceptivos de emergencia.

Los servicios de emergencia incluyen los servicios de atención médica urgente que no pueden posponerse, para prevenir un deterioro serio de la salud a causa de una lesión o de una afección imprevista.

¿Cómo obtengo servicios de emergencia?

Los servicios de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los miembros de Molina.

Si usted considera que tiene una emergencia, donde sea que se encuentre:

- Llame inmediatamente al **911**.
- Vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano.

Cuando acuda a Servicios de emergencia, lleve su tarjeta de identificación del Miembro de Molina Healthcare.

Si usted no está seguro de necesitar servicios de emergencia, pero necesita asistencia médica, llame a su PCP. O comuníquese con el número de teléfono gratuito de Nuestra Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día, llamando al **1 (888) 275-8750** o, para hablantes de español, al **1 (866) 648-3537**. La Línea de Consejos de Enfermeras cuenta con enfermeras. Puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas del día, los 365 días del año.

Las salas de emergencia de los hospitales son solo para verdaderas emergencias. No son un buen lugar para recibir servicios que no sean de emergencia. A menudo están muy ocupadas y tienen que atender primero a las personas cuyas vidas están en peligro. No vaya a la sala de emergencias de un hospital si su condición no es una emergencia.

¿Qué sucede si estoy fuera de nuestra área de servicio y necesito servicios de emergencia?

Visite la sala de emergencias más cercana para que lo atiendan. Comuníquese con Molina Healthcare dentro de las 48 horas o dentro de un período médicamente razonable de haber recibido Servicios de atención médica urgente o Servicios de emergencia. Llame al número de teléfono gratuito al **1 (888) 560-2043**. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Cuando se encuentre fuera de nuestra área de servicio, solo estarán cubiertos los servicios de atención médica urgente o los servicios de emergencia.

¿Qué sucede si necesito atención médica después de las horas de consulta o servicios de atención médica urgente?

Cuenta con los servicios de atención médica urgente cuando se encuentra dentro o fuera de nuestra área de servicio. Los servicios de atención médica urgente son los servicios de atención médica necesarios para evitar el deterioro grave de la salud a causa de una lesión o afección médica imprevista.

Si usted se enferma después de horas hábiles o necesita servicios de atención médica urgente, llame a su PCP o al número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermeras, las 24 horas **1 (888) 275-8750** o, en español, al **1 (866) 648-3537**, para obtener orientación. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, utilice el servicio de retransmisión de telecomunicaciones marcando **7-1-1**. Nuestras enfermeras lo pueden ayudar a cualquier hora del día o de la noche. Le dirán lo que tiene que hacer o adónde tiene que ir para que lo atiendan.

Si se encuentra dentro de nuestra área de servicio y ya ha solicitado a su PCP el nombre del centro de atención médica urgente que debe utilizar, diríjase a ese centro. Es mejor saber el nombre del centro de atención médica urgente por anticipado. Pídale a su médico el nombre del centro de atención médica urgente y el del hospital a los que debe acudir.

Si está fuera de nuestra área de servicio, también puede ir al centro de atención médica urgente o la sala de emergencias más cercana.

Tiene derecho a obtener servicios de interpretación sin costo para que lo ayuden a recibir atención médica después de las horas de consulta. Comuníquese con el número de teléfono gratuito de Nuestra Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día, llamando al **1 (888) 275-8750** o, para hablantes de español, al **1 (866) 648-3537**. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, utilice el servicio de retransmisión de telecomunicaciones marcando **7-1-1**.

Servicios de emergencia prestados por un proveedor no participante

Los servicios de emergencia que se obtengan para el tratamiento de una condición médica de emergencia, ya sea de los proveedores participantes o proveedores no participantes, están sujetos a los costos compartidos por los servicios de emergencia en la Guía de beneficios y cobertura.

Cuando se reciben servicios de proveedores no participantes para el tratamiento de una condición médica de emergencia, Molina calculará la cantidad permitida que se cubrirá bajo los beneficios como el mayor de los siguientes: 1) el monto acostumbrado y habitual de Molina para dichos servicios, 2) el monto medio contraído de Molina para dichos servicios, o 3) el monto del 100 % de Medicare para dichos servicios. **Usted puede ser responsable de los cargos que excedan la suma autorizada cubierta por este beneficio.**

Administración de Casos Complejos

¿Qué Sucede si Tengo un Problema de Salud Complejo?

Vivir con problemas de salud y los procesos para manejar dichos problemas pueden ser muy difíciles. Molina Healthcare cuenta con un programa que puede ayudarlo. El Programa de Administración de Casos Complejos es para miembros con problemas de salud complicados que necesitan ayuda adicional con sus necesidades de atención médica.

El programa le permite hablar con un enfermero acerca de sus problemas de salud. El enfermero puede ayudarlo a aprender acerca de estos problemas y enseñarle cómo administrarlos mejor. El enfermero podría trabajar con su familia o cuidador y proveedor para asegurarse de que reciba la atención médica que necesita.

Existen varias formas en las que puede obtener la remisión a este programa. Usted deberá cumplir con ciertos requisitos. Este programa es voluntario. Puede elegir irse del programa en cualquier momento.

Si desea recibir información acerca de este programa, llame sin cargo al Centro de Apoyo al Cliente al **1 (888) 560-2043**.

Embarazo

¿Qué sucede si estoy embarazada?

Si cree estar embarazada o en cuanto sepa que está embarazada, llame para programar una cita con el objetivo de iniciar su cuidado prenatal. La atención en las primeras etapas es muy importante para la salud y el bienestar suyo y de su bebé.

Puede elegir cualquiera de las siguientes opciones para su cuidado prenatal:

- Obstetra ginecólogo autorizado
- Enfermera especializada (capacitada en la salud de la mujer)

Puede hacer una cita para cuidado prenatal sin consultar a su proveedor de atención primaria primero. Para recibir beneficios en virtud de este Contrato, debe elegir a un obstetra ginecólogo o enfermera especializada que sean un proveedor participante. Si necesita ayuda para elegir un ginecólogo/obstetra o si tiene alguna pregunta, llame sin cargo a Molina Healthcare al **1 (888) 560-2043**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Será un placer ayudarlo.

Molina Healthcare ofrece un programa especial llamado Motherhood Matters® a las afiliadas que estén embarazadas. Este programa proporciona información importante sobre alimentación, ejercicio físico y otros temas relacionados con su embarazo. Para obtener más información, llame al número de teléfono gratuito del programa para embarazadas Motherhood Matters®, al **1 (866) 891-2320**, de lunes a viernes, entre las 10:30 a. m. y 7:30 p. m., hora del este.

ACCESO A LA ATENCIÓN PARA LOS MIEMBROS CON DISCAPACIDADES

Ley de Estadounidenses con Discapacidades

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) prohíbe la discriminación por discapacidad. La ADA exige a Molina Healthcare y a sus contratistas proveer asistencia razonable para pacientes con discapacidades.

Acceso físico

Molina Healthcare ha tomado todas las medidas posibles para asegurar que nuestras oficinas y los consultorios de los médicos de Molina Healthcare sean accesibles para las personas con discapacidades. Si no le es posible localizar a un médico que satisfice sus necesidades, comuníquese al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare al **1 (888) 560-2043** y un representante del Centro de Apoyo al Cliente lo ayudará a encontrar otro médico. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Acceso para personas sordas o con problemas de audición

Llame a nuestro Centro de Apoyo al Cliente al **1 (888) 560-2043** o marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Acceso para personas con poca visión o ceguera

Esta EOC y otros materiales importantes del producto estarán disponibles en formatos accesibles para las personas con visión reducida o ciegos. Hay material disponible en letra de molde grande y formatos de disco de computadora. Esta EOC también está disponible en formato de audio.

Para obtener formatos accesibles, o para recibir ayuda directa para leer el EOC y otros materiales, comuníquese sin cargo con Molina Healthcare, llamando al **1 (888) 560-2043**. Los miembros que necesiten la información en un formato accesible (impreso en letra de molde grande, audio y sistema Braille) pueden pedirlos a nuestro Centro de Apoyo al Cliente.

Quejas por falta de acceso para personas discapacitadas

Si considera que Molina Healthcare o sus médicos no han cubierto sus necesidades de acceso por discapacidad, puede presentar una queja ante Molina Healthcare.

BENEFICIOS Y COBERTURA

Molina Healthcare cubre los servicios descritos en la sección siguiente titulada “¿Qué cubre mi plan?” a continuación. Estos servicios están sujetos a las exclusiones, limitaciones y reducciones establecidas en esta EOC, y solo están cubiertos si se satisfacen todas las siguientes condiciones:

- Usted es miembro en la fecha en que recibe los servicios cubiertos.
- Los servicios cubiertos son médicamente necesarios.
- Los servicios que se enumeran como servicios cubiertos en esta EOC.
- Recibe los servicios cubiertos de los proveedores participantes dentro de nuestra área de servicio para este producto ofrecido a través del Mercado de Seguros Médicos, excepto cuando se indique específicamente lo contrario en esta EOC. Por ejemplo, en el caso de una emergencia o de que necesite servicios de atención médica urgente fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios cubiertos de proveedores fuera del área de servicio.

Los únicos servicios que cubre Molina Healthcare en virtud de esta EOC son los descritos en esta EOC, sujetos a cualquier exclusión, limitación y reducción que se describan en esta EOC.

COSTOS COMPARTIDOS (DINERO QUE TENDRÁ QUE PAGAR PARA OBTENER LOS SERVICIOS CUBIERTOS)

Los costos compartidos son el deducible, copago o coseguro que debe pagar por los servicios cubiertos en virtud de este Contrato. La suma de costo compartido que deberá pagar para cada tipo de servicio cubierto está descrita en la Guía de beneficios y cobertura y al inicio de esta EOC.

Debe pagar los costos compartidos para los servicios cubiertos, a excepción de los servicios médicos preventivos que se incluyen en los Beneficios de salud esenciales. La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere servicios médicos preventivos, que suministran los proveedores participantes. Los costos compartidos por los servicios cubiertos se incluyen en la Guía de beneficios y cobertura al inicio de esta EOC. Los costos compartidos para los beneficios de salud esenciales se pueden reducir o eliminar para ciertos miembros elegibles. Esto lo determinan las normas del Mercado de Seguros Médicos.

USTED DEBE REVISAR LA GUÍA DE BENEFICIOS Y COBERTURA CUIDADOSAMENTE PARA COMPRENDER CUÁLES SERÁN SUS COSTOS COMPARTIDOS.

Máximo anual de gastos de su bolsillo

- **Para individuos:** es la suma máxima de costos compartidos que, como miembro individual, tendrá que pagar por los servicios cubiertos en un año natural. Los costos compartidos y las sumas del máximo de gastos de su bolsillo anual individual correspondientes a su EOC se especifican en la Guía de beneficios y cobertura. En esta EOC, los costos compartidos incluyen el pago que haga de cualquier deducible, copago o coseguro. Una vez que sus costos compartidos totales durante un año natural alcancen la suma del máximo anual de gastos de su bolsillo por persona, pagaremos el 100 % de los cargos por los servicios cubiertos durante el resto del año natural. Las sumas que paga por los servicios no cubiertos conforme a esta EOC no se tomarán en cuenta para el máximo anual de gastos de su bolsillo por persona.

- **Para familia (2 o más miembros):** es la suma máxima de costos compartidos que una familia de dos o más miembros tendrá que pagar por los servicios cubiertos en un año natural. Los costos compartidos y las sumas del máximo de gastos de su bolsillo anual familiar correspondientes a su EOC se especifican en la Guía de beneficios y cobertura. En esta EOC, los costos compartidos incluyen los pagos que usted u otros familiares afiliados como miembros conforme a esta EOC efectúan por deducibles, copagos o coseguros. Una vez que el total de costos compartidos realizado por dos o más integrantes de una familia afiliados como miembros bajo esta EOC alcanza la suma del máximo de gastos de su bolsillo anual especificado, pagaremos el 100 % de los cargos por los servicios cubiertos para todos los familiares afiliados durante el resto del año natural. Las sumas que usted u otros familiares afiliados como miembros bajo esta EOC pagan por los servicios que no están cubiertos bajo esta EOC no se tendrán en cuenta para el máximo de gastos de su bolsillo anual familiar.

Coseguro

El coseguro es un porcentaje de los cargos por servicios cubiertos que debe pagar cuando recibe servicios cubiertos. La suma del coseguro se calcula como un porcentaje de las tarifas que Molina ha negociado con el proveedor participante. Los coseguros se describen en la Guía de beneficios y cobertura. Algunos de los servicios cubiertos no tienen coseguro. Quizás se aplique un deducible y/o copago.

Copago

Un copago es una suma específica de dinero que usted debe pagar cuando recibe los servicios cubiertos. Los copagos se describen en la Guía de beneficios y cobertura. Algunos de los servicios cubiertos no tienen un copago y pueden estar sujetos a un deducible o coseguro.

Deducible

El deducible es cualquier suma que debe pagar en un año natural por los servicios cubiertos que recibe antes de que Molina Healthcare cubra los servicios en el correspondiente copago o coseguro. La suma que usted paga por su deducible se basa en las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el proveedor participante. Los deducibles se describen en la Guía de beneficios y cobertura al principio de esta EOC.

Consulte la Guía de beneficios y cobertura para saber qué servicios cubiertos están sujetos al deducible y la suma del deducible. Su producto podría tener sumas de deducibles separadas por los servicios cubiertos especificados. Si este es el caso, las sumas pagadas para cubrir un tipo de deducible no pueden usarse para cumplir con otro tipo de deducible.

Cuando Molina Healthcare cubre servicios “sin costo” sujeto al deducible y no haya alcanzado la suma de su deducible, usted deberá pagar los cargos por los servicios. Sin embargo, para los servicios médicos preventivos cubiertos por el presente Contrato e incluidos en los Beneficios de salud esenciales, usted no pagará deducibles ni otros costos compartidos por dichos servicios médicos preventivos cuando se presten a través de un proveedor participante.

Puede haber un deducible que se incluye para un miembro individual y un deducible para toda la familia. Si usted es un miembro en una familia de dos o más miembros, alcanzará el deducible:

- O bien, cuando alcance el deducible para el miembro individual.
- O bien, cuando su familia cumple el deducible para la familia.

Por ejemplo, si alcanza el deducible para el miembro individual, usted pagará el correspondiente copago o coseguro por los servicios cubiertos durante el resto del año natural, pero todos los otros miembros de su familia deben continuar pagando para cubrir el deducible hasta que su familia reúna el deducible de la familia.

Normas generales aplicables a costos compartidos

Todos los servicios cubiertos tienen costos compartidos, a menos que se indique específicamente o hasta que haya pagado el máximo de gastos de su bolsillo anual aplicable. Consulte la Guía de beneficios y cobertura al principio de esta EOC. Podrá determinar la suma de los costos compartidos que deberá pagar por cada tipo de servicios cubiertos enumerados.

Usted es responsable de los costos compartidos vigentes en la fecha en que reciba los servicios cubiertos, excepto en los siguientes casos:

- Si en la fecha de vigencia de la presente EOC recibe servicios en centros de enfermería especializada y servicios hospitalarios para pacientes internados, paga los costos compartidos en vigencia a la fecha de su admisión. Usted pagará estos Costos compartidos hasta que sea dado de alta. Los servicios deben estar cubiertos conforme a su plan de salud anterior. Además, no debe haber interrupciones en su cobertura. Si los servicios no están cubiertos en virtud de su plan de salud anterior, usted paga los costos compartidos en vigencia en la fecha en que recibe los servicios cubiertos. Además, si se produjo una interrupción en la cobertura, paga los costos compartidos en vigor en la fecha que recibe los servicios cubiertos.
- Para los artículos solicitados por anticipado, usted paga los costos compartidos en vigor en la fecha del pedido. Molina no cubrirá los artículos a menos que ya tenga cobertura para ellos en la fecha que los recibe. Puede que se le solicite pagar costos compartidos cuando solicita el artículo. En el caso de medicamentos recetados a pacientes ambulatorios, la fecha de solicitud es la fecha en la que la farmacia procesa la orden. Esta debe recibir toda la información que necesita para surtir la receta médica antes de procesar la orden.

Recibir una factura

En la mayoría de los casos, los proveedores participantes le pedirán que realice un pago para sus costos compartidos al momento de registrarse. Es probable que este pago cubra solo una parte de los costos compartidos totales por los servicios cubiertos que recibe. Su proveedor participante le facturará cualquier suma por costos compartidos adicionales que adeude. No se permite al proveedor participante facturar los servicios cubiertos que usted reciba, salvo las sumas de costos compartidos que se pagarán según esta EOC. Sin embargo, usted es responsable de pagar los cargos por cualquier servicio de atención médica o tratamiento que no sea un servicio cubierto bajo esta EOC, lo que puede incluir cargos por cualquier servicio de atención médica provisto por un proveedor no participante.

¿Cómo cumple su cobertura con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio?

Los servicios cubiertos incluyen los beneficios de salud esenciales (EHB), según lo determine la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Si la cobertura de no EHB está incluida en su producto, aquellos servicios cubiertos también se establecerán en esta EOC.

Su cobertura de EHB incluye, por lo menos, las 10 categorías de beneficios identificados en la definición. No se lo puede excluir de la cobertura de ninguna de las 10 categorías de Beneficios de salud esenciales. Sin embargo, no será elegible para recibir servicios pediátricos que sean Servicios cubiertos según este Contrato si es mayor de 19 años. Esto incluye servicios dentales pediátricos provistos a través del Mercado de Seguros Médicos y servicios para la vista pediátricos.

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece ciertas normas para los EHB. Estas reglas le indican a Molina cómo administrar ciertos beneficios y costos compartidos de conformidad con esta EOC. Por ejemplo, según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, no se permite a Molina establecer límites vitalicios o límites anuales basados en el valor monetario de los beneficios de salud esenciales proporcionados bajo esta EOC.

Cuando los servicios médicos preventivos de Beneficios de salud esenciales son proporcionados por un proveedor participante, usted no tendrá que pagar ninguna suma de costos compartidos. Además, Molina debe asegurarse de que el costo compartido que usted paga por todos los EHB no exceda un límite anual que se determina de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Con el propósito de este límite anual de EHB, costos compartidos se refiere a cualquier costo que un miembro está obligado a pagar para recibir EHB. Dichos costos compartidos incluyen deducibles, coseguros, copagos o cargos similares. Los costos compartidos excluyen primas y sus gastos para los servicios no cubiertos.

Convierta su cobertura en asequible

Para Suscriptores que cumplen con los requisitos, puede haber asistencia para ayudar a que el producto que usted adquiere según este Acuerdo sea más asequible. Si aún no lo ha hecho, comuníquese con el Mercado de Seguros Médicos para lo siguiente:

- Para determinar si es elegible para créditos tributarios. Los créditos tributarios pueden reducir la responsabilidad de primas o costos compartidos en relación con los beneficios de salud esenciales.
- Obtener información sobre los límites anuales en costos compartidos para obtener sus beneficios de salud esenciales.
- Ayudarlo a determinar si usted es un indígena de los EE. UU. o nativo de Alaska calificado que tiene responsabilidad de costos compartidos limitada o nula para recibir beneficios de salud esenciales. Molina trabajará con el Mercado de Seguros Médicos para ayudarlo.

Molina no determina ni proporciona créditos tributarios de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

¿QUÉ CUBRE MI PLAN?

Esta sección le informa cuáles son los servicios médicos que Molina cubre. Se los denomina sus beneficios y cobertura o servicios cubiertos.

Para que un servicio esté cubierto, **tiene que ser médicamente necesario.**

Usted tiene el derecho a presentar una apelación si se deniega un servicio. Para obtener información sobre cómo puede hacer que se revise su caso, consulte la sección “Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas” de esta EOC.

Su atención médica no debe ser experimental ni de investigación. Sin embargo, usted puede solicitar formar parte de atención experimental o de investigación. Molina también puede cubrir los costos médicos de rutina para los miembros en estudios clínicos aprobados. Para obtener más información, consulte la sección “Ensayos clínicos aprobados” de esta EOC.

Ciertos servicios médicos que se describen en esta sección solo estarán cubiertos por Molina si obtiene una autorización previa, *antes* de procurar tratamiento por dichos servicios. Para obtener una explicación más detallada de una autorización previa y una lista completa de los servicios cubiertos que requieren autorización previa, consulte la sección “¿Qué es una autorización previa?” de esta EOC. No se aplicará una autorización previa para servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente.

SERVICIOS PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS

SERVICIOS Y ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA

Los servicios médicos preventivos y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio

Según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y como parte de sus beneficios de salud esenciales, Molina cubrirá los siguientes servicios médicos preventivos recomendados por el gobierno. No pagará ningún costo compartido por:

- Los artículos o servicios basados en pruebas que tienen una clasificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales de la Comisión especial de servicios médicos preventivos (USPSTF, por sus siglas en inglés) con respecto a la persona involucrada.
- Las inmunizaciones de rutina en niños, adolescentes y adultos que tienen una recomendación en vigor del Comité asesor de las prácticas de vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) con respecto a la persona involucrada
- En el caso de bebés, niños y adolescentes, la atención médica preventiva y los exámenes de detección basados en pruebas establecidos en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés)
- Con respecto a las mujeres, la atención médica preventiva y los exámenes preventivos basados en pruebas establecidos en las pautas integrales respaldadas por la HRSA, en la medida que no estén incluidos en ciertas recomendaciones de la USPSTF.

Toda la atención médica preventiva deberá ser suministrada por un proveedor participante para que esté cubierta por esta EOC. A medida que las fuentes gubernamentales identificadas anteriormente publiquen nuevas recomendaciones y pautas para la atención médica preventiva, estas estarán cubiertas por este Contrato. La cobertura comenzará para los años del producto que comienzan un año después de la fecha de publicación de la recomendación o pauta, o en cualquier otra fecha según lo requiera la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. El año del producto, también conocido como año de la póliza a los efectos de esta cláusula, se basa en el año natural.

Si una recomendación o pauta nueva o existente del gobierno no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el ámbito requeridos para la prestación de un servicio médico preventivo, Molina puede imponer límites de cobertura razonables a dicha atención médica preventiva. Los límites de cobertura serán congruentes con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y la legislación aplicable de Wisconsin. Estos límites de cobertura también son aplicables a los beneficios de atención médica preventiva que se detallan a continuación.

Para ayudarle a comprender y acceder a sus beneficios, los servicios médicos preventivos para adultos y niños que están cubiertos según esta EOC se enumeran a continuación.

Servicios médicos preventivos para niños y adolescentes

Los siguientes servicios de atención médica preventiva están cubiertos y se recomiendan para todos los niños y adolescentes (hasta los 18 años de edad). No pagará ningún costo compartido si los servicios son prestados por un proveedor participante: No todos los procedimientos son preventivos. Hable con su proveedor sobre las indicaciones específicas para su servicio.

- Historia clínica completa
- Examen físico, incluida la evaluación del crecimiento
- Reunirse con el padre, tutor o menor emancipado para hablar del significado del examen
- Evaluación de la salud nutricional
- Examen preventivo básico de la visión (no refractivo)
- Evaluación de riesgo de salud bucal para niños (0 a 10 años) (1 consulta cada 6 meses)
- Examen preventivo de audición para recién nacidos
- Inmunizaciones*
- Pruebas de laboratorio, incluidas pruebas de detección de anemia, diabetes, colesterol e infecciones de las vías urinarias
- Examen preventivo de la tuberculosis (TB)
- Examen preventivo del rasgo de anemia de células falciformes, cuando corresponda
- Educación para la salud
- Prueba de nivel de plomo en sangre Los padres o tutores legales de miembros dependientes menores de edad tienen derecho a recibir consejos preventivos sobre la exposición al plomo, en forma oral o por escrito, de parte su PCP. Esto incluye cómo los niños se pueden dañar por la exposición al plomo, especialmente al plomo en la pintura. Cuando su PCP hace una prueba de detección de plomo en sangre, es muy importante realizar un seguimiento y obtener los resultados de la prueba. Si tiene preguntas adicionales, póngase en contacto con su PCP.
- Todos los servicios perinatales integrales están cubiertos. Estos incluyen atención perinatal y de posparto, educación para la salud, evaluación nutricional y servicios psicológicos.
- Los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (EPSDT). Los servicios EPSDT, que incluyen los servicios respaldados por las pautas integrales de la Administración de recursos y servicios de salud de EE. UU., están cubiertos para miembros menores a 21 años. Estos incluyen aquellos con necesidades especiales de atención médica.
- Examen preventivo de hemoglobinopatías: recién nacidos.
- Examen preventivo de hipotiroidismo: recién nacidos.
- Suplementos de hierro en niños cuando sean recetados por un PCP
- Examen preventivo de obesidad y asesoramiento: niños
- Examen preventivo de fenilcetonuria (PKU): recién nacidos
- Medicamento profiláctico para la gonorrea: recién nacidos
- Examen preventivo de depresión: adolescentes
- Evaluaciones de abuso de drogas y alcohol para adolescentes.

- Examen preventivo de autismo para niños de 18 a 24 meses.
- Evaluación de salud conductual para niños.
- Evaluación de la salud conductual para todos los adolescentes sexualmente activos quienes tienen riesgo aumentado de infección de transmisión sexual.
- Examen preventivo de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.
- Examen preventivo de dislipidemia para niños con alto riesgo de trastornos lipídicos.
- Examen preventivo de hematocritos o hemoglobina.
- Examen preventivo de VIH para adolescentes con alto riesgo.
- Asesoramiento y prevención de infección de transmisión sexual (ETS) para adolescentes con alto riesgo.

*Si lleva su hijo al departamento de salud local o la escuela ha dado a su hijo alguna vacuna, asegúrese de proporcionar una copia del registro actualizado de vacunas (tarjeta de vacunación) al PCP de su hijo.

Servicios médicos preventivos para adultos y ancianos

Los siguientes servicios de atención médica preventiva ambulatoria se encuentran cubiertos y se recomiendan para todos los adultos, incluidos los ancianos. No pagará costos compartidos si recibe servicios de atención médica preventiva de un proveedor participante: No todos los procedimientos son preventivos. Hable con su proveedor sobre las indicaciones específicas para su servicio.

- Historial médico y examen físico
- Chequeo médico de la presión arterial
- Chequeo médico de colesterol
- Examen de mamas a las mujeres (de acuerdo con su edad)
- Mamografía para las mujeres (de acuerdo con su edad)
- Prueba de Papanicoláu para mujeres (de acuerdo con su edad) y el estado de salud, lo que incluye el examen preventivo del virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés);
- Antígeno específico de la próstata (PSA)
- Examen preventivo de la tuberculosis (TB)
- Examen preventivo colorrectal de cáncer (de acuerdo con su edad);
- Exámenes de detección del cáncer
- Exámenes de detección de osteoporosis en las mujeres (de acuerdo con su edad)
- Inmunizaciones
- Pruebas de laboratorio para diagnóstico y tratamiento (incluida diabetes y enfermedades de transmisión sexual)
- Educación para la salud
- Servicios de planificación familiar
- Exámenes programados de cuidado prenatal y consultas y examen de seguimiento posparto;
- Examen preventivo de la bacteriuria: mujeres embarazadas
- Suplemento de ácido fólico
- Examen preventivo de hepatitis B: mujeres embarazadas
- Apoyo, suministros, asesoramiento para amamantar
- Examen preventivo de incompatibilidad Rh: primera consulta por embarazo
- Examen preventivo de incompatibilidad Rh: 24-28 semanas de gestación;
- Examen preventivo de diabetes gestacional
- Examen preventivo de diabetes (tipo 2) para adultos con presión arterial alta

- Examen preventivo de aneurisma de la aorta abdominal: hombres
- Asesoramiento para uso indebido de alcohol
- Examen preventivo de anemia: mujeres
- Aspirina para prevenir una enfermedad cardiovascular (cuando la receta un proveedor participante)
- Examen preventivo de BRCA, asesoramiento sobre medicamentos preventivos contra el cáncer de mama
- Examen preventivo de la infección por clamidia: mujeres
- Examen preventivo de depresión: adultos
- Asesoramiento de dieta saludable
- Examen preventivo de obesidad y asesoramiento: adultos
- Examen preventivo y asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH
- Examen preventivo y asesoramiento sobre sífilis: todos los adultos con alto riesgo
- Examen preventivo y asesoramiento sobre gonorrea: todos los adultos con alto riesgo
- Evaluación de la salud conductual para todos los adultos quienes tienen un mayor riesgo de infección de transmisión sexual
- Examen preventivo para el virus de hepatitis B en personas con alto riesgo de infección
- Remisión de los adultos obesos o con sobrepeso que tienen más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (CVD) a intervenciones de asesoramiento conductual intensivas para promover una dieta saludable y actividad física para prevenir la CVD.
- Asesoramiento sobre el uso del tabaco e intervenciones
- Consultas preventivas de la mujer
- Examen de detección de violencia interpersonal y doméstica, y asesoramiento al respecto: mujeres

SERVICIOS DE MÉDICO

Cubrimos los siguientes servicios del médico para pacientes ambulatorios:

- Prevención, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión
- Visitas al consultorio del médico
- Exámenes de la salud rutinarios para niños y para adultos
- consultas con especialistas (por ejemplo, un oncólogo o cardiólogo) con remisión de su PCP;
- inyecciones, pruebas y tratamientos de alergias;
- Atención de médicos dentro o fuera del hospital
- Consultas y cuidado preventivo del niño
- Exámenes de rutina y cuidado prenatal brindado por un obstetra ginecólogo a las afiliadas
- la atención de maternidad ambulatoria, incluidos los suministros médicamente necesarios para un parto en su domicilio; servicios para las complicaciones del embarazo, incluido el sufrimiento fetal, la diabetes gestacional y la toxemia; servicios de otros proveedores médicos, incluida una enfermera partera certificada; y servicios de laboratorio relacionados.

SERVICIOS DE HABILITACIÓN

Los dispositivos y servicios de recuperación de habilidades médicamente necesarios son servicios y dispositivos de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida diaria. Los ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina ni habla en la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de instalaciones para pacientes internados o ambulatorios.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Cubrimos los servicios de rehabilitación que sean médicamente necesarios y que ayudan a los miembros lesionados o discapacitados a reanudar sus actividades de la vida diaria. El objetivo de estos servicios es que el miembro reanude sus actividades cotidianas en un entorno apropiado para el nivel de la lesión o discapacidad.

Los servicios de rehabilitación ambulatorios incluyen solamente:

- Fisioterapia (20 consultas por año natural)
- Terapia ocupacional (20 consultas por año natural) Esto no incluye los servicios descritos en la sección “Servicios del trastorno del espectro de autismo”.
- Terapia del habla (20 consultas por año natural). Esto no incluye los servicios descritos en la sección “Servicios del trastorno del espectro de autismo”.
- Terapia de rehabilitación pulmonar (20 consultas por año natural)
- Terapia de rehabilitación cardíaca (36 consultas por año natural)
- Terapia auditiva de implantes cocleares (30 consultas por año natural)

Los beneficios pueden ser denegados o reducidos para los miembros que no progresen en los servicios de rehabilitación con una meta específica. También se pueden denegar o reducir los beneficios si las metas de rehabilitación ya se alcanzaron.

Tenga en cuenta que los servicios cubiertos incluyen terapia del habla para el tratamiento de trastornos del habla, lenguaje, voz, comunicación y procesamiento auditivo solo cuando el trastorno sea resultado de una lesión, derrame cerebral, cáncer o anomalías congénitas. Para la terapia del habla relacionada con el trastorno del espectro de autismo, consulte los servicios descritos en la sección “Servicios del trastorno del espectro de autismo”.

SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE MANIPULACIÓN

Cubrimos los servicios médicamente necesarios de tratamiento de manipulación. El tratamiento de manipulación es la aplicación terapéutica de tratamiento de manipulación quiropráctica u osteopática con o sin tratamiento psicológico auxiliar o métodos de rehabilitación prestados para restaurar/mejorar el movimiento, reducir el dolor y mejorar la función en la autogestión de una condición neuromusculoesquelética identificable.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Cubrimos los siguientes servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cuando los proporcionan proveedores participantes que son médicos u otros profesionales de atención médica autorizados que ejercen su disciplina dentro del ámbito de su licencia:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal
- Pruebas psicológicas, cuando sea necesario para evaluar un trastorno mental (definido a continuación),
- Servicios para pacientes ambulatorios para realizar un seguimiento de la terapia con medicamentos.

Cubrimos los servicios para la salud mental para pacientes ambulatorios únicamente cuando están destinados al diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales. Un “trastorno mental” es una condición de salud mental identificada como un “trastorno mental” en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales, edición actual, revisión de texto (DSM). El trastorno mental debe provocar un importante sufrimiento clínico o alteración del funcionamiento mental, emocional o del comportamiento.

Los "trastornos mentales" cubiertos de conformidad con esta EOC incluyen enfermedades mentales graves de una persona de cualquier edad. La “enfermedad mental grave” abarca los siguientes trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), trastornos depresivos graves, pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Molina cubre el examen preventivo, diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro de autismo según se expresa en este Contrato bajo: (1) “Atención médica preventiva para niños y adolescentes” en la sección anterior “Servicios médicos preventivos y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio” y (2) la sección “Servicios del trastorno del espectro de autismo” a continuación.

No cubrimos los servicios para afecciones que el DSM identifica como afecciones distintas a un trastorno mental.

Cubrimos la evaluación clínica de salud mental para dependientes afiliados que sean estudiantes de tiempo completo y asistan a una escuela en el estado de Wisconsin pero fuera del área de servicio. La evaluación clínica debe ser conducida por el profesional de la salud mental designado por Molina. El profesional de la salud mental debe encontrarse en el estado de Wisconsin y a una distancia razonable de la escuela del estudiante a tiempo completo.

Si se recomiendan servicios ambulatorios de salud mental o abuso de sustancias, se brindará una cobertura máxima de cinco visitas en el centro de tratamiento ambulatorio. Los servicios pueden recibirse por parte de un profesional designado por Molina que debe encontrarse en el estado de Wisconsin y a una distancia razonable de la escuela del estudiante a tiempo completo.

Molina y el proveedor tratante deben concluir que el tratamiento adicional es apropiado luego de finalizar las cinco consultas. El miembro recibirá tratamientos adicionales según la recomendación del proveedor tratante y de la aprobación de Molina. El tratamiento recomendado no será cubierto si impedirá que el dependiente asista a clases de forma regular. Además, los servicios tampoco estarán cubiertos si el dependiente ya no es un estudiante a tiempo completo. El término “profesional de la salud mental”, como se lo utiliza en este párrafo, significa:

- Un médico autorizado que ha completado una residencia en psiquiatría en un centro de tratamiento ambulatorio o en el consultorio del médico.
- Un psicólogo autorizado.
- Un profesional de la salud mental autorizado que presta atención dentro del ámbito de su licencia.

SERVICIOS DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO DE AUTISMO

Cubrimos servicios prestados a un miembro que tiene un diagnóstico primario del trastorno de espectro de autismo. También brindamos cobertura para la prueba de diagnóstico del trastorno de espectro de autismo. Para que el diagnóstico del trastorno de espectro de autismo sea válido, las herramientas de prueba utilizadas deben ser apropiadas para las características presentes y edad del miembro. Las herramientas de prueba deben estar validadas con información empírica sobre

el trastorno de espectro de autismo para brindar evidencia de que el miembro cumple con los requisitos del trastorno de espectro de autismo según el Manual de diagnóstico y estadísticas de trastornos mentales publicado por la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos.

Podemos solicitarle al miembro que obtenga una segunda opinión de otro proveedor de atención médica por nuestra cuenta. Este proveedor debe tener experiencia en el uso de herramientas validadas empíricamente específicas para el trastorno de espectro de autismo. El miembro, el padre o el representante autorizado del miembro y Molina deben estar de acuerdo con la elección del proveedor. La cobertura del costo de una segunda opinión estará incluida al beneficio de acuerdo con la sección 632.895(12m), Estatutos de Wisconsin, modificada.

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

Definiciones que se aplican a esta sección de servicios para el trastorno de espectro de autismo.

“Trastorno de espectro de autismo” significa trastorno de autismo, trastorno de Asperger o trastorno profundo del desarrollo, no especificado de otra forma.

“Analista del comportamiento” hace referencia a una persona certificada por la Behavior Analyst Certification Board, Inc. o una organización sucesora, como un analista del comportamiento autorizado por el Consejo Médico que ha recibido una licencia bajo la sección 440.312, Estatutos de Wisconsin, para desarrollar el análisis de comportamiento.

“Comportamiento” hace referencia a las terapias interactivas que se dirigen a los comportamientos observables para crear habilidades necesarias. Estas terapias interactivas reducen los comportamientos problemáticos a través del uso de principios de aprendizaje bien establecidos para modificar los comportamientos importantes a nivel social. La meta es construir un rango de habilidades sociales, de comunicación y de aprendizaje, así como también reducir los comportamientos desafiantes.

“Terapia basada en evidencia” hace referencia a la terapia, servicio y tratamiento basado en evidencia médica y científica. La terapia basada en evidencia está determinada como un tratamiento o estrategia útil. Se prescribe para mejorar la condición del miembro o para alcanzar metas sociales, cognitivas, de comunicación, de comportamiento o de cuidado personal. Estas metas se definen claramente dentro del plan de tratamiento del miembro. Para que sea considerada como un tratamiento o estrategia eficaz, la terapia debe estar diseñada para:

- tratar condiciones sociales, cognitivos o de comportamiento asociadas con el trastorno de espectro de autismo;
- sostener y maximizar los logros alcanzados durante los servicios de nivel intensivo; o
- mejorar la condición de un individuo con trastorno de espectro de autismo.

“Servicios de nivel intensivo” hace referencia a terapias de comportamiento basadas en evidencias que están diseñadas para ayudar a los individuos con trastorno de espectro de autismo a superar las deficiencias cognitivas, sociales y de comportamiento asociadas a este trastorno. Estas terapias deben estar basadas y relacionadas directamente con las metas y habilidades terapéuticas del miembro. Estas metas y habilidades son prescritas por un médico familiarizado con el miembro.

Los servicios de nivel intensivo pueden incluir terapia del habla y terapia ocupacional basadas en evidencia. Estas terapias son brindadas por un terapeuta calificado cuando dicha terapia esté basada o relacionada con las metas y habilidades terapéuticas del miembro y sea concomitante con la terapia de comportamiento basada en evidencia.

“Servicios de nivel no intensivo” hace referencia a las terapias basadas en evidencia que ocurren luego de la finalización de un tratamiento con servicios de nivel intensivo. Estos están diseñados para mantener y maximizar los logros alcanzados durante el tratamiento con servicios de nivel intensivo. También están diseñados para un individuo que no ha recibido ni recibirá servicios de nivel intensivo, terapias basadas en evidencia que mejorarán la condición del individuo.

“Práctica de análisis de comportamiento” hace referencia al diseño, uso y evaluación de las modificaciones sistemáticas ambientales y de instrucciones. Estas modificaciones se utilizan para producir mejoras importantes a nivel social en el comportamiento humano. Estas mejoras incluyen la identificación empírica de las relaciones funcionales entre los factores de comportamiento y ambientales, conocida como evaluación y análisis funcional. Esto incluye intervenciones basadas en investigación científica y la observación y medición directa del comportamiento y del ambiente. La práctica de análisis de comportamiento no incluye pruebas psicológicas, neuropatología, psicoterapia, terapia cognitiva, terapia sexual, asesoramiento matrimonial, psicoanálisis, hipnoterapia ni asesoramiento a largo plazo como modalidades de tratamiento.

“Profesional calificado de nivel intensivo” hace referencia a un individuo que trabaja bajo la supervisión de una clínica de salud mental ambulatoria y que tiene una licencia profesional como se define en la Sección DHS 35.03(9g), Código administrativo de Wisconsin. Este profesional ha completado al menos 2800 horas de entrenamiento, capacitación y experiencia, lo que incluye:

- 1500 horas de entrenamiento bajo supervisión. Este entrenamiento involucra trabajo individual con individuos con trastorno de espectro de autismo a través de modelos de terapia eficaces y basados en evidencia.
- Experiencia supervisada con las siguientes personas:
 - Trabajar con familias como parte de un equipo de tratamiento y asegurar su cumplimiento.
 - Tratar individuos con trastorno de espectro de autismo con funciones en una amplia variedad de niveles cognitivos y exponer una variedad de deficiencias de habilidades y fortalezas.
 - Tratar individuos con trastorno de espectro de autismo con una variedad de desafíos de comportamiento.
 - Tratar individuos con trastorno de espectro de autismo que han mostrado una mejora en el rango promedio de la función cognitiva, habilidad del habla, habilidades de adaptación e interacción social.
 - Diseñar e implementar programas de tratamiento progresivos para individuos con trastorno de espectro de autismo.
- Curso académico en una institución de educación superior acreditada a nivel regional con un curso demostrado para la aplicación de modelos de terapia de nivel intensivo consistentes con las mejores prácticas e investigación para la efectividad en individuos con trastorno de espectro de autismo.

“Proveedor calificado de nivel intensivo” hace referencia a un individuo identificado en la sección 632.895(12m) (b) 1. a 4. Estatutos de Wisconsin, que actúa dentro del ámbito de una licencia actual válida emitida por el estado para psiquiatría, psicología o analista de comportamiento. También hace referencia a un trabajador social que actúa dentro del ámbito de un certificado o licencia actual válida emitida por el estado para practicar la psicoterapia, quien brinda terapia de comportamiento basadas en evidencias de acuerdo con las disposiciones y la Sección 632.895(12m) (a) 3., Estatutos de Wisconsin. Este individuo ha completado al menos 2800 horas de entrenamiento, capacitación y experiencia, lo que incluye:

- 1500 horas de entrenamiento supervisado que involucra trabajo individual con individuos con trastorno de espectro de autismo a través de modelos de terapia útiles y basados en evidencia.
- Experiencia supervisada con las siguientes personas:
 - Trabajar con familias como el proveedor principal y asegurar el cumplimiento del tratamiento.
 - Tratar individuos con trastorno de espectro de autismo con funciones en una amplia variedad de niveles cognitivos y exponer una variedad de deficiencias de habilidades y fortalezas.
 - Tratar individuos con trastorno de espectro de autismo con una variedad de desafíos de comportamiento.
 - Tratar individuos con trastorno de espectro de autismo que han mostrado una mejora en el rango promedio de la función cognitiva, habilidad del habla, habilidades de adaptación e interacción social.
 - Diseñar e implementar programas de tratamiento progresivos para individuos con trastorno de espectro de autismo.
- Curso académico en una institución de educación superior acreditada a nivel regional con un curso demostrado para la aplicación de modelos de terapia basados en evidencia. Este curso debe ser consistente con las mejores prácticas e investigación para la efectividad en individuos con trastorno de espectro de autismo.

“Paraprofesional calificado” hace referencia a un individuo que trabaja bajo la supervisión activa de un proveedor calificado para supervisar, un proveedor calificado de nivel intensivo o un proveedor calificado y que cumple con lo siguiente:

- Tener, por lo menos, 18 años.
- Tener un diploma de escuela secundaria.
- Completar un formulario de antecedentes penales.
- Obtener al menos 20 horas de entrenamiento. Este entrenamiento incluye temas relacionados con el trastorno de espectro de autismo, métodos de tratamiento basados en evidencia, comunicación, técnicas de enseñanza, temas sobre comportamiento problemático, ética, temas especiales, ambiente natural y primeros auxilios.

- Obtener al menos 10 horas de entrenamiento en el uso de terapia de comportamiento basada en evidencia, lo que incluye la aplicación directa de las técnicas de entrenamiento con un individuo que sufra del trastorno de espectro de autismo.
- Recibe supervisión regular y programada por parte de un proveedor calificado para supervisar su desempeño en la implementación del plan de tratamiento de miembro.

“Profesional calificado” hace referencia a un profesional que trabaja bajo la supervisión de una clínica de salud mental ambulatoria de conformidad con la sección 51.038, de los Estatutos de Wisconsin, que actúa dentro del ámbito de una licencia actual válida emitida por el estado y que provee terapia basada en evidencia de acuerdo con esta disposición.

“Proveedor calificado” hace referencia a un individuo que actúa dentro del ámbito de una licencia actual válida emitida por el estado para psiquiatras, psicólogos y analista de comportamiento, o un trabajador social que actúe dentro del ámbito de una licencia o certificado actual válido emitido por el estado para practicar la psicoterapia y quien provee terapia basada en evidencia de acuerdo con esta disposición.

“Proveedor supervisor calificado” hace referencia a un proveedor de nivel intensivo calificado quien ha completado al menos 4160 horas de experiencia como supervisor de los proveedores, profesionales y paraprofesionales menos experimentados.

“Terapeuta calificado” hace referencia a un individuo quien es un patólogo del habla y lenguaje o un terapeuta ocupacional que actúa dentro del ámbito de una licencia actual válida emitida por el estado y que provee terapia basada en evidencia de acuerdo con esta disposición.

“Supervisión de una clínica de salud mental ambulatoria” hace referencia a un individuo que cumple con los requisitos de un proveedor supervisor calificado y quien periódicamente revisa todos los planes de tratamiento desarrollados por los profesionales calificados para los miembros con trastornos de espectro de autismo.

“Programa de renuncia” hace referencia a los servicios provistos por el Departamento de servicios de salud de Wisconsin a través de los servicios Medicaid Home y basados en la comunidad según lo provisto por los centros de servicios para Medicare y Medicaid.

Beneficio de los servicios de nivel intensivo

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

- La terapia debe basarse en un plan de tratamiento desarrollado por el proveedor de nivel intensivo calificado o un profesional de nivel intensivo calificado que incluya al menos 20 horas por semana durante un período de tiempo de seis meses de terapia conductual basada en evidencia y servicios con metas especiales cognitivas, sociales, comunicativas, de cuidado personal o de comportamiento que se definen de forma clara, se observan en directo y se miden continuamente y están dirigidas a las características de los trastornos del espectro de autismo. Los planes de tratamiento requieren que el miembro se encuentre presente y comprometido con la intervención.

- La terapia debe ser implementada por proveedores calificados, profesionales calificados, terapeutas calificados o paraprofesionales calificados.
- Se debe brindar la terapia en un ambiente que facilita el alcance de las metas del plan de tratamiento del miembro.
- La terapia debe implementar las metas terapéuticas identificadas desarrolladas por el equipo, lo que incluye consultas, participación en reuniones grupales y participación activa de la familia del miembro.
- La terapia debe comenzar luego de que el miembro tenga dos años de edad y antes de que cumpla los nueve años.
- La terapia debe ser provista por un proveedor de nivel intensivo calificado o un profesional de nivel intensivo calificado quien debe observar directamente al miembro al menos una vez cada dos meses.

Se debe evaluar y documentar el progreso a través del curso del tratamiento. Podemos, es nuestra opción, solicitar o revisar el plan de tratamiento del miembro y el resumen del progreso de forma periódica.

Los beneficios de servicios de nivel intensivo se limitan a 30 consultas por año natural. La cobertura para los servicios de nivel intensivo se proveerá por hasta 48 meses. Podemos, es nuestra opción, acreditar los 48 meses de servicios de nivel intensivo, cualquier servicio de nivel intensivo previo que el miembro puede haber recibido previo a la inscripción de conformidad con este producto. Podemos solicitar documentación, lo que incluye historia clínica y planes de tratamiento, para verificar la terapia conductual basada en evidencia que el miembro haya recibido en relación con trastornos de espectro del autismo que haya sido brindado al miembro a los nueve años de edad. Podemos considerar como servicios de nivel intensivo a cualquier terapia conductual basada en evidencia que se haya provisto al miembro por un promedio de 20 o más horas semanales durante un período continuo de seis meses.

No se incluirá el tiempo de viaje de los proveedores cuando se calcule la cantidad de horas de cuidado brindados cada semana. Los beneficios no se pagan para facturaciones separadas de tiempo de viaje.

Los beneficios también se pagan por los cargos de un terapeuta calificado cuando los servicios se consideran concomitantes con la terapia conductual basada en evidencia de nivel intensivo y todos los siguientes:

- El terapeuta calificado brinda terapia basada en evidencia al miembro a quien primero se le diagnosticó un trastorno de espectro de autismo.
- El miembro recibe de manera activa servicios conductuales de un proveedor de nivel intensivo calificado o un profesional de nivel intensivo calificado.
- El terapeuta desarrolla e implementa un plan de tratamiento consistente con su licencia.

Beneficio de los servicios de nivel no intensivo

Los servicios cubiertos incluyen servicios de nivel no intensivo basados en evidencia, lo que incluye servicios directos o de consulta, que se los brinda al miembro un proveedor calificado, profesional calificado, terapeuta calificado o paraprofesional calificado ya sea luego de la finalización de los servicios de nivel intensivo para mantener y maximizar los logros alcanzados durante los servicios de nivel intensivo o se le brindan al miembro que no ha recibido ni recibirá servicios de nivel intensivo pero a quien los servicios de nivel no intensivo mejorarán la afección que padece. Los servicios de nivel no intensivo deben cumplir con todos los requisitos siguientes:

- La terapia debe basarse en el plan de tratamiento desarrollado por un proveedor calificado, profesional calificado o terapeuta calificado que incluya metas de terapia basada en evidencia que se definan de forma clara, se observen en directo y se midan continuamente y que se dirijan a las características de los trastornos del espectro del autismo. Los planes de tratamiento requieren que el miembro se encuentre presente y comprometido con la intervención.
- La terapia debe ser implementada por proveedores calificados, profesionales calificados, terapeutas calificados o paraprofesionales calificados.
- Se debe brindar la terapia en un ambiente que facilite el alcance de las metas del plan de tratamiento del miembro.
- La terapia debe implementar las metas terapéuticas identificadas desarrolladas por el equipo, lo que incluye consultas, participación en reuniones grupales y participación activa de la familia del miembro.

Se debe evaluar y documentar el progreso a través del curso del tratamiento. Podemos, es nuestra opción, solicitar o revisar el plan de tratamiento del miembro y el resumen del progreso de forma periódica.

No se incluirá el tiempo de viaje de los proveedores cuando se calcule la cantidad de horas de cuidado brindados cada semana. Los beneficios no se pagan para facturaciones separadas de tiempo de viaje.

Los beneficios de servicios de nivel no intensivo se limitan a 20 consultas por año natural.

Transición hacia servicios de nivel no intensivo

Le proveeremos un aviso al miembro o al representante autorizado del miembro sobre un cambio en el nivel de tratamiento del miembro. El aviso indicará la razón para la transición que puede incluir algunas de las siguientes:

- El miembro ha recibido 48 meses acumulativos de servicios de nivel intensivo.
- El miembro ya no solicita servicios de nivel intensivo en base a la documentación de soporte de un proveedor supervisor calificado, el proveedor de nivel intensivo calificado o el profesional de nivel intensivo calificado.
- El miembro ya no recibe terapia conductual basada en evidencia durante al menos 20 horas por semana durante un período de seis meses de tiempo.

Requisito de aviso

El miembro o el representante autorizado del miembro debe avisarnos en cualquier momento cuando el miembro requiere y califica para servicios de nivel intensivo pero no es capaz de recibir servicios de nivel intensivo durante un período de tiempo extendido. El miembro o el representante autorizado del miembro debe indicar la razón específica por la cual la familia o cuidador del miembro pertinente no puede cumplir con el plan de tratamientos de servicios de nivel intensivo. Las razones para solicitar la interrupción de los servicios de nivel intensivo por un período extendido de tiempo pueden incluir una afección médica de importancia, intervención y recuperación quirúrgica, evento catastrófico o cualquier otra razón que determinemos que sea aceptable.

No denegaremos los servicios de nivel intensivo provistos a un miembro que no logre mantener al menos 20 horas por semana de terapia conductual basada en evidencia sobre un período de tiempo de seis meses cuando tal miembro o representante autorizado del miembro brinde el aviso solicitado de conformidad con esta sección o cuando el miembro o representante autorizado del miembro puedan documentar que la incapacidad para mantener al menos 20 horas por semana de terapia conductual basada en evidencia fue a causa de esperar los servicios del programa de renuncia.

Servicios no cubiertos

No cubriremos ni pagaremos por ningún gasto en el que se incurra a causa de lo siguiente:

- Acupuntura
- Terapia basada en animales, incluida la hipnoterapia.
- Capacitación en integración auditoria
- Terapia de quelación
- Honorario de cuidados de niños
- Terapia craneosacral
- Servicios de respiro o custodia
- Terapia hiperbárica con oxígeno
- Dietas especiales o suplementos
- Reclamos que hemos determinado como fraudulentos.
- El tiempo de viaje de proveedores calificados, profesionales calificados, terapeutas calificados o paraprofesionales calificados.
- Tratamiento que es dado por un padre o tutor legal que es de otro modo considerado un proveedor calificado, proveedor supervisor calificado, terapeuta calificado, profesional calificado o paraprofesional calificado cuando le brinda tratamiento a su propio hijo.
- Terapia, tratamiento o servicios provistos a un miembro que vive en un centro de tratamiento residencial, centro de tratamiento para paciente internado o centro de tratamiento de día.

Los costos para centros o ubicaciones o el uso de un centro o ubicación cuando el tratamiento, los servicios o la terapia basada en evidencia se brinda afuera de la casa del miembro.

SERVICIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Cubrimos la siguiente atención médica ambulatoria para el tratamiento de abuso de sustancias:

- Programas de tratamiento diurno
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios
- Asesoramiento individual o grupal por abuso de sustancias
- Tratamiento médico de los síntomas de abstinencia
- Evaluación y tratamiento individual por abuso de sustancias
- Tratamiento grupal por abuso de sustancias

No cubrimos los servicios para casos de alcoholismo, abuso de drogas o adicción a las drogas excepto como se describe en esta sección de "Servicios contra el abuso de sustancias ambulatorios".

SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA

No cubrimos la mayoría de los servicios dentales y de ortodoncia; sin embargo, algunos servicios dentales y de ortodoncia se describen en esta sección "Servicios dentales y de ortodoncias."

Servicios dentales para la radioterapia

Cubrimos la evaluación dental, radiografías, tratamiento con fluoruro y las extracciones necesarias para preparar su mandíbula para la radioterapia de cáncer en la cabeza o cuello, si un médico que es un proveedor participante proporciona los servicios o si Molina le brinda autorización previa a un proveedor no participante que es un dentista para proporcionar los servicios.

Anestesia para procedimientos dentales

Para procedimientos dentales, cubrimos la anestesia general y los servicios del centro del proveedor participante relacionados con la anestesia, si se cumple cualquiera de las siguientes condiciones:

- Tiene discapacidad de desarrollo, su salud está comprometida o su condición de desarrollo hace que la anestesia sea médicamente necesaria.
- Su estado clínico o la condición médica subyacente requieren que el procedimiento dental se proporcione en un hospital o centro de cirugía para pacientes ambulatorios.
- El procedimiento dental normalmente no requeriría anestesia general

No cubrimos ningún otro servicio relacionado con el procedimiento dental, tales como los servicios del dentista.

Servicios dentales y de ortodoncia para el paladar hendido

Cubrimos las extracciones dentales, los procedimientos dentales necesarios para preparar la boca para una extracción y los servicios de ortodoncia, si cumple con todos los siguientes requisitos:

- Los servicios son una parte integral de una cirugía reconstructiva del paladar hendido.
- Un proveedor participante proporciona los servicios o Molina brinda una autorización previa a un proveedor no participante para proporcionar los servicios dentales o de ortodoncia.

Servicios para tratar el síndrome de la articulación temporomandibular

Cubrimos los siguientes servicios para tratar el síndrome de la articulación temporomandibular (también conocido como “ATM”) si se aplican todas las condiciones a continuación:

- La condición es causada por una deformidad, enfermedad o lesión congénita, de desarrollo o adquirida.
- Bajo 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 y tratamiento de la condición.
- La finalidad del procedimiento o dispositivo es controlar o eliminar la infección, dolor, enfermedad o falla.

Los servicios cubiertos para ATM están limitados a:

- Un procedimiento quirúrgico por año natural.
- Tres consultas por año natural para:
 - Tratamiento médico no quirúrgico médicamente necesario para ATM, lo que incluye cobertura para dispositivos de terapia de férula intraoral prescrita.
 - Tratamiento quirúrgico y artroscópico de ATM si el historial muestra que un tratamiento médico conservador ha fracasado.

Por los servicios cubiertos relacionados con la atención dental o de ortodoncia mencionados en las secciones anteriores, usted pagará los costos compartidos que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con la atención dental o de ortodoncia. Por ejemplo, para los servicios hospitalarios para pacientes internados, usted debería pagar los costos compartidos que aparecen en la sección “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en la Guía de beneficios y cobertura.

Servicios dentales – Solo accidentes

Los servicios dentales están cubiertos solo cuando se cumple con todas las siguientes condiciones:

- El tratamiento es necesario debido a un daño accidental.
- Los servicios dentales son prestados por un doctor de cirugía dental o un doctor de odontología médica.
- El daño dental es lo suficientemente grave como para hacer una consulta con el médico o dentista en las 72 horas posteriores al accidente. Puede solicitar una extensión de este período de tiempo siempre y cuando lo haga dentro de los 60 días posteriores a la lesión y si existen circunstancias atenuantes debido a la gravedad de la lesión.

Tenga en cuenta que el daño dental que ocurre como resultado de actividades normales de la vida diaria o del uso extraordinario de los dientes no es considerado como accidente en sí. Los beneficios no están disponibles para reparaciones de dientes que estén dañados como resultado de dichas actividades.

Los servicios dentales para reparar daños causados por una lesión accidental deben cumplir con los siguientes plazos de tiempo:

- El tratamiento comienza dentro de los tres meses posteriores al accidente, a menos que existan circunstancias atenuantes (como hospitalización prolongada o la presencia de cables de fijación para una fractura).
- El tratamiento debe completarse dentro de los 12 meses posteriores al accidente.

Los beneficios para el tratamiento de lesión accidental se limitan a:

- Examinación de emergencia
- Radiografías de diagnóstico médicamente necesarias
- Tratamiento endodóntico (endodoncia)
- Ferulización temporal de los dientes
- Corona y muñón prefabricados
- Procedimientos de reconstrucción simples y mínimos (empastes)
- Extracciones
- Coronas postraumáticas si son el único tratamiento aceptable a nivel médico
- Implante, dentadura postiza o puentes para la sustitución del diente perdido debido a la lesión

SERVICIOS PARA LA VISTA PEDIÁTRICOS

Cubrimos los siguientes servicios para la vista para los miembros menores de 19 años:

- Examen preventivo de la vista y examen de los ojos de rutina cada año natural.
- Anteojos recetados: monturas y lentes, limitado a un par de anteojos recetados una vez cada 12 meses.
 - Las monturas cubiertas incluyen una selección limitada cubierta. Los proveedores participantes le mostrarán la selección limitada de monturas cubiertas que tiene a su disposición conforme a este producto. No tienen cobertura las monturas que no se encuentren cubiertas por la selección limitada conforme a este producto.
 - Las lentes recetadas: incluyen lentes monofocales, bifocales lineales, trifocales lineales, lentes lenticulares y lentes de policarbonatos. Los lentes incluyen recubrimiento resistente a rasguño y protección UV.
- Lentes de contacto: se limita a un par de lentes de contacto estándar cada año natural, en lugar de lentes con receta médica y monturas; incluye evaluación, ajuste y atención de seguimiento. También cubiertos si son médicamente necesarios, en lugar de lentes con receta médica y marcos, para el tratamiento de las siguientes afecciones:
 - aniridia;
 - aniseiconia;
 - anisometropía;
 - afaquia;
 - trastornos de la córnea;
 - astigmatismo irregular;
 - queratocono;
 - miopía patológica;
 - trastornos postraumáticos.

- Los dispositivos ópticos de visión reducida están cubiertos, lo que incluye la capacitación para servicios para la vista reducida e indicaciones para maximizar el resto de la visión útil. La atención de seguimiento está cubierta cuando los servicios son médicamente necesarios y se obtiene autorización previa. Con autorización previa, la cobertura incluye lo siguiente:
 - Una evaluación integral de la visión reducida cada 5 años.
 - Lentes de alta potencia, lupas y telescopio según sea médicamente necesario.
 - Atención de seguimiento - cuatro consultas en un período de cinco años.

La cirugía correctiva láser no está cubierta.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Cubrimos servicios de planificación familiar para ayudar a determinar la cantidad y el período entre hijos. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) federal.

Como miembro, usted elige a un médico que se encuentra cerca de usted para recibir los servicios que necesita. Nuestros PCP y los especialistas, como el obstetra ginecólogo, están disponibles para servicios de planificación familiar. Puede realizar una cita sin tener que obtener una autorización previa de Molina. Molina paga al médico o a la clínica por los servicios de planificación familiar que usted recibe. Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Educación y asesoramiento en salud para ayudarlo a tomar decisiones informadas y a comprender los métodos anticonceptivos
- Historial limitado y examen físico.
- Pruebas de laboratorio si las indica el médico a la hora de decidir qué métodos anticonceptivos podría usar.
- Suministro de anticonceptivos con receta médica, dispositivos, píldoras anticonceptivas, como Depo-Provera.
- Atención de seguimiento para cualquier problema que tenga utilizando los métodos anticonceptivos emitidos por los proveedores de planificación familiar.
- Suministro de anticonceptivos de emergencia cuando se surtan a través de un farmacéutico participante o por un proveedor no participante, en el caso de una emergencia.
- Servicios de esterilización voluntaria, incluso la ligadura de trompas (para mujeres) y vasectomías (para hombres)
- Pruebas y asesoramiento para el embarazo.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) si es médicamente necesario.
- Examen preventivo, pruebas y asesoramiento de las personas en riesgo de padecer VIH y remisión para tratamiento.
- Cualquier otra consulta, examen, procedimiento y servicio médico ambulatorio necesario para prescribir, administrar, mantener o quitar un anticonceptivo.

Los servicios de planificación familiar no incluyen:

- condones para hombres, ya que están excluidos de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Según lo permita la ley estatal y federal, Molina Healthcare solo cubre los servicios de interrupción de embarazo en las siguientes circunstancias:

- Si el embarazo del miembro se produjo como resultado de una violación o incesto.
- En caso de que el miembro sufra de un trastorno, una lesión física o una enfermedad física, incluida una afección física que ponga en riesgo la vida a causa del embarazo (o en consecuencia), que, según certifica el proveedor participante, la pone en peligro de muerte, a menos que se realice la interrupción de embarazo.

Los servicios de interrupción de embarazo, cuando se realizan en un consultorio, no requieren autorización previa.

Si los servicios de interrupción de embarazo se brindan en un centro para pacientes internados o en un ámbito ambulatorio hospitalario, se requiere autorización previa.

Se aplicarán costos compartidos por las visitas al consultorio y cirugía para pacientes ambulatorios.

Tenga en cuenta que algunos hospitales y proveedores podrían no prestarle servicios de interrupción de embarazo.

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA EN HOSPITAL/CENTRO

CIRUGÍA AMBULATORIA

Cubrimos servicios de cirugía para pacientes ambulatorios proporcionados por proveedores participantes, si se prestan en un centro de cirugía ambulatoria o para pacientes ambulatorios, o en el quirófano de un hospital. **Pueden aplicarse costos compartidos por separado por servicios profesionales y servicios de un centro de atención médica.**

PROCEDIMIENTOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (QUE NO SEAN CIRUGÍA)

Cubrimos los procedimientos para pacientes ambulatorios que no sean proporcionados por proveedores participantes de la cirugía. Cubrimos estos procedimientos si un miembro del personal con licencia supervisa sus signos vitales a medida que recupera la sensación después de recibir medicamentos para reducir la sensación o para minimizar la molestia. **Pueden aplicarse costos compartidos por separado por servicios profesionales y servicios de un centro de atención médica.**

SERVICIOS DE EXPLORACIÓN ESPECIALIZADA

Cubrimos servicios de exploración especializados, que incluyen TC, PET e IRM por medio de proveedores participantes. **Pueden aplicarse costos compartidos por separado por servicios profesionales y servicios de un centro de atención médica.**

SERVICIOS DE RADIOLOGÍA (por ejemplo, radiografías)

Cubrimos servicios de radiología, que no sean servicios especializados de exploración. A excepción de los servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente fuera del área, debe recibir los servicios cubiertos por parte de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no estarán cubiertos. Será 100 % responsable del pago al proveedor no participante, y los pagos no aplicarán para su deducible o el máximo anual de gastos de su bolsillo.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Cubrimos los siguientes servicios cuando son médicamente necesarios. Estos servicios están sujetos a costos compartidos. A excepción de los servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente fuera del área, debe recibir los servicios cubiertos por parte de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no estarán cubiertos. Será 100 % responsable del pago al proveedor no participante, y los pagos no aplicarán para su deducible o el máximo anual de gastos de su bolsillo.

- Pruebas de laboratorio
- Otros análisis médicamente necesarios, tales como electrocardiogramas (ECG) y electroencefalogramas (EEG)
- Sangre y plasma sanguíneo
- Diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto por medio de procedimientos de diagnóstico en casos de embarazos de alto riesgo

PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO INTENSIVO PARA PACIENTES DE SALUD MENTAL AMBULATORIOS

Cubrimos los siguientes programas de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios en un centro del proveedor participante:

- Atención médica ambulatoria a corto plazo y en hospitales (hospitalización parcial)
- Tratamiento multidisciplinario a corto plazo en un programa de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios
- Tratamiento a corto plazo en un programa residencial para crisis en un centro de tratamiento psiquiátrico autorizado con supervisión las 24 horas del día por el personal clínico para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda
- Observación psiquiátrica por una crisis psiquiátrica aguda

SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS

Debe tener una autorización previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de emergencia o servicios de atención médica urgente. Sin embargo, si usted obtiene servicios en un hospital o si es admitido en el hospital para servicios de atención de emergencia o atención médica urgente fuera del área, se cubrirá su hospitalización hasta que esté lo suficientemente estabilizado para ser transferido a un centro de un proveedor participante. Los servicios brindados después de haber sido estabilizado en el centro de un proveedor no participante o fuera del área no son servicios cubiertos, por lo tanto será 100 % responsable de los pagos al proveedor no participante y estos no se aplicarán al máximo de gastos de su bolsillo anual.

SERVICIOS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS

Cubrimos los siguientes servicios para pacientes internados en el hospital de un proveedor participante, cuando los servicios se proporcionan general y habitualmente por hospitales generales de atención aguda dentro de nuestra área de servicio:

- Habitación y comidas, incluso una habitación privada si es médicamente necesario
- Atención especializada y unidades de cuidado intensivo
- Atención de enfermería general y especializada
- Quirófanos y salas de recuperación
- Servicios de médicos proveedores participantes, incluidas las consultas y los tratamientos por parte de especialistas.
- Anestesia
- Medicamentos recetados de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de medicamentos (para medicamentos de alta recetados cuando usted es dado de alta del hospital, consulte “Cobertura de medicamentos recetados” en la sección “¿Qué cubre mi Plan?”)
- Materiales radioactivos utilizados para propósitos terapéuticos
- Equipo médico duradero y suministros médicos
- Diagnóstico por imágenes, laboratorio y procedimientos especiales, incluyendo imágenes por resonancia magnética, tomografías computadas y tomografías de emisión de positrones.
- Mastectomías (extirpación del seno) y disecciones de nódulos linfáticos
- Sangre, hemoderivados y su administración
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (incluso el tratamiento en un programa de rehabilitación multidisciplinario organizado), limitado a 60 días por año combinado para todas las terapias
- Terapia respiratoria
- Servicios sociales médicos y planificación del alta

ATENCIÓN DE MATERNIDAD

Cubrimos los siguientes servicios de atención de maternidad relacionados con el trabajo de parto:

- Atención en hospital para pacientes internados por 48 horas después de un parto normal vaginal o 96 horas después de un parto por cesárea. Las estadías más prolongadas requieren que usted o su proveedor se lo notifiquen a Molina. Consulte “Atención de maternidad” en la sección “Servicios hospitalarios para pacientes internados” de la Guía de beneficios y cobertura para conocer los costos compartidos que se aplican a estos servicios.
- Si su médico, después de hablar con usted, decide darla de alta a usted y su recién nacido antes del período de 48 o 96 horas, Molina cubrirá los servicios posteriores al alta y los servicios de laboratorio. Los costos compartidos de atención médica preventiva o los costos compartidos de la atención médica primaria se aplicará para después del alta de servicios, según sea aplicable. Los costos compartidos de pruebas de laboratorio se aplicarán a los servicios de laboratorio.

HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA PACIENTES INTERNADOS POR SALUD MENTAL

Cubrimos la hospitalización psiquiátrica para pacientes internados en un hospital del proveedor participante. La cobertura incluye habitación y alimentación, medicamentos y servicios de médicos proveedores participantes y de otros proveedores participantes que son profesionales de atención médica autorizados y actúan dentro del ámbito de su autorización.

Cubrimos los servicios de salud mental para pacientes internados únicamente cuando los servicios son para el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales. Un “trastorno mental” es una condición de salud mental identificada como un “trastorno mental” en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales, edición actual, revisión de texto (DSM). El trastorno mental debe provocar un importante sufrimiento clínico o alteración del funcionamiento mental, emocional o del comportamiento.

Los "trastornos mentales" cubiertos de conformidad con esta EOC incluyen enfermedades mentales graves de una persona de cualquier edad. La “enfermedad mental grave” abarca los siguientes trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), trastornos depresivos graves, pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Molina cubre el examen preventivo, diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro de autismo según se expresa en este Contrato bajo: (1) “Atención médica preventiva para niños y adolescentes” en la sección anterior “Servicios médicos preventivos y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio” y (2) la sección “Servicios del trastorno del espectro de autismo” a continuación.

No cubrimos los servicios para afecciones que el DSM identifica como afecciones distintas a un trastorno mental.

Cubrimos los servicios de salud mental recibidos en atención de transición, lo que incluye:

- Servicios para niños y adultos en programas de tratamiento diurno
- Servicios para personas con trastornos mentales crónicos brindados a través de un programa de apoyo de la comunidad.
- Servicios de emergencia coordinados para miembros que estén sufriendo una crisis de salud mental o que se encuentren en una situación que pueda desencadenar una crisis de salud mental si no se prestan los servicios. Los beneficios para estos servicios deben ser prestados por el período de tiempo que el miembro experimente la crisis y hasta que esté estabilizado y sea remitido a otro proveedor para su estabilización.

DESINTOXICACIÓN PARA PACIENTE INTERNADO POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Cubrimos la hospitalización en el hospital de un proveedor participante únicamente para la gestión médica del síndrome de abstinencia, incluyendo habitación y comidas, servicios del médico proveedor participante, medicamentos, servicios, educación y asesoramiento en cuestiones de recuperación de dependencia.

SERVICIOS DE RECUPERACIÓN RESIDENCIAL DE TRANSICIÓN DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Cubrimos el tratamiento de abuso de sustancias en una instalación no médica de recuperación residencial de transición aprobada por escrito por Molina. Aquí se proporcionan servicios de asesoramiento y apoyo en un ambiente estructurado.

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Cubrimos los servicios de un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) cuando son médicamente necesarios. Los servicios SNF cubiertos incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas
- Servicios del médico y de enfermería
- Medicamentos
- Inyecciones

Debe tener una autorización previa para estos servicios antes de que comience el servicio. Seguirá recibiendo atención sin interrupción.

El beneficio de SNF se limita a 30 días por año natural.

CUIDADOS PALIATIVOS

Si padece de una enfermedad terminal, cubrimos los siguientes servicios de cuidados paliativos:

- Una habitación semiprivada en un centro de cuidados paliativos
- Servicios de un nutricionista
- Servicios de enfermería
- Servicios sociales médicos
- Servicios de auxiliar médico domiciliario y amas de casa
- Servicios del médico
- Medicamentos
- Suministros y aparatos médicos
- Servicios de respiro hasta siete días por ocurrencia. Los servicios de respiro constituyen la atención de corto plazo durante internación prestada para aliviar a una persona que lo cuida
- Servicios de asesoramiento para usted y su familia
- Desarrollo de un plan de cuidado para usted
- Atención durante hospitalización a corto plazo
- Medicina analgésica
- Control de síntomas
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje y el habla, cuando se proporcionan a los efectos de control de los síntomas o para permitir que el paciente mantenga las actividades de su vida cotidiana y las habilidades funcionales básicas.

El beneficio del centro de cuidado paliativo está dirigido a los miembros a los que se les ha diagnosticado una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 12 meses o menos. Puede elegir la atención en un centro de cuidado paliativo, en lugar de los servicios cubiertos tradicionales por este Contrato. Comuníquese con Molina para obtener información adicional. Debe recibir una autorización previa para todos los servicios de cuidados paliativos para pacientes internados.

ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS

Cubrimos los costos de atención médica rutinaria para miembros que cumplen con los requisitos y que participen en ensayos clínicos aprobados contra el cáncer; enfermedad cardiovascular (cardíaca/derrame); trastornos óseomusculares quirúrgicos de la columna, cadera y rodillas; u otras enfermedades o trastornos para los que determinemos que el ensayo clínico es un ensayo clínico aprobado (como se define a continuación). Nunca se lo inscribirá en un ensayo clínico sin su consentimiento. Para poder calificar para dicha cobertura, usted debe cumplir con las siguientes características:

- Estar afiliado para la cobertura bajo este producto
- Estar diagnosticado con una condición cuya prevención, detección o tratamiento sea el sujeto de un ensayo clínico aprobado.
- Ser aceptado en un ensayo clínico aprobado (según se define a continuación).
- Haber recibido una autorización previa o una aprobación de Molina Healthcare.

Un ensayo clínico aprobado hace referencia a un ensayo clínico Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento de enfermedades cardiovasculares (cardíaca/derrame); trastornos óseomusculares quirúrgicos de la columna, cadera y rodillas o un servicio cubierto que no se excluyan de otro modo de la cobertura de acuerdo con esta EOC.

- El estudio está aprobado o financiado por uno o más de los siguientes organismos:
 - los Institutos Nacionales de Salud
 - los Centros para el control y la prevención de enfermedades
 - la Agencia para la investigación y calidad de la atención médica
 - los Centros para servicios de Medicare y Medicaid
 - el Departamento de Defensa de Estados Unidos
 - el Departamento de asuntos de veteranos de Estados Unidos
 - el Departamento de energía de los Estados Unidos
- O bien el estudio o la investigación se realizan conforme a una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- O bien el estudio o la investigación es un ensayo de un medicamento que está exento de dicha aplicación de un medicamento nuevo en investigación.

Si usted califica, Molina no puede denegar su participación en un ensayo clínico aprobado. Molina no puede denegar, limitar ni establecer condiciones en su cobertura de costos de rutina del paciente que se asocien con su participación en un ensayo clínico aprobado para el cual usted califica. No se le denegará ni quedará excluido de ningún servicio cubierto bajo esta EOC en función de su afección médica o participación en un ensayo clínico.

El costo de los medicamentos utilizados en la administración clínica directa del Miembro estará cubierto, a menos que el ensayo clínico aprobado sea para la investigación de dicho medicamento o que el medicamento se proporcione generalmente sin costo a los miembros en el ensayo clínico.

Por los servicios cubiertos relacionados con un ensayo clínico aprobado, se aplicarán costos compartidos de la misma manera como si los servicios no estuvieran específicamente relacionados con un ensayo clínico aprobado. En otras palabras, usted pagará los costos compartidos que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con un ensayo clínico. Por ejemplo, para la atención durante hospitalización, usted debería pagar el costo compartido que aparece en “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en la Guía de beneficios y cobertura.

Molina no tiene la obligación de cubrir ciertos artículos y servicios que no constituyen costos de rutina del paciente, según lo determina la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, aun cuando contraiga dichos costos en un ensayo clínico aprobado. Los costos excluidos de la cobertura por su producto incluyen:

- El artículo, dispositivo o servicio en investigación.
- Los artículos y servicios únicamente con fines de recolección y análisis de datos, no utilizados para la administración clínica directa del paciente.
- Cualquier servicio inconsistente con la norma establecida de atención para el diagnóstico del paciente.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

Cubrimos los siguientes servicios de cirugía reconstructiva:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedad, si un médico proveedor participante determina que dicha cirugía es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, en la medida de lo posible.
- Después de una extracción médicamente necesaria de la totalidad o parte de la mama, la reconstrucción de la mama, la cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar un aspecto simétrico y el tratamiento de complicaciones físicas, como linfedemas.

Por los servicios cubiertos relacionados con la cirugía reconstructiva, pagará los costos compartidos que pagaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con cirugía reconstructiva. Por ejemplo, para la atención durante hospitalización, usted debería pagar el costo compartido que aparece en “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en la Guía de beneficios y cobertura.

Exclusiones de la cirugía reconstructiva

Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva no están cubiertos:

- Cirugía que, a criterio de un médico proveedor participante que se especializa en cirugía reconstructiva, solo ofrece una mejora mínima en apariencia,
- Cirugía que se realiza para alterar o modificar las estructuras normales del cuerpo para mejorar la apariencia.

SERVICIOS DE TRASPLANTES

Cubrimos los trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea en los establecimientos participantes de trasplante. Estos tipos de trasplantes están cubiertos si Molina emite una autorización previa para los servicios, como se describe en la sección “Acceso a la atención” en “¿Qué es una autorización previa?”.

Luego de la autorización previa para los servicios de un centro de trasplante, se aplica lo siguiente:

- Si el médico o el centro de trasplante determinan que usted no cumple con los respectivos criterios para el trasplante, Molina solo cubrirá los servicios que reciba antes de que se tome dicha determinación.
- Molina no es responsable de conseguir, proporcionar ni garantizar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea.
- De acuerdo con nuestras pautas para donantes de trasplantes vivos, Molina proporciona ciertos servicios relacionados con la donación para un donante, o una persona identificada como posible donante, así sea miembro o no. Estos servicios deben estar directamente relacionados para cubrir el trasplante. Los servicios cubiertos pueden incluir ciertos servicios para la recolección de los órganos, tejidos o médula ósea y para el tratamiento de complicaciones. Nuestras pautas para los servicios a donantes están disponibles llamando al número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente, **1 (888) 560-2043**.

Para servicios de trasplante cubiertos, usted pagará el costo compartido que pagaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con servicios de trasplante. Por ejemplo, para la atención en hospital para pacientes internados, usted debería pagar los costos compartidos que aparecen en “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en la Guía de beneficios y cobertura.

Molina proporciona o paga los servicios relacionados con la donación por los donantes reales o posibles (así sean miembros o no), de acuerdo con nuestras pautas para servicios de donantes sin cargo.

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Algunos medicamentos del formulario de medicamentos requieren una autorización previa. Los requisitos de la autorización previa para cada medicamento se indican en el formulario de medicamentos publicado.

Cubrimos los medicamentos recetados si cumplen las siguientes condiciones:

- Son ordenados por un proveedor participante que lo está tratando y el medicamento recetado está incluido en el formulario de medicamentos de Molina o ha sido aprobado por el Departamento de Farmacia de Molina.
- Son ordenados y administrados mientras se encuentra en una sala de emergencias o en el hospital.
- Se administran mientras se encuentra en un centro de enfermería especializada. El medicamento o fármaco recetado debe ser indicado por un proveedor participante relacionado con servicios cubiertos. Los medicamentos recetados o los medicamentos se deben surtir por medio de una farmacia que se encuentra en la red de farmacias de Molina.
- El medicamento recetado lo receta un proveedor participante que es un médico de planificación familiar u otro proveedor cuyos servicios no requieren aprobación.

Cubrimos la Categoría 1 Medicamentos genéricos del formulario, la Categoría 2 Medicamentos de marca preferidos del formulario, la Categoría 3 medicamentos de marca no preferidos del formulario, la Categoría 4 Medicamentos especializados (orales e inyectables) del formulario y la Categoría 5 Medicamentos preventivos del formulario.

Cubrimos estos tipos de medicamentos cuando se encuentran en el formulario de medicamentos. Cubrimos estos tipos de medicamentos cuando se obtienen a través de las farmacias de proveedores participantes de Molina dentro del área de servicio. Los medicamentos que no se encuentren en el formulario pueden ser cubiertos solo según lo dispuesto en la siguiente sección “Acceso a los medicamentos que no están cubiertos”.

Los medicamentos recetados están cubiertos fuera del área de servicio solo para servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente.

Si tiene problemas para surtir una receta médica en la farmacia, comuníquese con el número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente de Molina **1 (888) 560-2043**. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Si necesita un intérprete para comunicarse con la farmacia acerca de cómo obtener sus medicamentos, llame a Molina al número de teléfono gratuito **1 (888) 560-2043**. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Puede ver una lista de farmacias en la página web de Molina Healthcare: www.molinahealthcare.com/marketplace.

Formulario de medicamentos de Molina Healthcare (lista de medicamentos)

Molina tiene una lista de los medicamentos que cubriremos. La lista se conoce como el formulario de medicamentos. Los medicamentos incluidos en la lista son seleccionados por un grupo de médicos y farmacéuticos de Molina y la comunidad médica. El grupo se reúne cada 3 meses para hablar acerca de los medicamentos que están en el formulario de medicamentos. Revisan nuevos medicamentos y cambios en la atención médica para encontrar los medicamentos más efectivos para diferentes afecciones. Los medicamentos se agregan o se quitan del formulario de medicamentos sobre la base de los cambios en la práctica y tecnología médica. También pueden agregarse medicamentos al formulario de medicamentos cuando salen medicamentos nuevos al mercado.

Puede acceder a nuestro formulario de medicamentos en la página web de Molina Healthcare en www.molinahealthcare.com/marketplace. Puede llamarnos y preguntar acerca de un medicamento. Llame al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare al **1 (888) 560-2043**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones. También puede solicitarnos que le enviemos una copia del formulario de medicamentos. Recuerde que el hecho de que un medicamento se encuentre en el formulario de medicamentos no garantiza que su médico se lo recetará para tratar su afección médica particular.

Acceso a los medicamentos que no están cubiertos

Molina tiene un proceso que le permite a usted, a un tercero designado por usted o a su médico solicitar y obtener acceso a los medicamentos clínicamente apropiados que no están cubiertos por su producto. Si su médico le receta un medicamento que no está incluido en el formulario de medicamentos o considera que este es lo mejor para usted, usted, un tercero designado por usted o su médico puede ponerse en contacto con el Departamento de Farmacia de Molina y solicitar una autorización previa de Molina para que cubra el medicamento. Si se aprueba la solicitud, Molina se contactará con usted, un tercero designado por usted o su médico. Si se rechaza la solicitud, Molina le enviará una carta en la que indique la razón del rechazo.

Si obtiene una autorización para un medicamento de marca que no está en el formulario de medicamentos en lugar de un medicamento genérico presente en el formulario, será responsable de los pagos como se describe en la sección de este Contrato titulada “Categoría 1 Medicamentos genéricos del formulario”.

Si está tomando un medicamento que ya no aparece en nuestro formulario de medicamentos, su médico puede solicitar que continuemos cubriéndolo mediante el envío de una solicitud de autorización previa para el medicamento. El medicamento debe ser seguro y efectivo para su afección médica. Su médico debe escribir su receta médica por la cantidad normal del medicamento.

Molina puede cubrir medicamentos que no estén en el formulario de medicamentos en las siguientes condiciones:

- Cuando su médico registra en su historia clínica y certifica que la alternativa del formulario de medicamentos no ha sido eficaz en el tratamiento de su enfermedad o condición.
- La alternativa del formulario de medicamentos le provoca, o el recetador espera razonablemente que provoque, una reacción perjudicial o adversa.

Existen dos tipos de solicitudes para medicamentos clínicamente apropiados que no están cubiertos por producto.

- “Solicitud de excepción acelerada” para circunstancias urgentes que pueden poner en serio peligro la vida, la salud o la habilidad para recuperar el funcionamiento máximo, o someterse a un tratamiento actual en curso utilizando medicamentos que no estén en el formulario de medicamentos.
- “Solicitud de excepción estándar”

Usted o alguien que usted designe para actuar en su nombre y su médico recetador serán notificados de nuestra decisión en un tiempo no mayor al siguiente:

- 24 horas luego de haber recibido la solicitud para una solicitud de excepción acelerada
- 72 horas luego de haber recibido la solicitud para una solicitud de excepción estándar

Si la solicitud inicial es rechazada, usted, un tercero designado para actuar en su nombre o su médico puede solicitar una revisión externa. Usted o un tercero designado para actuar en su nombre o su médico será notificado sobre la decisión de la revisión externa a más tardar:

- 24 horas luego de haber recibido la solicitud para una solicitud de excepción acelerada de una revisión externa
- 72 horas luego de haber recibido la solicitud para una solicitud de excepción estándar de una revisión externa

Costos compartidos por medicamentos recetados

El costo compartido por medicamentos y medicamentos recetados está incluido en la Guía de beneficios y cobertura. Los costos compartidos se aplican a todos los fármacos y medicamentos recetados por un proveedor participante de manera ambulatoria, a menos que dicha terapia de medicamentos sea un artículo de la atención médica preventiva de EHB administrada o recetada por un proveedor participante y, por lo tanto, no sujeta a costos compartidos.

Categoría 1 Medicamentos genéricos del formulario

Los medicamentos genéricos del formulario son los medicamentos descritos en el formulario de medicamentos de Molina Healthcare que tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Para ser aprobados por el FDA (gobierno), los medicamentos genéricos del formulario deben tener el mismo ingrediente activo, fuerza y dosis (formulación) que el medicamento de marca. Las compañías que elaboran un medicamento genérico deben probar ante el FDA que funciona bien y es tan seguro como el medicamento de marca. El costo compartido para los medicamentos genéricos del formulario figura en la Guía de beneficios y cobertura. Se le cobrará un copago por los medicamentos genéricos que constan en el formulario.

Si su médico ordena un medicamento de marca que no está incluido en el formulario de medicamentos y existe un medicamento genérico disponible en el formulario, sustituiremos el primero por el segundo.

Si su médico determina que usted debe recibir el medicamento de marca que no está incluido en el formulario de medicamentos en lugar del medicamento genérico incluido en el formulario, usted, un tercero designado por usted para actuar en su nombre o su médico debe presentar una solicitud de autorización previa a nuestro Departamento de Farmacia.

- Si no obtiene una autorización previa de Molina, usted, un tercero designado por usted para actuar en su nombre o su médico pueden solicitar una revisión externa, como se describe en la sección de este contrato titulada “Acceso a los medicamentos que no están cubiertos”.
- Si se obtiene la autorización previa por parte de Molina o si la excepción es aprobada para revisión externa, puede comprar el medicamento de marca con los siguientes costos compartidos:
 1. el costo compartido por medicamento de marca no preferida del formulario se encuentra en la Guía de beneficios y cobertura, **más**
 2. La diferencia en el costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca.

Categoría 2 Medicamentos de marca preferida del formulario

Los medicamentos de marca preferida son los medicamentos que muestran que, debido a la efectividad clínica y las diferencias de costo, se designan como “preferidos” en el formulario de medicamentos de atención médica de Molina Healthcare. Los medicamentos de marca preferida son medicamentos recetados o medicamentos que se han registrado con una marca o marca registrada por el fabricante y son anunciados y se venden bajo ese nombre y se indican como marca en el Medi-Span o una base de datos nacional similar utilizada por Molina Healthcare y nuestro administrador de beneficios de farmacia. El costo compartido para los medicamentos de marca preferida del formulario figura en la Guía de beneficios y cobertura. Se puede aplicar un deducible y se le cobrará un copago por los medicamentos de marca preferida que constan en el formulario.

Categoría 3 Medicamentos de marca no preferida del formulario

Los medicamentos de marca no preferida son los medicamentos que se indican en el formulario de medicamentos de Molina Healthcare que se designan como “no preferidos” debido a la efectividad clínica y costos de las diferencias menores. Los medicamentos de marca no preferida que constan en el formulario son medicamentos recetados que han sido registrados bajo una marca o nombre comercial por parte del fabricante y que son anunciados y se venden bajo ese nombre, y que se indican como marca en la base de datos nacional de Medi-Span, o una similar de terceros, utilizada por Molina Healthcare y por nuestro administrador de beneficios de farmacia. El costo compartido para los medicamentos de marca no preferida del formulario figura en la Guía de beneficios y cobertura. Se puede aplicar un deducible y se le cobrará un coseguro por los medicamentos de marca no preferidos que constan en el formulario.

Categoría 4 Medicamentos especializados (orales e inyectables) del formulario

Los medicamentos especializados son medicamentos recetados en el formulario de medicamentos de Molina Healthcare que:

- Solo están aprobados para tratar poblaciones limitadas de pacientes, indicaciones o afecciones.
- Normalmente se inyectan, se administran por infusión o requieren supervisión cercana de parte de un médico o la persona clínicamente capacitada.
- Tienen disponibilidad limitada, requerimientos especiales de administración, manejo y entrega, o requieren de apoyo adicional al paciente, motivos por los cuales el medicamento es difícil de obtener por medio de las farmacias tradicionales.

Molina Healthcare puede requerir que los medicamentos especializados se obtengan de una farmacia o centro de un proveedor participante especializado para la cobertura. Nuestra farmacia especializada coordinará con su médico o usted la entrega de medicamentos a su casa o al consultorio de su proveedor. Se puede aplicar un deducible y se le cobrará un coseguro por los medicamentos orales e inyectables especializados presentes en el formulario. Hay un costo compartido máximo de \$ 100 por un suministro de 30 días de medicamentos orales para quimioterapia.

Categoría 5 Medicamentos preventivos del formulario

Los medicamentos preventivos del formulario son medicamentos que figuran en el formulario de medicamentos de Molina Healthcare cuyo uso se dirige a fines preventivos, lo que incluye a todos los métodos de medicamentos anticonceptivos o dispositivos para mujeres que estén aprobados por el FDA o, si fueron recetados primariamente (1) para prevenir el inicio sintomático de una afección en una persona que ha desarrollado factores de riesgo para una enfermedad que todavía no se ha vuelto clínicamente evidente o (2) para prevenir la recurrencia de una enfermedad o afección de la que el paciente se ha recuperado. No se considera preventivo a un medicamento si es recetado para tratar una enfermedad, lesión o afección sintomática existente. Los medicamentos preventivos del formulario están presentes en la Guía de beneficios y cobertura y se ofrecen sin cargo y no se aplica deducible.

Tratamiento para el VIH

Cubrimos medicamentos recetados para el tratamiento para el VIH o una enfermedad o condición médica que sea resultado del VIH que sean recetados por un médico y aprobados por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), lo que incluye medicamentos experimentales o de investigación que están aprobados por el FDA y administrados de acuerdo con el protocolo.

Medicamentos para dejar de fumar

Cubrimos los medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar. Tampoco tendrá costos compartidos para los medicamentos para dejar de fumar. También puede obtener más información sobre las opciones para dejar de fumar llamando al Departamento de Administración de Salud de Molina, programas de nivel 1, al número de teléfono gratuito **1 (866) 472-9483** entre las 10:30 a. m. y las 7:30 p. m., hora del centro, de lunes a viernes. Su PCP le ayuda a decidir cuáles son los medicamentos para dejar de fumar más indicados para usted. Puede obtener un suministro de medicamentos para dejar de fumar de hasta 3 meses.

Disponibilidad de pedido por correo de los medicamentos recetados del formulario de medicamentos

Molina le ofrece una opción de pedido por correo para los medicamentos recetados en nuestro Formulario de medicamentos. Esta opción se aplica solamente a los medicamentos recetados de categoría 1, 2, 3 y 5. Estos medicamentos recetados pueden enviarse por correo dentro de los 10 días posteriores a la solicitud de pedido y aprobación. Los costos compartidos para un suministro de 90 días ordenado por correo es el doble que los costos compartidos listados en la Guía de beneficios y cobertura para un suministro estándar de 30 días.

Puede solicitar el servicio de pedido por correo de las siguientes maneras:

- Puede realizar un pedido en línea. Visite www.molinahealthcare.com/marketplace y seleccione la opción de pedido por correo. Luego siga las instrucciones.
- Puede llamar al número de teléfono gratuito de FastStart® al 1 (800) 875-0867. Brinde el número del miembro de Molina Marketplace (este figura en su tarjeta de identificación), el nombre de la receta médica, el nombre y número de teléfono de su médico y su dirección postal.
- Puede enviar por correo un formulario de solicitud de pedido por correo. Visite www.molinahealthcare.com/marketplace y seleccione la opción formulario de pedido por correo. Complete y envíe por correo el formulario a la dirección que figura en el formulario junto con su pago. Puede darle al consultorio de su médico el número de teléfono gratuito de FastStart® 1 (800) 378-5697 y pedirle a su médico que prescriba su receta médica por teléfono, por fax o de manera electrónica. Para agilizar el proceso, su médico necesita obtener su número de miembro de Molina Marketplace (este figura en su tarjeta de identificación), su fecha de nacimiento y su dirección postal.

Límite de días de suministro

El proveedor participante que hace la receta determina la cantidad de un medicamento, suministro o suplemento por recetar. Debido a los límites de cobertura de suministros diarios, el proveedor participante determina que la cantidad de un artículo médicamente necesario será un suministro de 30 días. Después del pago de los costos compartidos especificados en esta sección de “Cobertura de medicamentos recetados”, usted recibirá el suministro recetado por hasta un suministro de 30 días en un período de 30 días. Las cantidades que excedan el límite de suministro diario no están cubiertas a menos que se obtenga una autorización previa. El límite de suministro de 30 días puede extenderse hasta los 90 días por pedido por correo.

Suministros para diabéticos

Los suministros para personas diabéticas, como jeringas para insulina, lancetas y dispositivos de punción, dispositivos de control de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir el nivel de glucosa en sangre y tiras reactivas para orina son suministros cubiertos. Se le cobrará un coseguro para estos suministros. Los sistemas tipo pluma para la administración de insulina también están cubiertos y presentes en la suma de costos compartidos de los medicamentos de marca preferidos del formulario en la sección Guía de beneficios y cobertura de esta EOC.

SERVICIOS AUXILIARES

EQUIPO MÉDICO DURADERO

Si necesita equipo médico duradero, Molina alquilará o comprará el equipo por usted. Es necesaria una autorización previa de Molina para el equipo médico duradero. El equipo médico duradero debe ser proporcionado a través de un proveedor contratado por Molina. Cubrimos reparaciones, mantenimiento, suministros de reparación, entrega y otros relacionados y razonables para un equipo médico duradero. Usted puede ser responsable de reparaciones de equipo médico duradero si se deben a mal uso o pérdida.

El equipo médico duradero incluye, entre otros:

- Oxígeno y equipo para oxígeno
- Monitores de apnea
- Ayudas pulmonares y suministros relacionados
- Máquinas nebulizadoras, máscaras faciales, tubos, medidores de flujo respiratorio máximo y suministros relacionados
- Aparatos espaciadores para inhaladores de dosis medidas
- Suministros de ostomía (se limita a bolsas, placas faciales, cinturones, catéteres de irrigación y barreras para la piel)

Cubrimos los siguientes suministros y equipos médicos duraderos para el tratamiento de la diabetes, cuando sea médicamente necesario:

- Monitores de glucosa en sangre diseñados para ayudar a los miembros con visión reducida o ciegos
- Bombas de insulina y todos los suministros relacionados, limitados a una bomba por año natural
- Aparatos podiátricos para prevenir o tratar problemas del pie relacionados con la diabetes
- Ayudas visuales, excluidos lentes, para ayudar a las personas con visión reducida con la dosificación correcta de insulina.

DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS Y ORTÓTICOS

Cubrimos los dispositivos implantados internamente y los dispositivos externos que se describen en la sección “Aparatos ortopédicos y ortóticos” si se cumplen **todos** los siguientes requisitos:

- El dispositivo es de uso general, es diseñado para uso repetido y, principal y generalmente, se utiliza con propósitos médicos
- El dispositivo es el dispositivo estándar que cumple adecuadamente con sus necesidades médicas
- Usted recibe el dispositivo del proveedor o vendedor que Molina selecciona

La cobertura de dispositivos ortopédicos y ortóticos incluye los servicios para determinar si necesita un dispositivo ortopédico u ortótico o no, el acondicionamiento y ajuste del dispositivo y la reparación o el reemplazo del dispositivo (a menos que se deba a la pérdida o el mal uso). Si cubrimos un dispositivo de reemplazo, usted paga los costos compartidos que se aplicarían para la obtención de dicho dispositivo, según se especifica a continuación. Los servicios cubiertos están limitados a una sola compra de cada tipo de dispositivo ortopédico cada tres años.

No cubrimos aparatos ortóticos que enderecen o vuelvan a dar forma a una parte del cuerpo. Algunos ejemplos son órtesis para el pie, remodelado craneal y algunos tipos de aparatos, lo que incluye aparatos ortóticos de venta libre.

Dispositivos implantados internamente

Cubrimos dispositivos ortopédicos y ortóticos implantados internamente, tales como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos de audición osteointegrados y articulaciones de la cadera si estos aparatos son determinados como médicamente necesario y son implantados internamente durante una cirugía que esté cubierta de otra manera por nosotros.

Para los dispositivos implantados internamente, consulte las secciones “Servicios hospitalarios para pacientes internados” o “Servicios de atención médica ambulatoria en un hospital/centro” (según corresponda) de la Guía de beneficios y cobertura para conocer el costo compartido aplicable de estos dispositivos.

Dispositivos externos

Cubrimos los siguientes dispositivos ortopédicos y ortóticos externos que no incluyen ningún dispositivo que esté implantado en su totalidad dentro del cuerpo:

- Dispositivos ortopédicos y accesorios de instalación para restaurar un método de habla después de la extracción de toda o parte de la laringe (esta cobertura no incluye máquinas productoras de voz electrónicas, que no son dispositivos ortopédicos).
- Prótesis necesarias después de una mastectomía médicamente necesaria, incluidas las prótesis hechas a medida cuando sea médicamente necesario y hasta tres sostenes necesarios para sostener la prótesis cada 12 meses.
- Aparatos de podología (incluido el calzado) para evitar o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes cuando un podólogo participante los recete.
- Prendas de compresión para quemaduras, y mantas y prendas para linfedema.
- Fórmula enteral para miembros que requieren de tubo de alimentación de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Prótesis para sustituir una parte del cuerpo externa (de forma total o parcial) que ha sido retirada o alterada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito, lo que incluye:
 - Brazos, piernas, pies y manos artificiales
 - Rostro, ojos, orejas y nariz artificiales

Se aplicarán costos compartidos de equipo médico duradero para los dispositivos externos.

ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

Cubrimos los servicios de atención médica domiciliaria cuando son médicamente necesarios y cuentan con la aprobación de Molina:

- Visitas de medio tiempo por parte de servicios de enfermería especializada
- Consultas de enfermeras
- Servicios de atención médica en el hogar
- Fisioterapia, terapia ocupacional o del habla*

- Servicios sociales médicos
- Servicios de auxiliar médico domiciliario
- Suministros médicos
- Aparatos médicos médicamente necesarios

Los siguientes servicios de atención médica domiciliaria están cubiertos bajo su producto:

- Hasta dos horas por consulta con una enfermera, trabajador social médico, terapeuta físico, ocupacional o del habla y hasta cuatro horas por consulta con un auxiliar médico domiciliario
- Hasta un máximo de 60 consultas por año natural (incluidas todas las consultas de atención médica domiciliaria)

Debe tener la autorización previa para servicios de atención médica domiciliaria luego de los primeros 6 meses de consultas para entornos ambulatorios y en el hogar.

SERVICIOS DE TRANSPORTE

Transporte médico de emergencia

Cubrimos servicios de transporte médico de emergencia (ambulancia) o transporte en ambulancia proporcionados a través del sistema de auxilio para emergencias “911” cuando sea médicamente necesario.

APARATOS AUDITIVOS

Cubrimos aparatos auditivos para un miembro de cualquier edad si el aparato auditivo es necesario para la corrección de un impedimento auditivo (una reducción de la capacidad de percibir sonidos que puede ser leve hasta la sordera). Los aparatos auditivos son dispositivos electrónicos de ampliación diseñados para que el sonido llegue de forma más efectivo al oído. Un aparato auditivo consiste de un micrófono, un amplificador y un receptor.

Los beneficios cubren un aparato auditivo que sea comprado por la recomendación por escrito de un médico. Los beneficios cubren el aparato auditivo y los cargos asociados al acondicionamiento y prueba.

Los aparatos auditivos anclados en el hueso son servicios médicos/quirúrgicos cubiertos bajo esta EOC solo para miembros que tengan alguna de las siguientes:

- Anormalidades craneofaciales con ausencia o anomalía de los conductos auditivos que eximen el uso de un aparato auditivo vestible; o
- Pérdida de audición lo suficientemente grave como para ser remediada adecuadamente con un aparato auditivo vestible.

Los beneficios y la cobertura para los servicios de audición están limitados a un aparato auditivo por año cada tres años. Esta limitación no se aplica a dependientes menores de 18 años.

Los beneficios presentes en esta sección también incluyen aparatos auditivos para niños dependientes menores de 18 años, en la medida que lo requiera la ley de seguros de Wisconsin.

OTROS SERVICIOS

SERVICIOS DE DIÁLISIS

Cubrimos los servicios de diálisis aguda y crónica si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los servicios son proporcionados dentro de nuestra área de servicio
- Cumple con todos los criterios médicos elaborados por Molina
- Usted o un proveedor participante notifican a Molina.

SERVICIOS CUBIERTOS PROPORCIONADOS MIENTRAS VIAJA FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO, (INCLUSO LOS ESTADOS UNIDOS)

Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención médica urgente y servicios de emergencia mientras viaja fuera del área de servicio. Esto incluye viajes que lo llevan fuera de los Estados Unidos. Si necesita servicios de atención médica urgente mientras viaja fuera de los Estados Unidos, diríjase a su centro de atención médica urgente más cercano o a su sala de emergencias más cercana. Si usted necesita servicios de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos, utilice el número telefónico de emergencia del país o del territorio, o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Si recibe servicios de atención médica mientras viaja fuera de los Estados Unidos, deberá pagar los cargos del proveedor no participante cuando obtenga estos servicios. Usted puede presentar un reclamo para el reembolso a Molina por los cargos que usted pagó por los servicios cubiertos proporcionados a usted por el proveedor no participante.

Usted es responsable de asegurar que las reclamaciones o los registros de dichos servicios sean debidamente traducidos. Usted es también responsable de asegurar que la tasa de intercambio monetario esté claramente identificada al presentar los reclamos de los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos. Las historias clínicas de servicio y tratamiento también pueden ser necesarias para el reembolso apropiado de Molina.

Debe presentar sus reclamos para el reembolso por los servicios cubiertos de la siguiente manera:

**Molina Healthcare
PO Box 22815
Long Beach, CA 90801**

Antes de que pueda hacer el pago, Molina debe verificar los reclamos para el reembolso de los servicios cubiertos mientras está de viaje fuera de los Estados Unidos. Molina calculará la cantidad autorizada que estará cubierta para servicios de atención médica urgente y servicios de emergencia mientras viaja fuera del área de servicio de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Dado que estos servicios son realizados por un proveedor no participante, solo se le reembolsará la suma autorizada. La cantidad autorizada puede ser menor que el monto que le haya cobrado el proveedor no participante. No tendrá derecho a recibir un reembolso por los cargos por servicios de atención médica o tratamiento que no están cubiertos a través de esta EOC, específicamente aquellos identificados en "Servicios prestados fuera de los Estados Unidos (o del área de servicio)" en la sección "Exclusiones" de esta EOC.

EXCLUSIONES

¿Qué está excluido de la cobertura según mi plan?

Esta sección "Exclusiones" enumera los artículos y servicios que no están cubiertos de conformidad con esta EOC. Estas exclusiones se aplican a todos los servicios que, de otra manera, serían cubiertos conforme a esta EOC, sin tener en cuenta si los servicios se encuentran dentro del alcance de la licencia o certificado de un proveedor. Exclusiones adicionales que solo se aplican a un beneficio particular aparecen en la descripción de ese beneficio en la sección "¿Qué cubre mi Plan?".

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, como trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), semen y óvulos (y servicios relacionados con su obtención y almacenamiento), fertilización in vitro (IVF, por sus siglas en inglés) y transferencia intratubárica de cigoto (ZIFT, por sus siglas en inglés).

Cirugía Bariátrica

La cirugía bariátrica no está cubierta. Esto incluye pero no se limita a:

- Y de Roux (RNY, por su sigla en inglés)
- Cirugía de derivación gástrica laparoscópica u otras cirugías de bypass gástrico. (Son procedimientos quirúrgicos que reducen la capacidad del estómago y derivan alimentos parcialmente digeridos del duodeno al yeyuno. El yeyuno es la sección del intestino delgado que se extiende desde el duodeno).
- Gastroplastia (procedimiento quirúrgico que disminuye el tamaño del estómago)
- Procedimientos de banda gástrica

Las complicaciones relacionadas directamente con la cirugía bariátrica que resultan en una internación o en una internación extendida para la cirugía bariátrica, según lo determine Molina, no están cubiertas. Esta exclusión se aplica cuando la cirugía bariátrica no pertenecía a los servicios cubiertos de conformidad con este producto o cualquier producto previo de Molina. Esta exclusión también aplica si la cirugía se realizó mientras el miembro estaba cubierto por una compañía aseguradora previa o un producto autofinanciado anterior a la cobertura de conformidad con este contrato.

“Directamente relacionado” significa que la internación o internación extendida ocurrió como resultado directo del procedimiento bariátrico y no hubiera sucedido si no se hubiera realizado el procedimiento bariátrico. Esta exclusión no se aplica a condiciones que incluyen, entre otras, las siguientes: infarto del miocardio, náuseas/vómitos excesivos, neumonía y empeoramiento de una afección médica mórbida durante el procedimiento o un período posquirúrgico inmediato.

Ciertos exámenes y servicios

Los exámenes físicos y otros servicios no están cubiertos cuando:

- se requieren para obtener o mantener un trabajo o participar en programas de empleo;
- se requieren para seguro o autorización; o
- son servicios requeridos por orden judicial o requerido para libertad bajo palabra o condicional.

esta exclusión no aplica si un médico proveedor participante determina que los servicios son médicamente necesarios o por cobertura que se debe brindar según la sección 609.65 de los Estatutos de Wisconsin, como se enmendó, para una persona examinada, evaluada o tratada por un trastorno mental o nervioso de acuerdo con una detención de emergencia, un compromiso o una orden judicial.

Servicios de cosmetología

Los servicios que tienen como intención primaria para cambiar o mantener su apariencia no están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes:

- Los servicios cubiertos en “Cirugía reconstructiva”, en la sección “¿Qué cubre mi plan?”
- Los siguientes servicios cubiertos en "Dispositivos ortopédicos y ortóticos" en la sección ¿Qué cubre mi plan?:
 - Implantes testiculares realizados como parte de una cirugía reconstructiva cubierta.
 - Prótesis mamarias necesarias luego de una mastectomía.
 - Prótesis para remplazar la totalidad o parte de una externa del rostro.

Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva no están cubiertos:

- Cirugía que, a criterio de un médico proveedor participante que se especializa en cirugía reconstructiva, solo ofrece una mejora mínima en apariencia,
- Cirugía que se realiza para alterar o modificar las estructuras normales del cuerpo para mejorar la apariencia.

Cuidado de custodia

La asistencia con actividades de la vida cotidiana (por ejemplo, caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar medicamentos) no está cubierta.

Esta exclusión no se aplica para recibir asistencia en las actividades cotidianas que formen parte de la cobertura de cuidados paliativos, centro de enfermería especializada o atención en hospital para pacientes internados.

Servicios dentales y de ortodoncia

Los servicios dentales y de ortodoncia, tales como radiografías, aparatos, implantes, servicios proporcionados por dentistas u ortodoncistas, servicios dentales después de una lesión causada por un accidente en los dientes y servicios dentales que resulten del tratamiento médico, como la cirugía en el tratamiento por radiación y de mandíbula.

Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos en la sección “Servicios dentales y de ortodoncia”, en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

Servicios de un nutricionista

Los servicios de un nutricionista no están cubiertos.

Materiales desechables

Los materiales desechables para uso en el hogar, tales como vendajes, gasa, cinta adhesiva, antisépticos, apósitos, vendas tipo Ace y pañales, protectores absorbentes y otros materiales para incontinencia, no están cubiertos.

Esta exclusión no se aplica a los materiales desechables que se detallan como cubiertos en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

Medicamentos para la disfunción eréctil

Los medicamentos de disfunción eréctil no están cubiertos a menos que lo solicite la ley relevante del estado.

Servicios experimentales o de investigación

Cualquier servicio médico, incluidos procedimientos, medicamentos, instalaciones y dispositivos que Molina ha determinado que no se ha demostrado que sean seguros o efectivos en comparación con los servicios médicos convencionales, no están cubiertos.

Esta exclusión no aplica a los servicios cubiertos en “Ensayos clínicos aprobados” en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

Consulte la sección “Quejas (apelación interna) y apelación externa” para información sobre las solicitudes denegadas para servicios experimentales o de investigación.

Lentes y lentes de contacto para adultos

Los beneficios no están disponibles para cargos conectados con la compra o acondicionamiento de los lentes o lentes de contacto.

Tratamiento contra la caída del cabello o para su crecimiento

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

Servicios por infertilidad

Los servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad no están cubiertos.

Cuidado intermedio

La atención en un centro autorizado de cuidados intermedios no está cubierta. Esta exclusión no aplica a los servicios cubiertos por las subsecciones “Equipo médico duradero”, “Atención médica domiciliaria” y “Cuidados paliativos”, en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

Los artículos y servicios que no son para la atención médica

Molina no cubre los servicios que no están destinados a la atención médica. Los ejemplos de estos tipos de servicios son:

- Enseñanza de buenos modales
- servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación, como la de actividades diarias y de tareas o proyectos;
- Artículos y servicios que aumentan el conocimiento académico o las habilidades.
- Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.
- Asesoramiento académico o tutoría de habilidades, tales como gramática, matemática y gestión del tiempo.
- Enseñanza de lectura, ya sea que tenga o no dislexia.
- Pruebas educacionales
- Enseñanza de arte, baile, montar a caballo, música, juegos o natación.
- Enseñanza de habilidades para el empleo o con propósitos vocacionales.
- Capacitación profesional o enseñanza de habilidades vocacionales.
- Cursos de crecimiento profesional.
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento de empleo.
- Terapia acuática y otra clase de hidroterapia.

Artículos y servicios para corregir defectos de refracción del ojo

Los artículos y servicios (tales como la cirugía de la vista o lentes de contacto para modificar los ojos) para la corrección de defectos de refracción del ojo, tales como miopía, hiperopía o astigmatismo, no están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos en “Servicios para la vista pediátricos” en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

Anticonceptivos para hombres

No están cubiertos los preservativos para hombres ya que fueron excluidos por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Terapia de masaje

La terapia de masaje no está cubierta.

Nutrición oral

La nutrición oral para pacientes ambulatorios, como suplementos nutricionales o dietéticos, fórmulas especializadas, suplementos, suplementos a base de hierbas, asistencia para pérdida de peso, fórmulas y alimentos, no está cubierta.

Atención privada de enfermería

No están cubiertos los servicios de atención privada de enfermería.

Atención residencial

No está cubierta la atención en un centro en el que usted permanezca durante la noche; sin embargo, esta exclusión no aplica cuando la estancia durante la noche es parte de la atención cubierta en alguno de los siguientes lugares:

- Un hospital.
- Un centro de enfermería especializada.
- Servicios de respiro para paciente internado en la sección "Cuidado paliativo".
- Un centro autorizado que provee servicios de residencia ante crisis cubiertos conforme a "Programas de hospitalización psiquiátrica para paciente internado y tratamiento psiquiátrico intensivo" en la sección "Servicios de salud mental".
- Un centro autorizado que provee servicios de recuperación residencial transitorios cubiertos en la sección "Servicios para abuso de sustancias".

Servicios y artículos de atención podológica de rutina

No están cubiertos los artículos de atención médica rutinaria de los pies y servicios que no son médicamente necesarios.

Servicios no aprobados por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés)

Los medicamentos, los suplementos, las pruebas, las vacunas, los aparatos, los materiales radiactivos y cualquier otro servicio que por ley requiera la aprobación del Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para ser vendido en los Estados Unidos, pero que no esté aprobado por el FDA. Esta exclusión se aplica a los servicios proporcionados en cualquier lugar, incluso fuera de los Estados Unidos.

Esta exclusión no aplica a los servicios cubiertos en "Ensayos clínicos aprobados" en la sección "¿Qué cubre mi plan?".

Consulte la sección "Quejas (apelación interna) y apelación externa" para información sobre las solicitudes denegadas para servicios experimentales o de investigación.

Servicios proporcionados por personas que no tienen licencia

No cubrimos los servicios que los realizan personas que no necesitan obtener una licencia o certificado por parte del estado de Wisconsin para brindar servicios de atención médica. Tampoco cubrimos los servicios realizados cuando la afección del miembro no necesita ser tratada por un proveedor de atención médica con licencia. Esta exclusión no aplica a los paraprofesionales calificados que brinden servicios para el autismo o de otro modo proporcionados en esta EOC.

Servicios cubiertos provistos mientras viaja fuera de los Estados Unidos (o fuera del área de servicio)

No se cubre ningún servicio ni suministro proporcionado a un miembro fuera de los Estados Unidos o del área de servicio si el miembro ha viajado al lugar con el propósito de recibir los servicios médicos, suministros o medicamentos. Además, la atención médica rutinaria, la atención médica preventiva, la atención médica primaria, el cuidado especializado y los servicios para pacientes hospitalizados no están cubiertos cuando se proporcionan fuera de los Estados Unidos o en cualquier otro lugar fuera del área de servicio. Solo los servicios de emergencia y los servicios de atención médica urgente están cubiertos fuera de los Estados Unidos o fuera del área de servicio, como se describe en la sección titulada “Servicios cubiertos provisto mientras viaja fuera del área de servicios (lo que incluye fuera de los Estados Unidos)”.

Cuando se produce la defunción fuera de los Estados Unidos, la evacuación médica y repatriación de restos no está cubierta.

Servicios relacionados con un servicio no cubierto

Cuando un servicio no está cubierto, todos los servicios relacionados con el servicio no cubierto tampoco lo están. Esta exclusión no aplica a los servicios que Molina de otro modo cubriría para tratar complicaciones de los servicios no cubiertos. Por ejemplo, si usted se somete a una cirugía cosmética sin cobertura, Molina no cubrirá los servicios que reciba en la preparación para la cirugía o para la atención de seguimiento. Si posteriormente sufre una complicación potencialmente mortal, como una infección grave, esta exclusión no se aplicaría y Molina cubriría los servicios que de otra manera cubriríamos para el tratamiento de esta complicación.

Madre sustituta

No están cubiertos los servicios para cualquier persona en relación con un contrato de sustitución, con la excepción de los servicios cubiertos en caso contrario proporcionados a un miembro que es un sustituto. Un acuerdo de madre sustituta es aquel en el que una mujer (la madre sustituta) acuerda quedar embarazada y entregar al bebé a otra persona o personas que pretenden criar al niño.

Cirugía transexual

Las cirugías transexuales no están cubiertas.

Gastos de viaje y alojamiento

Los gastos de viaje y alojamiento no están cubiertos.

RESPONSABILIDAD DE UN TERCERO

Acepta que si los servicios cubiertos se proporcionan para tratar una lesión o enfermedad ocasionada por un acto ilegal u omisión de otra persona o tercero, siempre que usted resulte ileso de todos los demás daños que resulten del acto ilegal u omisión antes de que Molina tenga derecho a recibir reembolso, usted debe:

- Reembolsar a Molina por el costo razonable de los servicios pagados por Molina en la medida permitida por la ley de Wisconsin inmediatamente después de cobrar los daños, ya sea por acción o ley, acuerdo o de otro modo.
- Cooperar completamente con la realización de Molina de los derechos de retención por el valor razonable de los servicios proporcionados por Molina en la medida permitida por la ley de Wisconsin. El derecho de retención de Molina se puede presentar a la persona cuyo acto ocasionó las lesiones, su agente o el tribunal.

Molina tiene derecho al pago, reembolso y subrogación (recuperar los beneficios que paga cuando otro plan proporciona cobertura) en recuperaciones de un tercero y usted deberá cooperar para ayudar completamente a proteger los derechos de Molina, incluido el pronto aviso de un caso que involucre la posible recuperación de un tercero.

INDEMNIZACIÓN AL TRABAJADOR

Molina no proporcionará beneficios conforme al presente Contrato que dupliquen los beneficios a los que usted tiene derecho según cualquier ley aplicable de indemnización al trabajador. Es responsable de tomar cualquier medida necesaria para obtener el pago bajo las leyes de indemnización al trabajador, según el sistema de indemnización al trabajador por el que puede esperarse razonablemente el pago. En caso que usted no tome ninguna medida, eximirá de responsabilidad a Molina de proveer beneficios en la medida en que el pago podría haber sido esperado razonablemente en virtud de las leyes de indemnización al trabajador. Si surge una disputa entre usted y la compañía aseguradora de compensación laboral, respecto de su capacidad para cobrar según las leyes de compensación laboral, Molina le proporcionará los beneficios descritos en este Contrato hasta la resolución de la disputa.

Si Molina proporciona beneficios que duplican los beneficios a los que usted tienen derecho, conforme a la ley de indemnización laboral, Molina tendrá derecho a recibir un reembolso por el costo razonable de dichos beneficios.

RENOVACIÓN Y FINALIZACIÓN

¿Cómo renovar mi cobertura Mi Molina?

La cobertura se renovará el primer día de cada mes, al momento en que Molina reciba el pago de primas anticipadas vencidas. La renovación está sujeta al derecho de Molina a modificar esta EOC. Usted debe seguir los procedimientos requeridos por el Mercado de Seguros Médicos para redeterminar su elegibilidad de inscripción todos los años durante el período de inscripción abierta anual del Mercado de Seguros Médicos.

Cambios en primas, deducibles, copagos y beneficios y cobertura.

Todos los cambios en este contrato, incluso, entre otros, los cambios en las primas, beneficios y cobertura o los servicios cubiertos, deducible, copago, coseguro y el máximo anual de gastos de su bolsillo, son efectivos después de haber enviado un aviso con 60 días de anticipación a la dirección del suscriptor que figura en los registros de Molina.

¿Cuándo termina mi membresía en Molina? (finalización de los beneficios y la cobertura)

La fecha de finalización de su cobertura es el primer día que Molina no lo cubre. Por ejemplo, si su fecha de finalización es el 1 de julio de 2016, su último minuto de la cobertura será a las 11:59 p. m. del 30 de junio de 2016. Si su cobertura finaliza por cualquier motivo, usted debe pagar todas las sumas adeudadas relacionadas con su cobertura con Molina, incluidas las primas, durante el período anterior a la fecha de finalización.

A excepción de un caso de fraude o engaño en el uso de servicios o centros, Molina le devolverá dentro de los siguientes 30 días luego de la fecha de finalización la suma de las primas pagadas a Molina que corresponden a cualquier período que no haya expirado de las que se haya recibido el pago junto con los sumas adeudadas debido a reclamaciones, si las hubiere, menos cualquier suma adeudada a Molina.

Si considera que este contrato ha sido o será cancelado, rescindido o no renovado de forma incorrecta, puede presentar una queja ante Molina de acuerdo con el procedimientos de quejas como se describe en la sección a continuación "Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas". Puede encontrar más información sobre quejas en nuestra página web www.molinahealthcare.com/marketplace. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina.

**Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.
Customer Support Center
2400 South 102nd Street
West Allis, WI 53227
1 (888) 560-2043
TTY 7-1-1
Fax: 1 (414) 847-1778**

O, puede ponerse en contacto con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** por escrito al:

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

También puede llamar al **1 (800) 236-8517** fuera de Madison o al **1 (608) 266-0103** en Madison para solicitar un formulario de queja. Si es sordo, tiene problemas de audición o en el habla puede comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** llamando al **7-1-1 (TTY)** y pedir por el **1 (608) 266-3586**. También puede enviar un correo electrónico de forma directa a: ocicomplaints@wisconsin.gov.

Su membresía a Molina se dará por terminada en los siguientes casos:

- **Ya no cumple con los requisitos de elegibilidad:** La cobertura conforme a este contrato finalizará si usted ya no cumple con la edad u otros requisitos de elegibilidad para la cobertura conforme a este producto, según lo exigido por Molina o el Mercado de Seguros Médicos. El Mercado de Seguros Médicos le enviará una notificación de cualquier determinación de elegibilidad. Molina le enviará una notificación de finalización cuando sepa que ya no es elegible para la cobertura de este Contrato.
 - **Para la pérdida de elegibilidad no relacionada con la edad,** la cobertura finalizará a las 11:59 p. m. del último día del mes posterior al mes en que se hayan enviado cualquiera de esos avisos, a menos que usted solicite una fecha de vigencia de finalización previa.
 - **Para hijos dependientes que alcancen el límite de edad de 26 años.** La cobertura en conformidad con este acuerdo para un hijo dependiente terminará a las 11:59 p. m. del último día del año natural en el cual el hijo dependiente alcance el límite de edad de 26 años, a menos que el hijo sea discapacitado y cumpla con los criterios especificados. Consulte la sección titulada “Límite de edad para niños (niños discapacitados)”.
 - **Para un miembro con cobertura solo para niños que alcanza el límite de edad.** La cobertura solo para niños de conformidad con este Contrato terminará a las 11:59 p. m. del último día del año natural en la cual el miembro alcanza el límite de edad de 21 años. Cuando la cobertura solo para niños de conformidad con este Contrato termina cuando el miembro ha alcanzado los 21 años, el miembro puede ser elegible en otros productos ofrecidos por Molina a través del Mercado de Seguros Médicos.
- **Solicitud de cancelación de inscripción:** Decide finalizar su membresía y cancelar la inscripción en Molina por medio de un aviso a Molina o al Mercado de Seguros Médicos. Su membresía finalizará a las 11:59 p. m. del 14.º día posterior a la fecha de su solicitud o una fecha posterior si así lo solicita. Molina, a su criterio, puede aceptar una solicitud de finalización de su membresía en menos de 14 días.
- **Cambio en los planes de salud del Mercado de Seguros Médicos:** Usted decide cambiar de Molina Healthcare a otro plan de salud ofrecido a través del Mercado de Seguros Médicos, ya sea:
 - Durante un período de inscripción abierta anual u otro período especial de inscripción para el cual se determinó que usted es elegible de acuerdo con los procedimientos de inscripción especial del Mercado de Seguros Médicos.
 - cuando usted busque inscribir a un nuevo dependiente.

Su membresía finalizará a las 11:59 p. m. del día anterior a la fecha de vigencia de la cobertura a través de su nuevo plan de salud.

- **Cometió fraude o falsificó hechos materiales intencionalmente:** Usted realiza cualquier acto o práctica que constituya un fraude, o una falsificación de hechos materiales intencional según los términos de su cobertura con Molina. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:
 - tergiversar información de elegibilidad;
 - presentar una receta médica u orden del médico no válida;
 - hacer mal uso una tarjeta de identificación del miembro de Molina Healthcare (o permitir que alguien más la utilice).

Le enviaremos un aviso de finalización, y su membresía finalizará a las 11:59 p. m. en el séptimo día desde la fecha en que enviamos el aviso de finalización por correo.

Si Molina finaliza su membresía con causa, no se le permitirá inscribirse con nosotros en el futuro. También podemos denunciar el fraude criminal y otros actos ilegales a las autoridades apropiadas para su procesamiento.

- **Suspensión:** Si Molina cesa de brindar o arreglar la provisión de beneficios de salud para servicios de atención médica nuevos o existentes de conformidad con este producto. En este caso, Molina le proporcionará una notificación por escrito por lo menos 180 días antes de haberse suspendido dichos contratos.
- **Retiro del plan:** Molina retira este producto del mercado. En este caso, Molina le proporcionará una notificación por escrito por lo menos 90 días antes de la fecha de finalización.
- **Incumplimiento de pago de primas** Si no paga las primas exigidas antes de la fecha de vencimiento establecida en la factura de la prima, Molina podrá cancelar su cobertura como se describe en la sección a continuación "Avisos/finalización de la prima por falta de pago de primas".

Su cobertura en virtud de ciertos beneficios y cobertura finalizará si lo hace su elegibilidad para dichos beneficios. Por ejemplo, un miembro que cumple 19 años ya no será elegible para recibir los servicios para la vista pediátricos cubiertos conforme a este Contrato y, como resultado, la cobertura de dicho miembro según los beneficios y la cobertura específicos finalizarán el día en que cumpla 19 años, sin que esto afecte el resto de la presente EOC.

PAGOS DE PRIMAS Y FINALIZACIÓN POR FALTA DE PAGO

Avisos/finalización de la prima por falta de pago de primas

Las obligaciones de pago de primas son las siguientes:

- El pago de su prima para el siguiente mes de cobertura vence, a más tardar, en la fecha que figura en su factura de primas. Esta es la "fecha de vencimiento". Molina le enviará una factura antes de la fecha de vencimiento para el siguiente mes de cobertura. Si Molina no recibe el total del pago de la prima vencida en la fecha de vencimiento que figura en la factura de la prima o antes de ella, Molina le enviará un aviso de que no ha recibido el pago de la prima y de la finalización de la cobertura (el "Aviso de pago atrasado") a la dirección registrada. Este aviso de pago atrasado incluirá, entre otros datos, lo siguiente:
 - Una declaración de que Molina no ha recibido el pago total de la prima y que extinguiremos este contrato por falta de pago si no recibimos las primas requeridas antes de la fecha de vencimiento del período de gracia, según se describe en el aviso de pago atrasado.
 - La suma de la prima vencida.
 - La fecha y hora específicas de vencimiento de la membresía y todo dependiente inscrito si no recibimos las primas exigidas.

Si ha recibido un aviso de pago atrasado en el que se indica que su cobertura finaliza o no se renueva debido a la falta de pago de su prima, Molina Healthcare le concederá una de las siguientes opciones:

- Un período de gracia de 10 días para realizar el pago total de la prima adeudada, si no recibe el pago por adelantado del crédito fiscal anticipado para la prima. Molina procesará el pago para los servicios cubiertos recibidos durante el período de gracia de 10 días. Seguirá siendo responsable de cualquier prima impaga que le adeude a Molina Healthcare por el período de gracia; o
- Un período de gracia de 3 meses para realizar el pago total de la prima adeudada si usted recibe el pago por adelantado del crédito fiscal anticipado para la prima. Molina retendrá el pago de los servicios cubiertos recibidos luego del primer mes del período de gracia hasta que recibamos las primas atrasadas. Si no se reciben las primas al final del período de gracia de tres meses, usted será responsable del pago de los servicios cubiertos recibidos durante el segundo y el tercer mes.

Durante el período de gracia correspondiente para usted, puede evitar que se cancele o que no se renueve este Contrato realizando el pago total de la prima que le debe a Molina Healthcare. **Si no realiza el pago total de la prima antes de que finalice el período de gracia, este Contrato se cancelará.** Usted seguirá siendo responsable de cualquier prima impaga que le deba a Molina Healthcare por el período de gracia.

La cancelación o no renovación de este contrato por falta de pago entrará en vigor a las 11:59 p. m. del:

- Último día del período de gracia si no recibe el pago por adelantado del crédito fiscal anticipado para la prima.
- Último día del primer mes del período de gracia si usted recibe el pago por adelantado del crédito fiscal anticipado para la prima.

Rehabilitación después de la finalización por incumplimiento de pago de primas

- Cuando su membresía haya sido cancelada por falta de pago de primas, no podrá inscribirse en Molina, aun después de pagar todas las sumas adeudadas a menos que nosotros aprobemos la inscripción.
- Si Molina cancela este contrato por falta de pago de primas, le permitiremos reintegrarse una vez durante cualquier período de 12 meses si recibimos las sumas adeudadas dentro de 15 días posteriores a la fecha del aviso de finalización, descrito a continuación. Molina no volverá a reintegrarlo en el presente contrato si usted no lo logra dentro de los 15 días requeridos, o si rescindimos el contrato por falta de pago de primas de más de una vez en un período de 12 meses.

Aviso de finalización: Al momento de la finalización de este Contrato, Molina enviará por correo un aviso de finalización a la dirección del suscriptor registrada donde especifique la fecha y hora en que terminó la membresía.

Si reclama que dimos por terminado el derecho del Miembro para recibir Servicios Cubiertos por el estado de salud del Miembro o por los requerimientos de servicios de atención médica, puede solicitar una revisión por parte de Molina de acuerdo con el procedimiento de quejas a continuación. Puede encontrar más información sobre quejas en nuestra página web: www.molinahealthcare.com/marketplace. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina.

**Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.
Customer Support Center
2400 South 102nd Street
West Allis, WI 53227
1 (888) 560-2043
TTY 7-1-1
Fax: 1 (414) 847-1778**

O, puede ponerse en contacto con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** por escrito al:

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

También puede llamar al **1 (800) 236-8517** fuera de Madison o al **1 (608) 266-0103** en Madison para solicitar un formulario de queja. Si es sordo, tiene problemas de audición o en el habla puede comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** llamando al **7-1-1 (TTY)** y pedir por el **1 (608) 266-3586**.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro de Molina?

Los derechos y las responsabilidades a continuación también están publicados en la página web de Molina Healthcare:

www.molinahealthcare.com/marketplace.

Sus derechos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad por todas las personas que trabajan con Molina.
- Obtener información acerca de Molina, nuestros proveedores, nuestros médicos, nuestros servicios, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Elegir a su médico “principal” de la lista de proveedores participantes de Molina (Este médico se le llama PCP).
- Estar informado sobre su salud. Si tiene una enfermedad, tiene el derecho a ser notificado sobre todas las opciones de tratamiento, sin importar el costo o cobertura de beneficios. Tiene derecho a que le respondan todas sus inquietudes acerca de su salud.
- Ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica. Usted tiene derecho a rechazar un tratamiento médico.
- Privacidad. Mantenemos su historia clínica de forma privada*.
- Ver su historia clínica. También tiene derecho a obtener una copia de su historia clínica y corregirla, cuando la ley lo permita*.
- Presentar una queja acerca de su atención o de Molina. Puede llamarnos, enviarnos un fax, un correo electrónico o escribir al Centro de Apoyo al Cliente de Molina.
- Apelar las decisiones de Molina. Tiene derecho a que una persona hable por usted durante la presentación de su queja.
- Cancelar la inscripción en Molina (dejar el producto de Molina Healthcare).
- Solicitar una segunda opinión acerca de la afección médica.
- Solicitar que una persona fuera de Molina investigue terapias que sean experimentales o de investigación.
- Decidir con antelación cómo desea ser atendido en caso de que tenga una enfermedad o lesión potencialmente mortal.
- Obtener servicios de interpretación las 24 horas sin ningún costo para ayudarlo a hablar con su médico o con nosotros si usted prefiere hablar en un idioma que no sea inglés.
- Obtener información acerca de Molina, sus proveedores o su salud en el idioma que prefiera.
- Solicitar y obtener materiales en otros formatos, como letras de molde más grandes, audio y sistema Braille mediante solicitud y de manera oportuna apropiada para el formato solicitado y de acuerdo con las leyes del estado aplicables.
- Recibir instrucciones sobre cómo puede ver en línea o solicitar una copia de procedimientos y políticas administrativas y clínica que no son propiedad de Molina.
- Obtener una copia de la lista de medicamentos aprobados (formulario de medicamentos) de Molina previa solicitud.
- Presentar una queja si usted no recibe medicamentos médicamente necesarios después de una consulta de emergencia en un hospital que tiene un contrato con Molina.
- No ser maltratado por Molina ni sus médicos por actuar conforme a cualquiera de estos derechos.

- Hacer recomendaciones acerca de la política sobre los derechos y responsabilidades de los miembros de Molina.
- No ser sometido a controles o aislamiento utilizados para ejercer presión, castigos o venganzas.
- Presentar una queja o reclamo si considera que Molina no cubre sus necesidades lingüísticas.

* Sujeto a las leyes estatales y federales.

Sus responsabilidades

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Aprender y hacer preguntas acerca de sus beneficios de salud.
 - Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios, llame al número de teléfono gratuito de Molina al **1 (888) 560-2043**.
 - Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.
- Proporcionar información a su médico, proveedor o Molina que sea necesaria para su atención médica.
- Formar parte activa en las decisiones sobre su atención médica.
- Seguir los planes de atención que ha acordado con su médico.
- Desarrollar y mantener una buena relación médico-paciente.
 - Cooperar con su médico y su personal.
 - Cumplir con las citas y llegar a tiempo. Si va a llegar tarde o no puede asistir a su cita, llame al consultorio del médico.
- Entregar su tarjeta de identificación de Molina Healthcare cuando obtenga atención médica.
 - No entregar su tarjeta de identificación a otras personas.
 - Informe a Molina acerca de cualquier fraude o acto indebido.
- Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas del tratamiento acordadas mutuamente.

Participe activamente en su atención médica

Planifique con antelación.

- Concierte sus citas en un horario que le resulte conveniente.
- Pida su cita cuando el consultorio esté menos ocupado si le preocupa tener que esperar demasiado tiempo.
- Mantenga una lista de preguntas que desee realizarle a su médico.
- Solicite la renovación de su receta médica antes de quedarse sin el medicamento.

Aproveche al máximo las visitas al médico

- Haga preguntas a su médico.
- Pregunte sobre los posibles efectos secundarios de cualquier medicamento recetado.
- Infórmele a su médico si está tomando algún té o hierbas.
- Informe a su médico acerca de cualquier tipo de vitaminas o medicamentos de venta libre que está tomando

Visite a su médico cuando esté enfermo

- Trate de brindarle a su médico toda la información posible.
- ¿Está empeorando o sus síntomas permanecen igual?
- ¿Ha tomado algo?

Si desea obtener más información, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina al número de teléfono gratuito **1 (888) 560-2043**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., CT. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

SERVICIOS DE MOLINA HEALTHCARE

Molina mejora continuamente los servicios

Molina toma todas las medidas posibles para mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se le proporcionan. El proceso formal de Molina para que esto suceda se denomina “proceso de mejora de calidad”. Molina lleva a cabo muchos estudios a lo largo del año. Si encontramos áreas para mejorar, tomamos las medidas que darán como resultado una mejor calidad de servicio y atención.

Si usted desea obtener más información acerca de qué acciones tomamos para mejorar, llame al número de teléfono gratuito de Molina, **1 (888) 560-2043**. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Comité de participación para el miembro

Queremos saber qué opina sobre Molina. Molina ha conformado el Comité de Participación para el Miembro (el "Comité") para escuchar sus inquietudes.

El comité es un grupo de personas como usted que se reúne cada tres meses y nos indica cómo mejorar. El comité puede revisar la información del plan de salud y hacer sugerencias al consejo directivo de Molina. Si usted desea inscribirse en el comité de participación del miembro, por favor llame a Molina al número de teléfono gratuito **1 (888) 560-2043**, del lunes al viernes, de 8:00 a 5:00 p. m. CT. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones. ¡Únase hoy mismo a nuestro Comité de Participación para el Miembro!

La privacidad de la atención médica

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Lea nuestro aviso sobre Normas de privacidad, en la portada de esta EOC.

Tecnología nueva

Molina siempre está buscando formas para cuidar mejor de nuestros miembros. Por eso, Molina tiene un procedimiento para descubrir las nuevas tecnologías, medicamentos y dispositivos para los posibles beneficios adicionales.

Nuestros directores médicos encuentran procedimientos, tratamientos, medicamentos y dispositivos nuevos cuando están disponibles. Presentan la información de la investigación ante el Comité de Administración de utilización, en el que los médicos revisan la tecnología. Sugieren si se puede agregar como tratamiento nuevo para los miembros de Molina.

Para obtener más información sobre la nueva tecnología, llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina.

¿Qué debo pagar?

Consulte la "Guía de beneficios y cobertura" en la portada de esta EOC para conocer su responsabilidad en relación con los costos compartidos para los servicios cubiertos.

Tenga en cuenta que usted podría ser responsable de pagar el precio total de los servicios médicos en las siguientes situaciones:

- Solicita y obtiene los servicios médicos que no están cubiertos, tales como cirugía cosmética.
- A excepción en el caso de servicios de atención médica urgente fuera del área o servicios de emergencia, puede solicitar y obtener servicios de atención médica de un médico u hospital que no es un proveedor participante de Molina sin obtener una aprobación de Molina.

Si Molina no le paga a un proveedor participante para brindarle servicios cubiertos, usted no es responsable de pagar al proveedor participante ninguna cantidad que adeudemos nosotros. Esto no es así en el caso de los proveedores no participantes.

¿Qué ocurre si he pagado un recibo médico o una receta médica? (disposiciones sobre reembolsos)

Con la excepción de cualquier suma de costos compartidos requerida (como un deducible, copago o coseguro), si ha pagado por un servicio cubierto o una receta médica que se aprobó o no requiere aprobación, Molina lo reembolsará. Debe presentar un reclamo para el reembolso dentro de los 12 meses desde la fecha en que realizó el pago.

Debe enviar por correo o por fax una copia de la factura del médico, hospital o farmacia y una copia de su recibo. Si el recibo es por un medicamento recetado, será necesario que incluya una copia de la etiqueta del medicamento recetado. Envíe por correo esta información al Centro de Apoyo al Cliente de Molina.

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.
Customer Support Center
2400 South 102nd Street
West Allis, WI 53227
1 (888) 560-2043
Fax: 1 (414) 847-1778
www.molinahealthcare.com/marketplace

Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Después de que recibamos su carta, le responderemos dentro de los 30 días. Si se acepta su reclamo, le enviaremos un cheque por correo. De lo contrario, le enviaremos una carta en la que explicaremos las razones. Si no está de acuerdo con esto, puede apelar llamando a Molina al número de teléfono gratuito **1 (888) 560-2043**, de lunes a viernes, de 8:00 p. m. a 5:00 p. m., CT. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

¿Cómo paga Molina Healthcare mi atención de salud?

Molina tiene contratos con los proveedores de muchas maneras. Algunos proveedores participantes de Molina reciben una suma fija por cada mes que usted esté bajo su atención, ya sea que usted lo consulte o no. Algunos proveedores trabajan bajo el régimen de pago por cada servicio que brindan. Esto significa que se les paga por cada procedimiento que llevan a cabo. Algunos proveedores reciben incentivos por brindar atención médica preventiva de calidad. Molina no ofrece incentivos financieros para las decisiones de administración de utilización que pueden provocar denegaciones de autorización o subutilización.

Para obtener más información acerca de cómo se les paga a los proveedores, llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina al número de teléfono gratuito **1 (888) 560-2043**, de lunes a viernes, de 8:00 p. m. a 5:00 p. m., CT. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones. También puede llamar al consultorio de su proveedor o grupo médico de su proveedor para obtener esta información.

Directivas anticipadas

Una directiva anticipada es un formulario que informa a los proveedores médicos qué tipo de atención usted desea obtener de no poder hablar por sí mismo. Una directiva anticipada se escribe antes de tener una emergencia.

Es una manera de evitar que otras personas tomen decisiones importantes sobre la atención de su salud si usted no está en condiciones de tomar esas decisiones. Un “poder notarial duradero para la atención médica” y una “declaración de ley de muerte natural” son ejemplos de directivas anticipadas. Usted tiene derecho a formular una directiva anticipada. Su PCP puede responder preguntas sobre las directivas anticipadas.

Puede llamar a Molina para obtener información en relación con la ley estatal sobre directivas anticipadas y los cambios a las leyes de directivas anticipadas. Molina actualiza la información sobre las directivas anticipadas a más tardar 90 días naturales a partir de la fecha en que recibe el aviso de cambios a las leyes estatales.

Para obtener más información, llame al número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente de Molina al **1 (888) 560-2043**. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque **7-1-1** para el servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Servicios de intérprete

¿Habla otro idioma que no sea inglés?

Muchas personas no hablan inglés o no se sienten cómodas hablando en inglés. Avise al consultorio de su médico o llame a Molina si usted prefiere hablar en un idioma que no sea inglés. Molina puede ayudarlo a encontrar a un médico que hable su idioma o a un intérprete que lo ayude.

Molina ofrece servicios telefónicos y de intérpretes para ayudarle a:

- Concertar una cita.
- Hablar con su doctor o enfermero.
- Obtener servicios de emergencia de manera oportuna
- Presentar un reclamo o queja.
- Obtener servicios de educación sobre la salud.
- Obtener información del farmacéutico sobre cómo debe tomar su medicina (medicamentos).
- Solicitar un intérprete telefónico hablar sobre condiciones médicas y las opciones de tratamiento.

Informe a su médico o cualquier persona que trabaja en su consultorio si necesita un intérprete. También puede solicitar cualquiera de los documentos que Molina le envía en su idioma preferido por escrito. Los miembros que necesitan información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible (es decir, sistema Braille, letra de molde grande, audio) pueden llamar al Centro de Apoyo al Cliente de Molina, al **1 (888) 560-2043**. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Servicios culturales y lingüísticos

Molina puede ayudarlo a hablar con su médico acerca de sus necesidades culturales. Podemos ayudarlo a encontrar a médicos que comprendan sus antecedentes culturales, servicios de apoyo social y ayuda con las necesidades lingüísticas. Llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina al **1 (888) 560-2043**. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Esta disposición sobre coordinación de beneficios (“**COB**”, por sus siglas en inglés) se aplica cuando una persona tiene cobertura para atención médica en más de un plan. Para los fines de esta disposición sobre COB, el “plan” se define a continuación.

El orden de las reglas de determinación de beneficio rige el orden en que cada plan pagará un reclamo de beneficios. El plan que paga primero se denomina “**plan primario**”. El plan primario debe pagar beneficios de acuerdo con las disposiciones de la póliza, sin considerar la posibilidad de que el otro plan puede cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el “**plan secundario**”. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes no excedan el 100 % de los gastos de asignación totales.

Definiciones (aplicables a esta cláusula de COB)

Un “**plan**” proporciona beneficios o servicios de atención médica o dental o tratamiento. Si se utilizan contratos diferentes para brindar cobertura coordinada a miembros de un grupo, dichos contratos se consideran partes del mismo plan, y no hay COB entre estos.

1. El Plan incluye lo siguiente: contratos de seguro grupales y no grupales; contratos con Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), planes de panel cerrado u otras formas de cobertura de tipo grupal o no grupal (ya sea asegurada o no asegurada); componentes de atención médica de contratos de atención a largo plazo, como atención de enfermería especializada; beneficios médicos conforme a contratos de automóviles individuales o grupales, y Medicare o cualquier otro plan del gobierno federal, según lo permitan las leyes.

2. El plan no incluye: cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija; cobertura solo de accidentes; cobertura de enfermedad o accidente especificados; cobertura médica con beneficio limitado, según lo definido por la ley estatal cobertura de accidente escolar; beneficios por componentes no médicos de pólizas de atención a largo plazo; pólizas complementarias de Medicare; pólizas de Medicaid; ni cobertura según conforme a otros planes gubernamentales federales, a menos que lo permita la ley.

Cada contrato para la cobertura conforme a (1) o (2) es un plan separado. Si un plan consta de dos partes y las reglas de la COB solo se aplican a uno de las dos, cada una de las partes se maneja como un plan separado.

- **“Este plan”** hace referencia, en una disposición sobre la COB, a la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica a los que se aplica la disposición sobre COB y que pueden reducirse a causa de los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato con la referencia de proporcionar beneficios de atención médica se la considera separada de este plan. Un contrato puede aplicar una cláusula de la COB para ciertos beneficios, tales como los beneficios dentales, para coordinar solo con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de la COB para coordinar otros beneficios.
- La orden de las reglas de determinación de beneficio de determinar si este plan es un plan primario o el plan secundario cuando la persona que tiene cobertura para atención médica en más de un plan. Cuando este plan es el primario, determina primero el pago de sus beneficios antes que los de cualquier otro plan, sin considerar los beneficios de otros planes. Cuando este plan es el 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 excedan el 100 % de los gastos de asignación totales. Cuando una persona tiene cobertura a través de más de dos planes, este plan puede ser el primario con respecto a uno o más planes y puede ser el plan secundario en relación con otros planes.
- **“Un gasto de asignación”** es un gasto de atención médica, incluidos los deducibles, coseguros y copagos, que esté cubierto, por lo menos en parte, por cualquier plan que cubra a la persona. Cuando un plan proporciona beneficios en la forma de los servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará gastos de asignación y es un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por cualquier plan que cubra a la persona no es un gasto de asignación. Además, cualquier gasto que un proveedor por la ley o según un acuerdo contractual tenga prohibido cobrar al miembro no constituye un gasto de asignación.

Los siguientes son ejemplos de los gastos que no son de gastos de asignación:

1. La diferencia entre el costo de una habitación semiprivada de hospital y una habitación privada de hospital no es un gasto de asignación, a menos que uno de los planes brinde cobertura para los gastos de habitación privada del hospital.
2. Si una persona está cubierta por dos o más planes que computen sus pagos de beneficios en función de las tarifas usuales y normales o de metodología de reembolso programada de valor relativo u otra metodología similar de reembolso, cualquier suma que exceda el reembolso máximo por un beneficio específico no es un gasto de asignación.
3. Si una persona está cubierta por dos o más planes que proporcionen beneficios o servicios en función de tarifas negociadas, una suma que exceda los máximos de tarifas negociadas no constituye un gasto de asignación.

4. Si una persona está cubierta por un plan que calcula sus beneficios o servicios en función de tarifas usuales y normales o de metodología de reembolso programada de valor relativo u otra metodología similar de reembolso, así como por otro plan que proporciona sus beneficios o servicios en función de tarifas negociadas, el acuerdo de pago del plan primario constituirá el gasto de asignación para todos los planes.

Sin embargo, si el proveedor está contratado por el Plan secundario para suministrar el beneficio o servicio por una tarifa negociada específica o una suma de pago diferente del acuerdo de pago del plan primario, y, si lo permite el contrato del proveedor, la tarifa negociada o el pago será el gasto de asignación utilizado por el plan secundario para determinar sus beneficios.

5. La suma de cualquier reducción del beneficio por parte del plan primario debido a que el miembro no ha cumplido con las disposiciones del plan no es un gasto de asignación. Ejemplos de estos tipos de disposiciones del plan incluyen la segunda opinión para cirugía, certificación previa de admisión y acuerdos de proveedor preferido.

Un “**plan de panel cerrado**” es un plan que brinda a los miembros beneficios de atención médica principalmente en forma de servicios a través de un panel de proveedores que tienen un contrato con el plan o que son empleados de este. Además, excluye la cobertura de servicios proporcionados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o remisión por parte de un miembro del panel.

“**Padre con custodia**” es el padre o la madre que, por sentencia judicial, ha quedado a cargo de la custodia de sus hijos o, en ausencia de una sentencia judicial, es el padre o la madre con quien el niño vive más de la mitad del año natural, con exclusión de cualquier visita provisional.

Orden de las reglas de determinación de beneficio

Cuando una persona está cubierta por dos o más planes, las reglas para determinar el orden de pagos de beneficios son los siguientes:

A. El plan primario paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus disposiciones de la cobertura y sin importar los beneficios de cualquier otro plan.

B. (1) Con excepción de lo mencionado en el párrafo (2), un Plan que no contiene una disposición de coordinación de beneficios coherente con esta norma siempre será el primario, a menos que las disposiciones de ambos planes indiquen que el plan en cumplimiento es primario.

(2) La cobertura que se obtenga en virtud de la membresía en un grupo, diseñada para complementar una parte de un paquete de beneficios básicos y establece que esta cobertura complementaria será el exceso de cualquier otra parte del plan ofrecida por el titular del Contrato. Ejemplos de estos tipos de situaciones son las coberturas de servicios médicos principales que se superponen sobre los beneficios hospitalarios y quirúrgicos básicos del plan, así como las coberturas de tipo de seguro que están escritas 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 en el cálculo del pago de sus beneficios solo cuando es secundario a ese plan.

D. Cada plan determina su orden de beneficios con la primera de las siguientes reglas que corresponda:

(1) No dependiente o dependiente. El plan que cubre a la persona de cualquier forma menos dependiente, por ejemplo, como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado, se considera el plan primario. 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 con respecto al plan que cubre a la persona como dependiente, y primario respecto del Plan que cubre a la persona que no sea dependiente (p. ej., un empleado jubilado), entonces, el orden de los beneficios entre los dos planes se revierte para que el plan que cubre la persona como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado sea el plan secundario, y el otro sea el primario.

(2) Hijo dependiente cubierto por más de un plan. A menos que exista una sentencia judicial que indique lo contrario, cuando un hijo dependiente está cubierto por más de un plan, el orden de los beneficios se determina de la siguiente manera:

(a) Para un hijo dependiente cuyos padres estén casados o vivan juntos, así se hayan casado o no alguna vez:

- El plan del padre o madre cuyo cumpleaños caiga antes en el año natural es el plan primario.
- Si ambos padres tienen la misma fecha de nacimiento, el plan que haya cubierto al padre o madre durante más tiempo será el primario.

Sin embargo, si el plan de un cónyuge tiene alguna otra regla de coordinación (por ejemplo, una "regla de género" que indica que el plan del padre siempre es primario), nosotros seguiremos las reglas de ese plan.

(b) Para un hijo dependiente cuyos padres estén divorciados, separados o ya no viven juntos, así hayan estado casados alguna vez o no, aplicará alguna de las siguientes opciones:

(i) Si una sentencia judicial determina que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica o de la cobertura para atención médica del hijo dependiente, y el plan de dicho padre tiene conocimiento real de dicha determinación, ese plan será el primario. Esta regla aplica para los años del plan que comiencen después de que el plan reciba el aviso de la sentencia judicial.

(ii) Si una sentencia judicial determina que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o de la cobertura para atención médica del hijo dependiente, el orden de beneficios estará determinado por las disposiciones del Subpárrafo (a).

(iii) Si una sentencia judicial determina que ambos padres tienen custodia compartida sin especificar que uno es responsable de los gastos de atención médica o de la cobertura para atención médica del hijo dependiente, el orden de beneficios estará determinado por las disposiciones del Subpárrafo (a).

(iv) Si no hay una sentencia judicial que determine la responsabilidad de los gastos de atención médica o de la cobertura para atención médica del hijo dependiente, el orden de beneficios del niño será el siguiente:

- El plan que cubre al padre con la custodia.
- El plan que cubre al cónyuge del padre con la custodia.

- El plan que cubre al padre sin la custodia.
- El plan que cubre al cónyuge del padre sin la custodia.

(c) Para un hijo dependiente cubierto por más de un plan de las personas que no sean sus padres, las disposiciones de los párrafos (a) o (b) anteriores determinarán el orden de los beneficios, como si las personas fueran de los padres del niño.

(3) Empleado activo o empleado retirado o despedido. El plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no esté ni despedido ni retirado, será el plan primario. El plan que cubre a esa misma persona como empleado retirado o despedido será el plan secundario. Lo mismo será verdad 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 acuerdan el orden de los beneficios, esta regla se ignorará. Esta regla no se aplica si la regla denominada D. (1) puede determinar el orden de beneficios.

(4) Continuidad de la cobertura por el estado o COBRA. Si una persona cuya cobertura se proporciona de acuerdo con COBRA o con un derecho de continuidad proporcionado por una ley estatal u otra ley federal adicional está cubierta por otro plan, será el plan primario aquel 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. COBRA u otra cobertura de continuidad estatal o federal será el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta regla, y, como resultado, los planes no acuerdan el orden de los beneficios, esta regla se ignorará. Esta regla no se aplica si la regla denominada D. (1) puede determinar el orden de beneficios.

(5) Mayor o menor duración de la cobertura. El plan que cubre a la persona como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado durante más tiempo será el plan primario, y el plan que cubre a la persona durante el período más corto será el secundario.

(6) Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos de asignación deberán ser compartidos de forma equitativa entre los planes que cumplen con la definición de plan. Además, este plan no pagará más de lo que hubiera pagado si hubiera sido el plan primario.

Efecto en los beneficios de este plan

Cuando este Plan es secundario, puede reducir sus beneficios para que el total de los beneficios pagados o proporcionados por todos los planes durante un año del plan no superen los gastos de asignación totales. En la determinación de la suma que se pagará por cualquier reclamo, el plan secundario calculará los beneficios que hubiera pagado en ausencia de otros planes de cobertura para atención médica y aplicará esa suma calculada a cualquier gasto de asignación conforme a su plan que no abone el plan primario. El plan secundario luego puede reducir su pago por la suma para que, si se combina con la suma pagada por el plan primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes por el reclamo no excedan el gasto de asignación total por dicho reclamo. Además, el plan secundario deberá acreditar a su deducible toda suma que se hubiera acreditado a su deducible en la ausencia de la otra cobertura para atención médica.

Si un miembro se inscribe en dos o más planes de panel cerrado y, si por cualquier motivo, incluida la prestación de servicio por un proveedor que no sea del panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado; la COB no se aplicará entre el plan y otros planes de panel cerrado.

Derecho a recibir y divulgar la información necesaria

Se necesitan algunos datos sobre la cobertura para atención médica y los servicios para aplicar las reglas de la COB y para determinar los beneficios adeudados conforme a este y otros planes. Molina puede obtener la información que necesita de organizaciones o personas o entregárselas a otras con el propósito de aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos conforme a este y otros planes que cubra a la persona que reclame beneficios. No necesitamos informar a ninguna persona ni obtener su consentimiento para hacerlo. Cada persona que reclame beneficios conforme a este plan debe proporcionar a Molina cualquier dato que necesite para aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos. Si no nos brinda la información que necesitamos para aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos, su reclamo de beneficios será denegado.

Centro de pago

Un pago realizado en virtud de otro plan puede incluir una suma que debería haber pagado conforme a este plan. Si lo hace, Molina quizás pague esa suma a la organización que realizó ese pago. Esa suma luego se tratará como si fuera un beneficio pagado de acuerdo con este plan. Nosotros no tendremos que pagar esa suma de nuevo. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en la forma de los servicios, en cuyo caso, “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en la forma de servicios.

Derecho de recuperación

Si la suma de los pagos hechos por Molina es mayor que lo que deberíamos haber pagado conforme a esta cláusula de la COB, podemos recuperar el exceso de una o más de las personas a las que pagamos o por quienes le hubiéramos pagado, o cualquier otra persona u organización que podría ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados al miembro. La “suma de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en el formulario de los servicios.

Disputas de coordinación

Si usted considera que no hemos pagado un reclamo correctamente, primero debe intentar resolver el problema comunicándose con nosotros. Siga los pasos que se describen en la sección “Quejas”, a continuación. Si aún no está satisfecho, puede llamar a la Oficina del Comisionado de Seguros para recibir instrucciones acerca de cómo presentar una queja al consumidor. Llame al **1 (800) 236-8517** (fuera de Madison), **1 (608) 266-0103** (en Madison), o **7-1-1**(TTY) y solicite por **1 (608) 266-3586** para solicitar un formulario de queja. El formulario de queja también está disponible en **oci.wi.gov**.

QUEJAS

¿Qué pasa si tengo una queja?

Si tiene algún problema con cualquier servicio de Molina Healthcare, queremos ayudarle a solucionarlo. Usted puede llamar a cualquiera de los siguientes números de teléfono gratuitos para obtener ayuda:

- Llame sin cargo a Molina al **1 (888) 560-2043**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., CT. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

- También puede enviarnos su problema o queja por escrito por correo. Nuestra dirección es la siguiente:

**Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.
Customer Support Center
2400 South 102nd Street
West Allis, WI 53227**

Puede encontrar más información sobre quejas en nuestra página web:
www.molinahealthcare.com/marketplace.

- Puede resolver los problemas siguiendo los pasos descritos en la sección a continuación "Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas". También puede contactar a la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**, una agencia del estado que hace cumplir las leyes de seguro de Wisconsin y presentar una queja. Puede ponerse en contacto con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** por escrito al:

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

- También puede llamar al **1 (800) 236-8517** (fuera de Madison), **1 (608) 266-0103** (en Madison), o **7-1-1**(TTY) y solicite por **1 (608) 266-3586** para solicitar un formulario de queja. El formulario de queja también está disponible en **oci.wi.gov**.

QUEJAS (APELACIONES INTERNAS) Y APELACIONES EXTERNAS

Definiciones para esta sección "Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas"

“Determinación adversa de beneficios” significa:

- La denegación de una solicitud de servicio o un incumplimiento de pago (de la totalidad o parte) de un beneficio.
- Cualquier reducción o finalización de un beneficio, o cualquier otra determinación de cobertura con respecto a que una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua u otro servicio de atención médica no cumple con los requisitos de Molina en relación con la necesidad médica, la adecuación, el entorno de atención médica o el nivel de atención o efectividad.
- Basado en su totalidad o en parte en el criterio del médico, incluye los servicios que no se hayan cubierto debido a que se había determinado que eran experimentales, de investigación, cosméticos, no médicamente necesarios o inapropiados.
- Una decisión de Molina de denegar la cobertura basada en una determinación de elegibilidad inicial.

Una determinación adversa de beneficios también es una rescisión de la cobertura, así como cualquier otra cancelación o interrupción de la cobertura que tiene un efecto retroactivo, excepto cuando esa cancelación/interrupción se debe a una falta de pago oportuno de las primas requeridas o aportes al costo de la cobertura.

La denegación de pago por los servicios o cargos (en su totalidad o en parte) de acuerdo con los contratos de Molina con los proveedores participantes, por los que usted no es responsable de dichos servicios o cargos, no es una determinación adversa de beneficios.

“Representante autorizado” hace referencia a un individuo autorizado por usted de acuerdo con las disposiciones de esta sección “Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas”, para actuar en su nombre con respecto a una queja o a una apelación externa.

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

“Queja” hace referencia a una insatisfacción con Molina que se le expresa por escrito a Molina por usted o su representante autorizado, lo que incluye, pero no se limita a, cualquiera de los siguientes:

- Determinaciones adversa de beneficios.
- Provisión de los servicios cubiertos.
- Determinación para reformular este contrato.

- Determinación de un diagnóstico o nivel de servicio necesario para el tratamiento basado en evidencia de los trastornos del espectro del autismo.
- Normas de reclamos.

“Panel de queja” hace referencia a un grupo de personas responsables de la investigación de cada queja.

Un “reclamo posterior al servicio” es que una determinación adversa de beneficios que se ha tomado por un servicio que ya se ha proporcionado.

Un “reclamo previo al servicio” es una determinación adversa de beneficios que se ha tomado, y el servicio solicitado no se ha proporcionado.

“Queja acelerada” hace referencia a una queja en donde el proceso de resolución estándar puede incluir a cualquiera de los siguientes:

- Peligro serio para su vida o salud (o la vida o salud de su hijo por nacer) o su habilidad para recuperar el funcionamiento máximo.
- En la opinión del médico tratante, puede someterlo a dolor grave que no se manejará adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es el objeto de la queja.
- Se determina que sea una queja acelerada por el médico tratante.

Presentar un reclamo

1. Usted o su representante autorizado pueden presentar una queja firmada y cualquier material de soporte al panel de queja utilizando uno de los siguientes métodos:

Por correo:
Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.
Attn: Grievance Coordinator
2400 South 102nd Street
West Allis, WI 53227

Por teléfono:
1 (888) 560-2043
TTY 7-1-1

Por fax:
Fax: 1 (414) 847-1778

Puede encontrar más información sobre quejas en nuestra página web:
www.molinahealthcare.com/marketplace.

Molina le acusará el recibo de la queja por escrito dentro de los cinco días hábiles de haberla recibido. Si su representante autorizado presenta la queja en su nombre, también le daremos un aviso de que la información de atención médica o la historia clínica pueden ser divulgadas solo si lo permite la ley. También incluiremos un formulario de consentimiento informado.

2. Molina lo notificará a usted y a su representante autorizado (si corresponde) por escrito de la hora y el lugar en que se reúne el panel de queja por lo menos con siete días naturales de antelación. Usted o su representante autorizado tienen el derecho a aparecer en persona o por teléfono ante el panel de queja para presentar información escrita u oral sobre la queja. También puede presentar preguntas escritas para las personas responsables de tomar la determinación que resultaron en la denegación o determinación de los beneficios o una decisión de cancelarle la inscripción.
3. A excepción de que su queja sea una queja acelerada como se describe en el párrafo 4 a continuación, Molina le notificará de la disposición de la queja dentro de los 30 días naturales del recibo, a menos que Molina sea capaz de resolver la queja dentro de los 30 días naturales. En el caso de que Molina no sea capaz de tomar una determinación dentro de los 30 días naturales iniciales de la recepción de su queja, Molina puede extender el período de determinación por otros 30 días naturales. Si se necesita una extensión, se lo notificaremos por escrito:
 - a. Que Molina no ha resuelto la queja.
 - b. Las razones de la extensión.
 - c. Cuándo se espera la resolución.
4. Si la queja involucra una queja acelerada, Molina resolverá tal queja dentro de las 72 horas de haberla recibido. Puede solicitar una queja acelerada llamando al **1-888-560-2043**. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Puede enviar su solicitud por fax al: **1 (414) 847-1778**. Puede encontrar más información sobre quejas en nuestra página web **www.molinahealthcare.com/marketplace**.
5. Puede revisar el archivo de reclamo de Molina sin cargo, lo que incluye cualquier evidencia nueva o adicional o explicación considerada, tomada en cuenta o generada por Molina con relación a la queja.
6. Molina solicitará una expresión por escrito de la autorización para la representación de cualquier persona que actúe en su nombre a menos que aplique alguno de los siguientes:
 - La persona que actúa en su nombre está autorizada por la ley para que actúe en su nombre.
 - Usted no puede dar consentimiento y la persona que actúa en su nombre es su cónyuge, un familiar o el proveedor tratante.
 - La queja es una queja acelerada y la persona que actúa en su nombre representa que usted le ha otorgado en forma verbal la autorización para representarlo.

Molina debe procesar la queja sin requerir la autorización por escrito a menos que nosotros, en nuestro acuse de recibo de una queja al representante autorizado, de forma clara y destacada hagamos todo lo siguiente:

- Notificarle a la persona que actúe en su nombre que, a menos que alguna de las excepciones enumeradas anteriormente apliquen, la queja no será procesada hasta que no recibamos la autorización por escrito.
- Solicitamos autorización por escrito a la persona que actúa en su nombre.
- Brindarle a la persona que actúa en su nombre un formulario que puede utilizar para dar la autorización por escrito. Puede, pero no está obligado a utilizar nuestro formulario para dar autorización por escrito. Molina aceptará una expresión de autorización por escrito en cualquier formulario, idioma o formato.

Presentar una queja en la oficina del comisionado de seguros

Puede resolver su problema siguiendo los pasos descritos anteriormente. También puede presentar una queja ante la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS (OCI)** de Wisconsin. La **OCI** es una agencia del estado que hace cumplir las leyes de seguro de Wisconsin. Puede contactar a la **OCI** por escrito:

**OFFICE OF THE COMMISSIONER OF INSURANCE
COMPLAINTS DEPARTMENT
P. O. Box 7873
Madison, WI 53707-7873**

También puede llamar al departamento de quejas de la **OCI** al **1 (800) 236-8517** (fuera de Madison), **1 (608) 266-0103** (en Madison), o **7-1-1**(TTY) y solicite por **1 (608) 266-3586** para solicitar un formulario de queja. El formulario de queja también está disponible en **oci.wi.gov**.

Presentar una apelación externa

Luego de que haya agotado los derechos provistos por Molina para el proceso de queja (apelación interna), tiene el derecho de solicitar una revisión independiente/externa ante una determinación adversa para un beneficio. Usted (o su representante autorizado) puede presentar una solicitud escrita para una revisión externa. Su aviso de una determinación adversa para un beneficio o la determinación adversa final para un beneficio describe el proceso a seguir si desea seguir un proceso de apelación externa.

Puede presentar su solicitud para una revisión externa dentro de los cuatro meses de la fecha que ha recibido el aviso de la determinación adversa para un beneficio o una determinación adversa final para un beneficio.

Puede solicitar una apelación externo por fax al **1 (888) 866-6190**, en línea en www.externalappeal.com o por correo a:

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

Si tiene preguntas o inquietudes durante el proceso de apelación externa, usted (o su representante autorizado) puede llamar al número de teléfono gratuito al **1 (888) 866-6205**. Usted (o su representante autorizado) pueden presentar comentarios escritos adicionales para la revisión externa a la dirección postal antes mencionada. Si se presenta información adicional, se compartirá con Molina a fin de darnos una oportunidad de reconsiderar la denegación.

Solicite una apelación externa acelerada: usted (o su representante autorizado) pueden realizar una solicitud escrita u oral para una apelación acelerada externa con una revisión externa cuando recibe:

- Una determinación adversa por un beneficio si la determinación adversa por un beneficio incluye una condición médica para la cual el plazo para la finalización de una queja acelerada pondría en serio peligro su vida o salud o su habilidad para recuperar el funcionamiento máximo y ha presentado una solicitud para una queja acelerada.
- Una determinación final adversa para un beneficio, si tiene una afección médica en donde el plazo para completar la revisión externa estándar pondrían en serio peligro su vida o salud o su habilidad para recuperar el funcionamiento máximo, o si la determinación final adversa para un beneficio se relaciona con la admisión, disponibilidad de atención, continuar la estadía o un artículo o servicio de atención médica para el cual el demandante ha recibido los servicios pero no ha sido dado de alta de un centro.
- Una determinación adversa para un beneficio que se relaciona con un tratamiento experimental o de investigación, si el médico tratante certifica que el servicio de atención médica recomendado o solicitado, el suministro o tratamiento sería menos efectivo si no se inicia pronto.

En casos de apelación acelerada externa, la solicitud para revisión acelerada puede iniciarse llamando a MAXIMUS Federal Services al número de teléfono gratuito **1 (888) 866-6205**, o enviando la solicitud por fax al **1 (888) 866-6190**, o enviando la solicitud por correo a:

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

Asimismo, a su solicitud, Molina puede enviarle copias de la disposición del beneficio real y proporcionará una copia sin cargo del beneficio real, las pautas clínicas o los criterios clínicos utilizados para realizar la determinación cuando reciba su solicitud. Puede realizarse una solicitud si llama al Coordinador de Quejas y apelaciones de Molina.

Información y reglas generales

Las reglas generales con respecto al procedimiento para reclamos, quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas incluyen lo siguiente:

- Molina le ofrecerá hablar con usted por teléfono. Se harán los arreglos apropiados para permitir que se realice una conferencia telefónica en nuestras oficinas administrativas. Molina coordinará esta llamada sin costos adicionales para usted.
- Durante el proceso de revisión, se revisarán los servicios en cuestión sin importar la decisión alcanzada en la determinación inicial.
- Molina le proporcionará pruebas nuevas o adicionales de información que tenga en consideración, en la que se base o que genere en relación con una apelación que no estaba disponible cuando se realizó la determinación adversa inicial de beneficios. Un proceso de revisión “completo y justo” requiere que Molina envíe toda nueva información médica directamente a usted, así tiene la oportunidad de revisar el archivo de reclamo.

ARBITRAJE VINCULANTE: OPCIÓN PARA RESOLVER TODAS LAS DISPUTAS, INCLUIDOS LOS RECLAMOS FUTUROS POR MALA PRAXIS MEDIANTE UN ARBITRAJE VINCULANTE

*******Información importante acerca de sus derechos*****

Toda disputa de cualquier tipo, incluidos, por ejemplo, los reclamos relacionados con la cobertura y la prestación de servicios conforme a este producto, que pueden incluir, entre otros, reclamos por mala praxis (p. ej., en caso de cualquier disputa o controversia que surja del diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente por parte del proveedor de atención médica) o reclamos debido a que los servicios médicos prestados por el producto no eran necesarios, no estaban autorizados o se prestaron de manera indebida, negligente o incompetente, entre el miembro (incluido cualquier heredero, sucesor o cesionario del miembro) y Molina Healthcare o cualquiera de sus sociedades controlantes, subsidiarias, afiliadas, sucesores o cesionarios, deberán someterse a un arbitraje vinculante de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables, incluida la Ley Federal de Arbitraje, 9 U.S.C. Secciones 1-16, la Ley Revisada de Arbitraje Uniforme de Wisconsin y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Cualquier disputa presentada ante arbitraje no se resolverá mediante una demanda o proceso judicial, ni estará sujeta a apelación, a excepción por lo establecido por la ley aplicable. Todo arbitraje conforme a esta disposición se realizará en forma individual; no se permiten los arbitrajes colectivos ni las acciones colectivas.

El miembro y Molina Healthcare están de acuerdo en que, al elegir el arbitraje, el miembro y Molina Healthcare renuncian al derecho a un juicio por jurado o a participar en una acción de clase. Al elegir el arbitraje vinculante, el miembro y Molina Healthcare renuncian a sus derechos constitucionales para hacer que cualquier disputa se resuelva en un tribunal de justicia ante un jurado y en su lugar aceptan el uso de arbitraje final y vinculante según las reglas de arbitraje comercial y procedimientos de mediación de la Asociación Americana de Arbitraje (AAA), y la administración del arbitraje se debe realizar a través de la AAA o arbitraje de tal clase de servicio como las partes podrían estar de acuerdo por

escrito. La sentencia sobre el laudo dictado por el árbitro podrá ser presentada ante cualquier tribunal que tenga jurisdicción.

Si un miembro acepta someter a una disputa a un arbitraje vinculante de conformidad con esta disposición, el miembro, además, acepta lo siguiente:

- Las partes tratarán de acordar mutuamente la designación del árbitro, pero si dicho acuerdo no puede lograrse dentro de los 30 días a partir de la fecha de recepción del aviso de inicio del arbitraje, se utilizarán los procedimientos de designación de árbitro descritos en reglas de arbitraje comercial y procedimientos de mediación de la AAA.
- El árbitro debe realizar una audiencia dentro de un tiempo razonable a partir de la fecha de aviso de la selección del árbitro neutral. Las audiencias de arbitraje se llevarán a cabo en el condado donde viva el miembro o en otro lugar que las partes pueden acordar por escrito.
- Se realizará un intercambio de pruebas en dicho arbitraje según la Ley de Arbitraje de Wisconsin.
- El árbitro seleccionado tendrá la facultad de controlar el momento oportuno, el alcance y la manera de realizar el intercambio de pruebas, y además deberá tener la misma facultad de hacer cumplir las obligaciones respectivas de las partes concernientes al intercambio como lo haría un tribunal del estado de Wisconsin, incluida, entre otras, la aplicación de sanciones.
- El árbitro tendrá la facultad de otorgar todos los recursos de acuerdo con cualquier limitación de la ley aplicable y sujetos a esta. El árbitro preparará por escrito un fallo que indique la(s) parte(s) ganadora(s), la suma y otros términos relevantes de la indemnización, y que incluya las razones legales y de hecho de la decisión.

- El acuerdo del miembro a presentar reclamos antes un arbitraje vinculante no impedirá que una de las partes solicite una orden de restricción provisional o una medida cautelar u otro recurso provisional a un tribunal competente. Sin embargo, todos los demás reclamos o acciones judiciales, incluidos, entre otros, aquellos que reclaman daños y perjuicios, estarán sujetos a arbitraje vinculante, según se establece en el presente documento. Las partes deberán dividir en partes iguales los costos y los gastos de AAA y del árbitro. En caso de dificultades extremas, Molina Healthcare puede asumir toda o parte de la parte de los honorarios y gastos de la AAA y del árbitro, siempre que el miembro presente una solicitud de dificultad extrema a la AAA. La solicitud de dificultades extremas deberá ser hecha en una manera y con la información y cualquier documentación que requiera la AAA. La AAA (y no la parte neutral asignada para intervenir en el caso) debe determinar si aprobará la solicitud de dificultad del miembro.

SI DECIDE EL ARBITRAJE PARA LOS RECLAMOS SE ENTIENDE QUE TODAS LAS PARTES ACUERDAN EXPRESAMENTE RENUNCIAR A SU DERECHO CONSTITUCIONAL A QUE SE RESUELVAN LAS DISPUTAS ENTRE ELLAS ANTE UN JURADO Y EN SU LUGAR ACEPTAN EL USO DE UN ARBITRAJE VINCULANTE.

OTRAS

DISPOSICIONES VARIAS

Actos fuera del control de Molina

Si las circunstancias más allá del control razonable de Molina, incluso cualquier desastre importante, epidemia, destrucción completa o parcial de un centro, guerra, disturbios o insurrección civil, dan como resultado la falta de disponibilidad de centros de salud, de su personal o de los proveedores participantes, Molina y el proveedor participante proporcionarán o intentarán proporcionar beneficios y cobertura en la medida que sea práctico, de acuerdo con su mejor criterio, dentro de la limitación de dichas instalaciones y los proveedores participantes. Ni Molina ni ningún proveedor participante tendrán ninguna responsabilidad u obligación por cualquier retraso o falta de prestación de los beneficios y la cobertura si es el resultado de cualquiera de las circunstancias descritas anteriormente.

Renuncia

Si Molina no cumple con alguna disposición de este acuerdo, no debe interpretarse como una renuncia a esa disposición o cualquier otra disposición de este Contrato, ni debe afectar el derecho de Molina de exigir su cumplimiento de este Contrato.

No discriminación

Molina no discrimina al contratar personal o al proveer atención médica en función de una condición de salud preexistente, color, credo, edad, nacionalidad, etnia, religión, minusvalía, discapacidad, sexo o preferencia sexual.

Si usted considera que no ha sido tratado de manera justa, comuníquese con el número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente al **1 (888) 560-2043**. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el **7-1-1** para obtener acceso al servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Donación de órganos o tejidos

Usted puede convertirse en un donante de órganos o tejidos. Los avances médicos en tecnología de trasplantes de órganos han ayudado a muchos pacientes. Sin embargo, la cantidad de órganos disponibles es mucho menor que la de los pacientes que necesitan un trasplante de órgano. Puede elegir ser donante de órganos o tejidos registrándose en el Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin visitando nuestra página web en <http://www.dhs.wisconsin.gov/health/donatelife/> para agregar su nombre al registro.

Acuerdo vinculante para los miembros

Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios de este Acuerdo, todos los miembros legalmente capaces de contratación, y los representantes legales de todos los miembros incapaces de hacerlo, acuerdan las disposiciones de este Acuerdo.

Asignación

No puede ceder este Contrato ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos de dinero adeudado, beneficios u obligaciones estipulados en el presente documento sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Ley vigente

Salvo en la medida prevista por la ley federal, este Contrato se regirá conforme a la ley de Wisconsin, y cualquier disposición que la ley federal o estatal exija que se incluya en este Contrato será vinculante para Molina y los miembros, independientemente de si lo establece este contrato.

Invalidez

Si cualquier disposición de este acuerdo se considera ilegal, nula o inaplicable en un procedimiento judicial o arbitraje vinculante, dicha provisión deberá eliminarse y se considerará nula, pero el resto de este Acuerdo seguirá siendo válido y cobrará pleno vigor y vigencia.

Avisos

Cualquier aviso requerido por Molina según el presente Contrato se enviará a la dirección más reciente que tengamos del suscriptor. El suscriptor es responsable de notificarnos todo cambio de dirección.

ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y PROGRAMAS DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD NIVEL 1

Las herramientas y los servicios que se describen a continuación constituyen apoyo educativo para nuestros miembros. Podemos modificarlos en cualquier momento, según se requiera, para satisfacer las necesidades de nuestros miembros.

CONTROL DE LA SALUD

Molina Healthcare ofrece programas para ayudar a su familia y a usted a mantenerse saludables. Puede solicitar folletos sobre diversos temas, por ejemplo:

- Control del asma
- Control de la diabetes
- Control de la presión arterial alta
- Control de enfermedades cardiovasculares (CVD)
- Control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

También se puede inscribir en cualquiera de estos programas antes mencionados llamando al Departamento de Administración de Salud de Molina **al 1 (866) 891-2320**, entre las 10:30 a. m. y 7:30 p. m., CT, de lunes a viernes.

Motherhood Matters®

Un programa de cuidado prenatal para las mujeres embarazadas

El embarazo es un período importante en su vida. Puede ser incluso más importante para su bebé. Lo que usted haga durante su embarazo puede afectar la salud y el bienestar de su bebé: incluso después del nacimiento.

Motherhood Matters® es un programa para mujeres embarazadas. Este programa ayudará a las mujeres a recibir la educación y los servicios necesarios para tener un embarazo saludable. Le enviaremos por correo postal un libro sobre embarazo que puede utilizar como referencia a lo largo de su embarazo.

Podrá conversar con nuestro personal de atención sobre cualquier pregunta que pueda tener durante su embarazo. Le enseñarán lo que debe hacer. Si surge algún problema, una enfermera trabajará junto con usted y su médico para ayudarlo. Formar parte de este programa y seguir las pautas pueden ayudarla a tener un embarazo saludable y un bebé sano.

La buena salud de su bebé comienza cuando usted está embarazada

Aprenderá lo siguiente:

- Por qué las visitas a su médico son tan importantes.
- Cómo sentirse mejor durante su embarazo.
- Qué alimentos son mejores para comer.
- Qué tipos de cosas debe evitar.
- Por qué debe mantenerse en contacto con el personal de Molina.
- Cuándo tiene que llamar al médico de inmediato.

Otros beneficios incluyen los siguientes:

- Materiales de educación para la salud, que incluye un libro sobre embarazo.
- Remisiones a recursos comunitarios disponibles para mujeres embarazadas.

Para conocer más sobre el programa Motherhood Matters®, llame al Departamento de Administración de Salud de Molina al **1 (866) 891-2320**, entre las 10:30 a. m. y las 7:30 p. m. CT, de lunes a viernes.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes

Cubrimos los programas de capacitación para el autocontrol de la diabetes diseñados para ayudar a las personas a que aprendan a controlar su diabetes en una instalación para pacientes ambulatorios. Para información sobre capacitación para el autocontrol de la diabetes llame al **1 (888) 999-2404**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. CT.

PROGRAMAS DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD NIVEL 1

El Departamento de Educación de la Salud de Molina está comprometido a ayudarlo a estar bien. Averigüe si es elegible para inscribirse en uno de nuestros programas. Llame al número de teléfono gratuito **1 (866) 472-9483**, de lunes a viernes, de 10:30 a. m. a 7:30 p. m. CT. Pregunte por otros servicios que proporcionamos o solicite que le envíen información por correo.

Los siguientes son programas de educación para la salud que Molina tiene para ofrecerle.

Programa para dejar de fumar

Este programa ofrece servicios para dejar de fumar a todos los fumadores interesados en dejar el hábito. El programa se realiza por teléfono. También le enviarán materiales educativos para ayudarlo a dejar el hábito. Un asesor para dejar de fumar lo llamará para ofrecerle su apoyo. También se le dará un número telefónico al que puede llamar cuando necesita ayuda.

Programa para el Control de Peso

Este programa es para miembros que necesitan ayuda para controlar su peso. El Programa para el Control de Peso se proporciona de los miembros desde los 17 años de edad. Aprenderá sobre alimentación saludable y ejercicio. Este programa está destinado a los miembros que están listos para perder de peso. Una vez que haya comprendido y aceptado los criterios de participación del programa, puede inscribirse en este.

Su guía de referencia rápida de atención médica

Departamento/Programa	Tipo de ayuda necesaria	Información de contacto
Departamento del Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare	Si tiene algún problema con cualquiera de los servicios de Molina, deseamos ayudar a solucionarlo. Puede llamar a nuestro Centro de Apoyo al Cliente para obtener ayuda o presentar un reclamo o una queja, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este. Cuando esté en duda, llámenos primero.	Customer Support Center Llame al número de teléfono gratuito: 1 (888) 560-2043 Fax: 1 (414) 847-1778 TTY: 7-1-1 para el servicio de retransmisión de telecomunicaciones.
Control de la salud	Para solicitar información sobre programas para afecciones tales como asma, diabetes, presión arterial alta, enfermedad cardiovascular (CVD) o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	1 (866) 891-2320 entre las 10:30 a. m y las 7:30 p. m., CT, de lunes a viernes.
Programas de Administración de la Salud. Nivel 1	Puede solicitar información sobre el control del peso y los programas para dejar de fumar.	1 (866)-472-9483 entre las 10:30 a. m y las 7:30 p. m., CT, de lunes a viernes.
Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas del día, los siete días de la semana	Si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud o la de su familia. La Línea de Consejos de Enfermeras es atendida por enfermeras registradas.	1 (888) 275-8750 Español: 1 (866) 648-3537 Inglés TTY 1 (866) 735-2929. Español TTY 1 (866) 833-4703.
Motherhood Matters®	Molina ofrece un programa especial llamado Motherhood Matters® a nuestras miembros embarazadas. Este programa proporciona información importante sobre alimentación, ejercicio físico y otros temas relacionados con su embarazo.	1 (866) 891-2320 entre las 10:30 a. m y las 7:30 p. m., CT, de lunes a viernes.
Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. para Derechos Civiles	Si considera que no hemos protegido su privacidad y desea presentar una queja, puede presentar una (o un reclamo).	1 (415) 437-8310 TTY: 1 (415) 437-8311 Fax: 1 (415) 437-8329
Medicare	Medicare es un seguro médico ofrecido por el gobierno federal para la mayoría de las personas desde los 65 años. Medicare lo ayuda a pagar la atención médica, pero no cubre todos los gastos médicos.	1 (800) MEDICARE 1 (800) 633-4227 TTY: 1 (877) 486-2048 www.Medicare.gov
Oficina del Comisionado de Seguros de Wisconsin	La Oficina del Comisionado de Seguros de Wisconsin es responsable de regular las organizaciones de mantenimiento de salud. Si tiene una queja contra Molina, primero debe llamar al número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente de Molina al 1 (888) 560-2043 y utilizar el proceso de quejas de Molina antes de comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros.	www.oci.wi.gov 1 (800) 236-8517 (afuera de Madison) o 1 (608) 266-0103 (en Madison) o TTY 7-1-1, solicite por 1 (608) 266-3586.



2400 South 102nd Street
West Allis, WI 53227

Producto ofrecido por Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.,
una filial de completa propiedad de Molina Healthcare, Inc.