

Molina Healthcare of South Carolina, Inc. Marketplace

2024

Contrato y Evidencia Individual de Cobertura

Major Medical Expense Coverage HMO

Renovación garantizada salvo por las razones indicadas en el presente Acuerdo.

Derecho a devolución: Los suscriptores recién inscritos tienen derecho a devolver este Acuerdo hasta la medianoche del 30.º día desde la fecha en que el suscriptor recibe el Acuerdo, mediante la devolución del Acuerdo a Molina o a un agente de Molina. No es necesario indicar el motivo de la devolución. Molina tratará este Acuerdo como si nunca hubiera sido emitido y devolverá todos los pagos de Prima al suscriptor. Si el suscriptor devuelve el Acuerdo bajo esta disposición, será responsable del pago de cualquier servicio de atención médica que él o un dependiente hayan recibido antes de devolver el Acuerdo.

Área de servicio: Sirviendo a los condados de Abbeville, Aiken, Allendale, Anderson, Bamberg, Barnwell, Beaufort, Berkeley, Calhoun, Charleston, Cherokee, Chester, Chesterfield, Clarendon, Colleton, Darlington, Dillon, Dorchester, Edgefield, Fairfield, Florence, Georgetown, Greenville, Greenwood, Hampton, Horry, Jasper, Kershaw, Lancaster, Laurens, Lee, Lexington, Marion, Marlboro, McCormick, Newberry, Orangeburg, Pickens, Richland, Saluda, Spartanburg, Sumter, Union, Williamsburg, York.

Molina Healthcare of South Carolina
PO Box 40309
North Charleston, SC 29423



MSC01012024
SC24EOCS

Servicio	Necesidad	Dónde ir
Servicios de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de una afección médica de emergencia 	Llame al 911 o vaya a cualquier sala de emergencias, incluso si es un proveedor no participante o está fuera del área de servicio.
Cómo obtener atención	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades leves ▪ Lesiones menores • Atención médica virtual • Asesoramiento las 24 horas sobre cuestiones médicas y de salud mental 	<p>Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas 1 (844) 800-5155</p> <p>Centros de atención de urgencia Encuentre un proveedor o centro de atención de urgencia. MolinaMarketplace.com/SCFindCare</p> <p>Atención médica virtual www.teladoc.com/molinamarketplace 1-800-TELADOC</p>
Acceso en línea	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar o cambiar de médico • Ver los beneficios y el Manual del Miembro. • Ver o imprimir tarjeta de identificación (ID). • Realizar un seguimiento de las reclamaciones 	<p>Ingrese en MyMolina.com.</p> <p>Descargue la aplicación Molina Mobile.</p> <p>Visite el Directorio de proveedores MolinaMarketplace.com/SCFindCare</p>
Detalles del plan	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas sobre el plan, los programas, los servicios o los medicamentos recetados • Ayuda relacionada con la tarjeta de identificación • Acceso a la atención médica • Preguntas sobre pagos 	<p>Departamento de Servicios para Miembros de Molina 1 (855) 885-3176 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este.</p> <p>Ingrese en MyMolina.com.</p> <p>Ingrese en MolinaPayment.com</p>
Elegibilidad e inscripción	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas de elegibilidad • Agregar un dependiente • Informar el cambio de dirección o ingresos 	<p>1 (800) 318-2596</p> <p>Ingrese en healthcare.gov</p>

TABLA DE CONTENIDOS

GRACIAS POR ELEGIR MOLINA.....	7
DEFINICIONES	8
INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD	12
PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA	13
PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN	13
DEPENDIENTES	13
AGREGAR NUEVOS DEPENDIENTES	14
INTERRUPCIÓN DE LA COBERTURA DE DEPENDIENTES	15
ELEGIBILIDAD CONTINUA.....	16
PAGO DE LA PRIMA.....	16
CRÉDITO FISCAL ANTICIPADO PARA LA PRIMA (APTC)	16
PAGOS	16
PAGO DE PRIMAS Y COSTOS COMPARTIDOS POR PARTE DE TERCEROS	16
AVISO DE PAGO ATRASADO	16
PERÍODO DE GRACIA	17
NOTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO	17
REESTABLECIMIENTO	17
REINTEGRO DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN	18
REINSCRIPCIÓN LUEGO DE LA TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO	18
RENOVACIÓN DE LA COBERTURA.....	18
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.....	18
• EL DEPENDIENTE O NIÑO NO REÚNE LOS REQUISITOS DEBIDO A SU EDAD	19
• INELEGIBILIDAD DE MIEMBRO	19
• FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS:	19
• FRAUDE O TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL	19
• SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN POR PARTE DEL MIEMBRO.....	19
• DISCONTINUACIÓN DE UN PRODUCTO EN PARTICULAR.....	19
• INTERRUPCIÓN DE TODA LA COBERTURA	19
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA	19
SI TIENE UNA EMERGENCIA, LLAME AL 911	19
REQUISITO DEL PROVEEDOR PARTICIPANTE	19
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO.....	20
DERECHO DEL MIEMBRO A OBTENER SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA FUERA DE LA PÓLIZA	20
PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)	20
SERVICIOS DE TELESALUD	21
PROVEEDOR NO PARTICIPANTE EN UN CENTRO DE PROVEEDOR PARTICIPANTE.....	21
NINGÚN PROVEEDOR PARTICIPANTE PRESTA UN SERVICIO CUBIERTO	21
CONTINUACIÓN DE LA ATENCIÓN (CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN)	21
TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN.....	22
REMISIÓN.....	22
SEGUNDA OPINIÓN	22
OBJECIONES MORALES.....	23
ACCESO A LA ATENCIÓN PARA MIEMBROS CON DISCAPACIDADES	23
AUTORIZACIÓN PREVIA.....	23
NECESIDAD MÉDICA	24
REVISIÓN DE UTILIZACIÓN	25
REVISIÓN SIMULTÁNEA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	25
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)	25

COSTOS COMPARTIDOS	30
SERVICIOS CUBIERTOS.....	30
BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES.....	31
ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS	31
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (ASD)	32
TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER:	32
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA.....	33
SERVICIOS PARA LA DIABETES	33
SERVICIOS DE DIÁLISIS	33
SERVICIOS DE EMERGENCIA	33
<i>Servicios de emergencia cuando está fuera del área de servicio</i>	<i>33</i>
<i>Servicios de emergencia prestados por un proveedor no participante.....</i>	<i>34</i>
<i>Servicios posteriores a la estabilización prestados por un proveedor no participante</i>	<i>34</i>
<i>Transferencia a un hospital proveedor participante.....</i>	<i>34</i>
TRANSPORTE MÉDICO DE EMERGENCIA	34
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	34
SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LAS HABILIDADES.....	35
ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA	35
SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS	35
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS	36
PRUEBAS DE LABORATORIO, RADIOLOGÍA (RAYOS X) Y SERVICIOS DE EXPLORACIÓN ESPECIALIZADOS.....	36
SERVICIOS DE SALUD MENTAL (PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS)	36
<i>Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción.....</i>	<i>37</i>
SERVICIOS MÉDICOS	37
EMBARAZO Y MATERNIDAD	37
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	38
SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS	38
DISPOSITIVOS PROTÉSICOS, ORTOPÉDICOS, IMPLANTADOS INTERNAMENTE Y EXTERNOS.....	38
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	39
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	40
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	40
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS).....	40
CIRUGÍA (PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS).....	40
SERVICIOS DE TRASPLANTE	41
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA.....	41
SERVICIOS PARA LA VISTA.....	41
<i>Servicios para la vista pediátricos</i>	<i>41</i>
<i>Servicios de visión de rutina para adultos.....</i>	<i>42</i>
MEDICAMENTOS RECETADOS.....	42
FÁRMACOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPO MÉDICO DURADERO	42
FARMACIAS.....	42
FORMULARIO DE MOLINA	42
ACCESO A MEDICAMENTOS FUERA DEL FORMULARIO	43
CÓMO SOLICITAR UNA EXCEPCIÓN	43
COSTOS COMPARTIDOS.....	44
COSTO COMPARTIDO EN LAS EXCEPCIONES DE FORMULARIO	45
CENTRO DE ATENCIÓN PARA EL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS REQUERIDOS ADMINISTRADOS POR EL PROVEEDOR.....	45
ASISTENCIA CON COSTOS COMPARTIDOS DE MEDICAMENTOS Y COSTOS DE BOLSILLO	45
MEDICAMENTOS, PRODUCTOS Y SUPLEMENTOS DE VENTA LIBRE	45
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)	45
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS	46
MEDICAMENTOS RECETADOS PARA DEJAR DE FUMAR.....	46
LÍMITE DE SUMINISTRO DIARIO	46
PRORRATEO Y SINCRONIZACIÓN.....	46

ANALGÉSICOS CON OPIOIDES PARA EL DOLOR CRÓNICO	46
MEDICAMENTOS CONTRA EL CÁNCER	46
TRATAMIENTO DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV).....	47
DISPONIBILIDAD DE PEDIDOS POR CORREO DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO	47
MEDICAMENTOS PARA USO FUERA DE LO INDICADO	47
MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS.....	47
EXCLUSIONES.....	48
RECLAMACIONES	51
PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN	51
REEMBOLSO AL MIEMBRO	52
PAGO DE FACTURAS	52
AVISOS LEGALES	52
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS.....	52
INDEMNIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES.....	53
CAMBIOS EN LAS PRIMAS Y LOS COSTOS COMPARTIDOS	53
ACTOS FUERA DEL CONTROL DE MOLINA	53
EXENCIÓN.....	53
NO DISCRIMINACIÓN.....	53
ACUERDO VINCULANTE PARA LOS MIEMBROS	53
ASIGNACIÓN	54
FALTA DE VALIDEZ.....	54
AVISOS.....	54
CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA (DIVORCIO).....	54
LÍMITE DE TIEMPO PARA CIERTAS DEFENSAS	54
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE PRUEBA DE PÉRDIDA	54
PRUEBA DE PÉRDIDA	54
PAGO DE RECLAMACIONES:	55
EXÁMENES FÍSICOS	55
ACCIÓN LEGAL	55
CAMBIO DE BENEFICIARIO	55
LEY VIGENTE.....	55
BIENESTAR Y OTROS BENEFICIOS DEL PROGRAMA	55
DIRECTIVAS ANTICIPADAS.....	55
APELACIONES Y QUEJAS	56
DEFINICIONES.....	56
QUEJAS	56
NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE.....	57
AVISO INICIAL DE DENEGACIÓN:.....	57
APELACIONES INTERNAS.....	57
<i>Plazo para las decisiones de apelaciones internas.....</i>	<i>58</i>
AGOTAMIENTO DEL PROCESO INTERNO DE RECLAMACIONES Y APELACIONES	58
REVISIÓN EXTERNA:	58
<i>Revisión externa estándar.....</i>	<i>58</i>
<i>Revisión externa acelerada.....</i>	<i>58</i>
<i>Revisión externa del tratamiento experimental y de investigación</i>	<i>58</i>
<i>Solicitud de revisión externa:</i>	<i>59</i>
<i>Asignación de IRO.....</i>	<i>59</i>
<i>Revisión y decisión de la IRO.....</i>	<i>59</i>
<i>Naturaleza vinculante de la decisión de revisión externa.....</i>	<i>59</i>
ASISTENCIA DEL REGULADOR ESTATAL:.....	59
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN.....	60

Emisión de póliza: Este Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura (también llamado “Acuerdo”) de Molina Healthcare of South Carolina, Inc. son emitidos por Molina Healthcare of South Carolina, Inc. (“Molina”), para el suscriptor o miembro cuyas tarjetas de identificación se emiten con este Acuerdo. En virtud de las declaraciones hechas en cualquier solicitud requerida y el pago oportuno de las Primas, Molina se compromete a proporcionar los servicios cubiertos tal como se describen en este Acuerdo.

Incorporación por referencia: este Acuerdo, las enmiendas y cláusulas adicionales de este Acuerdo, el Programa de Beneficios aplicable para este plan y cualquier solicitud presentada al Marketplace o Molina para obtener cobertura bajo este Acuerdo, incluida la hoja de tarifas aplicable para este producto y la solicitud que se encuentra disponible en <https://marketplace.cms.gov/applications-and-forms/marketplace-application-for-family.pdf>, son incorporados a este Acuerdo por referencia, y constituyen el contrato completo legalmente vinculante entre Molina y el suscriptor.

Cambios en el contrato: ninguna enmienda, modificación u otro cambio a la totalidad de este contrato legalmente vinculante entre Molina y el suscriptor será válida hasta que sea aprobada por Molina y evidenciada por un documento escrito firmado por un funcionario ejecutivo de Molina. Ningún agente de Molina tiene la autoridad necesaria para modificar este Acuerdo y sus documentos incorporados ni para renunciar a ninguna de sus disposiciones.

Servicios de intérprete: Molina ofrece servicios de intérprete para cualquier miembro que necesite ayuda lingüística a la hora de comprender y obtener cobertura médica conforme a este Acuerdo. Molina ofrece estos servicios sin costo adicional para el miembro. Molina proporcionará servicios de interpretación oral y servicios de traducción por escrito de cualquier material fundamental para que un miembro comprenda su cobertura de atención médica. Los Miembros sordos o con problemas de audición pueden utilizar el servicio de retransmisión de telecomunicaciones llamando al 7-1-1.

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

GRACIAS POR ELEGIR MOLINA

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

Le proporcionamos este Acuerdo para informarle lo siguiente:

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

Lea este Acuerdo cuidadosamente. En él, encontrará información sobre la amplia gama de necesidades de salud que se cubren y los servicios que se proporcionan.

Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con Servicios para Miembros en MolinaMarketplace.com o al número de teléfono que figura en la página 2 de este Acuerdo.

¡Estamos a su disposición!

Dora Wilson

Dora Wilson
Presidente del plan



DEFINICIONES

Algunas de las palabras o términos utilizados en este Acuerdo no tienen su significado habitual. Los planes de salud usan estas palabras de una manera especial. Cuando una palabra con significado especial se utiliza en una sola sección de este Acuerdo, se explica dentro de la sección en cuestión. Las palabras con significado especial utilizadas en cualquier sección de este Acuerdo están en mayúscula y se explican en esta sección de Definiciones.

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

Ley de Atención Médica Asequible: la ley integral de reforma de la atención médica, promulgada en marzo de 2010 (en ocasiones conocida como “ACA” o “PPACA”)

Cantidad autorizada: el monto máximo que pagará Molina por un servicio cubierto menos el costo compartido que deban pagar los miembros. Según corresponda:

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

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

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

Máximo anual de gastos de bolsillo (también conocido como “OOPM”): el máximo que un miembro debe pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de que un miembro gasta este monto en deducibles, copagos y coseguros, Molina paga el 100 % de los costos de los servicios cubiertos. Los montos que pagan el suscriptor o los dependientes por los servicios no cubiertos por este plan no se cuentan para el OOPM (en inglés). El Programa de Beneficios puede incluir un monto OOPM por cada individuo inscrito bajo este Acuerdo y un monto OOPM por separado para toda la familia cuando hay dos o más Miembros inscritos. Cuando dos o más miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo:

1. El OOPM individual se alcanzará, con respecto al miembro, cuando esa persona alcance el monto del OOPM individual; o
2. se alcanzará el OOPM familiar cuando el costo compartido de la familia de un miembro se suma al total del OOPM familiar.

Una vez que los costos compartidos totales para el miembro se sumen al total del OOPM individual, Molina pagará el 100 % del costo compartido del miembro por los servicios cubiertos para esa persona durante el resto del año calendario si sigue inscrito en este plan. Una vez que el costo compartido de dos o más miembros de la familia se suma hasta llegar al monto OOPM familiar, Molina pagará el 100 % de los costos compartidos del miembro por servicios cubiertos para el miembro y cada integrante de su familia por el resto del año calendario si siguen inscritos en este plan.

Factura del saldo o Facturación del saldo: cuando un proveedor emite una factura a un miembro por la diferencia entre el monto del cargo del proveedor y la cantidad autorizada. Un proveedor participante de Molina no puede facturar un saldo a un miembro por servicios cubiertos.

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

Coseguro: es un porcentaje de los cargos por servicios cubiertos que el miembro debe pagar cuando recibe ciertos servicios de ese tipo. La cantidad del coseguro se calcula como un porcentaje de las tarifas que Molina negoció con el proveedor participante (también conocida como la “tarifa acordada”) o el cargo del Proveedor Participante, si es menor que la tarifa acordada. Si corresponde, los coseguros están detallados en el Programa de Beneficios.

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

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

Servicio cubierto o servicios cubiertos: los servicios médicamente necesarios, incluidos algunos dispositivos médicos, equipo y medicamentos recetados, que los miembros reúnen los requisitos para recibir en virtud de este plan.

Deducible: el monto que los miembros deben pagar por los servicios cubiertos antes de que Molina comience a pagar por estos. La cantidad que se paga de deducible se basa en las tarifas que Molina ha negociado con el proveedor participante (también conocida como la “tarifa acordada”) o el cargo del proveedor participante, si es menor que la tarifa acordada. Consulte el Programa de Beneficios para ver qué servicios cubiertos están sujetos a deducibles y cuáles son esos montos deducibles para el plan del miembro.

Dependiente: un miembro que cumple con los requisitos de elegibilidad como dependiente, tal como se describe en este Acuerdo.

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

Formulario de medicamentos o Formulario: Una lista de los medicamentos que cubre este Plan de Molina. Además, en el Formulario de medicamentos, se ordenan los medicamentos en distintos niveles o categorías de costo compartido.

Equipo médico duradero o DME: el equipo médico duradero (DME, en inglés) constituye el equipo médico y los suministros solicitados por un proveedor para uso diario o extendido. El DME puede incluir equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras reactivas de sangre para diabéticos medicamento necesarios.

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

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

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

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

Servicios de emergencia: servicios destinados a evaluar, tratar o estabilizar una Condición médica de emergencia. Estos servicios pueden prestarse en una sala de emergencias autorizada u otro centro que proporcione tratamiento para Condiciones médicas de emergencia.

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

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

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

Factor relacionado con el estado de salud: Cualquiera de los siguientes factores: estado de salud; condición médica, incluidas las enfermedades tanto físicas como mentales y los comportamientos relacionados con el estado de salud; experiencia en

materia de reclamaciones; recepción de atención médica o conductual; historia clínica; información genética; pruebas de asegurabilidad, incluidas las cotizaciones derivadas de actos de violencia doméstica; o discapacidad.

Marketplace: una agencia gubernamental o entidad sin fines de lucro que cumple con los estándares aplicables de la Ley de Atención Médica Asequible y ayuda a los residentes del Estado a comprar cobertura de planes de salud calificados a compañías o planes de salud como Molina. El Marketplace se puede administrar como un Marketplace basado en el estado, como un Marketplace facilitado federalmente o como un Marketplace asociado. A los efectos de este Acuerdo, el término se refiere al Marketplace que opera en el Estado, independientemente de cómo esté constituido y administrado.

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

Miembro: Una persona que es elegible y se encuentra inscrita conforme a este Acuerdo, y para quien Molina recibió el primer pago de la prima correspondiente (vinculante). El término incluye un dependiente y un suscriptor, a menos que el suscriptor sea un adulto responsable (padre/madre o tutor legal) que solicite la cobertura solo para niños bajo este Acuerdo en nombre de un niño menor de 21 años. En ese caso, el suscriptor será responsable de realizar los pagos de la prima y del costo compartido para el miembro y actuará como representante legal del miembro conforme a este Acuerdo, pero no será un miembro.

Molina Healthcare of South Carolina, Inc. (“Molina”): la corporación autorizada en South Carolina como organización de mantenimiento de la salud y contratada con Marketplace.

Acuerdo y Evidencia de Cobertura Individual de Molina Healthcare of South Carolina, Inc.: Este documento, que contiene información sobre la cobertura de este Plan. También se le llama “Acuerdo”.

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

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

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

Proveedor participante: un proveedor (incluido un podólogo, un cirujano oral, un optometrista o un psicólogo doctorado autorizados dentro de su ámbito de práctica) que proporciona cualquier servicio de atención médica y que cuenta con licencia u otro tipo de autorización para proporcionar dichos servicios, además de los contratos con Molina, y que aceptó proporcionar servicios cubiertos a los miembros.

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

Servicios posteriores a la estabilización: artículos y servicios que se brindan (independientemente del departamento del hospital en el que ocurra) después de que el miembro se estabilice y como parte de la observación ambulatoria o de una

hospitalización como paciente internado o ambulatorio con respecto a la consulta en la que se prestan los servicios de emergencia.

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

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

Proveedor: Cualquier profesional de la salud, hospital, otra institución, organización, farmacia o persona que preste servicios de atención médica y que esté autorizado de alguna manera para proporcionar dichos servicios.

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

Área de servicio: el área geográfica donde Molina ha sido autorizada por el Estado para comercializar productos individuales vendidos a través de Marketplace, inscribir a los miembros que obtienen cobertura a través de Marketplace y brindar beneficios a través de planes de salud individuales aprobados vendidos a través de Marketplace.

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

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

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

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

INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD

Una persona debe estar inscrita como miembro de este Plan para que los servicios cubiertos estén disponibles. Para inscribirse y convertirse en miembro de este plan, una persona debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad establecidos por Marketplace. La elegibilidad de una persona para la asistencia médica o para recibirla conforme a Medicaid no será considerada en la inscripción o el pago de beneficios. La

persona que cumple con los requisitos de elegibilidad y con los de pago de la prima y, además, se encuentra inscrita en Molina es el suscriptor de este Plan.

Período de inscripción abierta: el Marketplace establecerá un período anual en el que las personas elegibles pueden presentar una solicitud e inscribirse en un plan de salud para el año siguiente. La fecha de vigencia de la cobertura será el 1.º de enero o una fecha determinada por el Marketplace.

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

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

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

- **Cónyuge:** la persona casada legalmente con el suscriptor conforme a la ley estatal.
- **Hijos:** El hijo, la hija, el hijo adoptivo, el hijastro, el hijo en acogida o el hijo bajo tutela legal del suscriptor. Cada niño es elegible para solicitar la inscripción como dependiente hasta la edad de 26 años.
- **Hijo con discapacidad:** un hijo que cumple los 26 años de edad es elegible para continuar siendo un dependiente si cumple los siguientes criterios de elegibilidad:
 - El hijo es incapaz de tener un empleo autosostenible debido a una lesión, enfermedad o condición que genere discapacidad física o mental.
 - El niño de cualquier edad depende, principalmente, del suscriptor para su apoyo y manutención, en el caso de que tenga una discapacidad permanente y total.
 - Un niño puede permanecer cubierto por Molina como Dependiente mientras permanezca incapacitado y siga cumpliendo con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente.
- **Pareja de hecho:** una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que convive y comparte una vida doméstica con el suscriptor pero que no está casada ni en unión civil con el suscriptor. La pareja de hecho debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y verificación de pareja de hecho establecidos por Marketplace o la ley estatal.
- **Nietos:** Los nietos del suscriptor no califican como Dependientes del suscriptor a menos que el cónyuge del suscriptor o suscriptor sea un tutor legal o según lo requiera la ley.

A un niño dependiente no se le negará la inscripción con el argumento de que el niño nació fuera del matrimonio, no se le reclama como dependiente en la declaración de impuestos federal del padre; o no reside con el padre o en el área de servicio.

Agregar nuevos dependientes: Una persona puede ser elegible para volverse un dependiente después de que el suscriptor se inscribe en este Plan. La persona elegible puede inscribirse como dependiente en el Plan del miembro. Los miembros deben comunicarse con el Marketplace y presentar cualquier solicitud, formulario e información requeridos para el dependiente. La solicitud de un miembro para inscribir a un nuevo dependiente debe presentarse al Marketplace en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que el dependiente se volvió elegible para inscribirse en el plan.

- **Cónyuge:** Se puede agregar a un(a) cónyuge como dependiente si el suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.
 - La fecha de matrimonio con el suscriptor.
 - El cónyuge obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
 - El cónyuge se traslada permanentemente al área de servicio.
- **Hijos (menores de 26 años):** los hijos pueden agregarse como dependientes, sin tener en cuenta las restricciones de la temporada de inscripción, si el suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.
 - El niño se vuelve un dependiente a través del matrimonio, el nacimiento, la colocación en adopción, la colocación en hogar de acogida, la adopción, la tutela legal designada por un tribunal, la manutención de niños u otra orden judicial.
 - El niño obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
 - El niño se traslada permanentemente al área de servicio.
- **Niño recién nacido:** un hijo recién nacido de un suscriptor es elegible como dependiente a partir de su nacimiento. un recién nacido tiene cobertura automáticamente durante 31 días, incluido el día del nacimiento. Un niño recién nacido es elegible para continuar la inscripción si se inscribió en Molina dentro de los 60 días.

Tenga en cuenta lo siguiente: Las reclamaciones de hijos recién nacidos para los servicios cubiertos elegibles se procesarán como parte de las reclamaciones de la madre y cualquier monto de deducible u OOPM alcanzado a través del procesamiento de reclamos de un recién nacido se acumulará como parte del deducible y OOPM de la madre. Sin embargo, si se recibe un expediente de inscripción para el recién nacido durante los primeros 31 días, el recién nacido se agregará como dependiente a partir de la fecha de nacimiento, y cualquier reclamación incurrida por el recién nacido se procesará como parte de las reclamaciones del recién nacido, y cualquier monto de deducible u OOPM satisfecho mediante el procesamiento de estas reclamaciones se acumulará como parte del deducible u OOPM individual del recién nacido (es decir, no bajo el deducible y OOPM de la madre inscrita). La reclamación de un recién nacido es una reclamación en la que el niño recién nacido se identifica como la persona que recibe los servicios.

- **Tutela legal designada por el tribunal, orden judicial u orden de manutención de menores:** Si un niño se convierte en dependiente del suscriptor o del cónyuge dependiente del suscriptor a través de una tutela legal designada por un tribunal, orden de manutención de menores y orden judicial, entonces el niño será elegible para la cobertura conforme este Acuerdo. Se puede agregar a Un Dependiente a este Acuerdo sin tener en cuenta las restricciones de la temporada de inscripción posteriores a la orden judicial o al nombramiento de la tutela legal. El niño será elegible para la cobertura en la fecha en que la orden judicial o designación de tutela legal sea efectiva o según lo determine de otra manera el Marketplace, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

Si se le requiere al suscriptor o al cónyuge dependiente del suscriptor proporcionar cobertura de atención médica para un niño de acuerdo con una orden judicial que cumpla con los requisitos de la ley estatal y el padre inscrito no realiza la solicitud para obtener cobertura para el niño bajo este Acuerdo, entonces lo siguiente puede solicitar cobertura en nombre del niño:

- El otro padre del niño;
- La agencia estatal que administra el programa Medicaid; o,
- La agencia estatal que administra las secciones 651 a 669 de 42 U.S.C., el programa de cumplimiento de la manutención de menores.

Si el suscriptor o el cónyuge dependiente del suscriptor es un padre sin custodia de un hijo dependiente cubierto, Molina deberá:

- Proporcionar información al padre o madre que tenga la custodia que sea necesaria para que el niño obtenga beneficios bajo este Acuerdo;
- Permitir que el padre o el proveedor de atención médica, con la aprobación del padre o la madre que tiene la custodia, presenten reclamaciones por servicios cubiertos sin la aprobación del padre sin custodia; y
- Hacer pagos sobre las reclamaciones presentadas por el padre o el proveedor de atención médica, con la aprobación del padre o la madre que tiene la custodia, directamente al padre o la madre que tiene la custodia, al proveedor o a la agencia estatal Medicaid.

Molina continuará con la cobertura del niño a menos que se le proporcione pruebas escritas satisfactorias de que:

- la orden judicial ya no está en vigor; o
- el niño está inscrito o será inscrito en una cobertura de salud comparable a través de otra aseguradora que entrará en vigor a más tardar el día siguiente a la fecha efectiva de la cancelación de inscripción.

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

- A las 11:59 p. m., hora del Este, del último día del año calendario en que el hijo dependiente cumpla 26 años, a menos que el hijo tenga una discapacidad y cumpla con los criterios específicos (consulte Niño con discapacidad).
- En la fecha en que se dicta una sentencia final de divorcio, anulación o disolución del matrimonio entre el cónyuge dependiente y el suscriptor.
- En la fecha en que se ingresa el decreto de finalización de concubinato entre el suscriptor y cónyuge.
- En el caso de la cobertura solo para niños, a las 11:59 p. m., hora del Este, del último día del año calendario en el que el miembro no dependiente alcanza la edad límite de 21 años. El miembro y cualquiera de los dependientes pueden ser elegibles para inscribirse en otros productos que ofrece Molina a través del Marketplace.
- Fecha en que el suscriptor pierde la cobertura en virtud de este plan.

El dependiente que interrumpe la cobertura tiene derecho a solicitar cobertura en el Marketplace, siempre que cumpla con los requisitos de elegibilidad del Marketplace. Una vez alcanzada la edad límite, el hijo a cargo tiene derecho a que se le expida, sin necesidad de demostrar su asegurabilidad, previa solicitud presentada a la aseguradora en los 30 días siguientes al cumplimiento de la edad y previo pago de la prima correspondiente, una póliza individual de seguro de enfermedad que sea lo más parecida posible, pero no superior, a la cobertura finalizada.

Elegibilidad continua: Si un miembro ya no es elegible para la cobertura en virtud de este Plan, el personal de Molina le enviará una notificación por escrito, al menos, 30 días antes de la fecha de vigencia en la que el miembro perderá la elegibilidad. El miembro tiene derecho a apelar la pérdida de elegibilidad con el Marketplace.

PAGO DE LA PRIMA

Para comenzar y mantener la cobertura bajo este Plan, Molina exige que los miembros realicen pagos mensuales para tal fin, conocidos como pagos de la prima o prima. El Pago de la prima para el próximo mes de cobertura vence el día 25 del mes actual (esta es la “Fecha de vencimiento”). Antes de la fecha de vencimiento, el personal de Molina enviará una notificación por escrito al suscriptor, en la que le informará el monto adeudado por la cobertura para el próximo mes.

Crédito fiscal anticipado para la prima (APTC): El Crédito fiscal anticipado para la Prima (APTC, en inglés) es el crédito fiscal que un Suscriptor puede tomar por adelantado para reducir su Prima mensual. Molina no determina ni ofrece créditos fiscales, y los suscriptores deben contactarse con Marketplace para determinar si son elegibles. Si el suscriptor es elegible para recibir un crédito fiscal anticipado para la prima, puede usar cualquier monto del crédito anticipado para reducir su prima.

Pagos: Molina acepta pagos de primas en línea, por teléfono, por correo postal y a través de giros postales. Consulte MolinaPayment.com o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información. No se aceptan pagos de la prima en las oficinas de Molina. Molina acepta pagos de primas de terceros de los programas Ryan White contra el VIH/SIDA, tribus indígenas, organizaciones tribales, organizaciones indígenas urbanas y programas gubernamentales locales, estatales o federales, o según lo permita la ley.

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

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

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

informará la hora exacta en la que se dará por terminada la membresía del suscriptor y de cualquier dependiente inscrito en caso de que no se reciba el pago a tiempo.

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

- **Período de gracia para suscriptores con APTC:** Molina brindará un período de gracia de 3 meses consecutivos al suscriptor y sus dependientes que estén recibiendo pagos de un APTC en el momento en el que no pagan las primas a tiempo. El Período de gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la prima completa. Durante el período de gracia, Molina pagará todas las reclamaciones correspondientes por los servicios prestados al suscriptor y sus dependientes durante el primer mes del período de gracia y podrá suspender los reclamos por servicios en el segundo y tercer mes del período de gracia; Molina rescindirá este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m. (hora del Este) del último día del primer mes del período de gracia si Molina no recibe todas las primas vencidas del suscriptor.
- **Período de gracia para suscriptores sin APTC:** Molina brindará un Período de gracia de 31 días consecutivos al suscriptor y sus dependientes que no estén recibiendo pagos de un APTC en el momento en el que no pagan las primas a tiempo. El Período de gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la prima completa. Durante el período de gracia, Molina pagará todas las reclamaciones correspondientes a los servicios prestados al suscriptor y a sus dependientes. Si no recibe el pago de todas las primas vencidas del suscriptor, Molina dará por terminado este Acuerdo a las 11:59 p. m. (hora del Este) en el último día del período de gracia.

Notificación de terminación por falta de pago: Molina enviará una notificación por escrito a un suscriptor informándole cuándo finalizó su cobertura y la de sus dependientes debido a la falta de pago de las primas. Los Miembros tienen derecho a apelar una decisión de terminación por parte de Molina. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, ingrese en MolinaMarketplace.com, consulte la sección “Quejas y apelaciones” de este Acuerdo, o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Restablecimiento: Si la prima de renovación no se paga antes de que termine el período de gracia, la póliza se vencerá. La aceptación posterior de la prima por parte de la compañía o por un agente autorizado a aceptar el pago sin requerir una solicitud de reincorporación rehabilitará la póliza. Si la compañía o su agente requiere una solicitud, el asegurado recibirá un recibo condicional de la prima. Si se aprueba la solicitud, la política se reinstalará a partir de la fecha de aprobación. Sin tal aprobación, la póliza será reinstalada el cuarenta y cinco días después de la fecha del recibo condicional, a menos que la compañía haya escrito previamente al asegurado de su desaprobación. La política reinstaurada solo cubrirá las pérdidas que resulten de una lesión sostenida después de la fecha de restablecimiento o enfermedad que comience más de diez días después de dicha fecha.

En todos los demás aspectos, los derechos del asegurado y de la empresa seguirán siendo los mismos, siempre que se disponga de las disposiciones mencionadas o que se adjunten a la política restablecida. Cualquier prima que la compañía acepte para la reinstauración se aplicará a un período para el cual no se hayan pagado las primas.

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

Reinscripción luego de la terminación por falta de pago: Si se da por terminada la cobertura de un Suscriptor por falta de pago de la Prima y el mismo individuo se inscribe en Molina durante el Período de inscripción abierta o un Período de inscripción especial para el año siguiente del plan, es posible que Molina requiera que el Suscriptor pague todas las Primas vencidas. Además, Molina requerirá el pago completo de la prima del primer mes antes de aceptar la inscripción del suscriptor. Si un suscriptor paga todas sus primas vencidas, las reclamaciones elegibles que se denegaron previamente debido a la falta de pago se volverán a procesar para el pago.

Renovación de la cobertura: Si se recibió el pago de todas las Primas adeudadas, Molina renovará la cobertura de los Miembros el primer día de cada mes. La renovación está sujeta al derecho de Molina de enmendar este Acuerdo y a la continuación de la elegibilidad del miembro para este plan. Los miembros deben seguir todos los procedimientos requeridos por el Marketplace para redeterminar la elegibilidad y la renovación garantizada de la inscripción cada año durante el período de inscripción abierta.

Molina puede no renovar o suspender la cobertura si el suscriptor ya no reside en un área para la que Molina está autorizada a hacer negocios, pero solo si la cobertura se termina uniformemente sin tener en cuenta ningún factor relacionado con el estado de salud de las personas cubiertas.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La fecha de terminación es el primer día en el que un antiguo Miembro ya no está inscrito en Molina. La cobertura para un antiguo miembro termina a las 11:59 p. m., hora del este, del día anterior a la fecha de terminación. Si Molina da por terminada la cobertura de un Miembro por cualquier razón, dicho Miembro debe pagar a Molina todos los montos adeudados en relación con su cobertura, incluidas las Primas, correspondientes al período anterior a la fecha de terminación.

Excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional, si se cancela la cobertura de un miembro, pagos de prima recibidos en nombre del miembro cancelados aplicables a los períodos posteriores a la fecha de terminación, menos montos adeudados a Molina o sus proveedores por la cobertura de los servicios cubiertos proporcionados. antes de la fecha de terminación, se reembolsarán al suscriptor en un plazo de 30 días. En caso de fraude o tergiversación intencional, Molina puede retener parte de este monto con el fin de recuperar las pérdidas ocasionadas por dicho fraude o tergiversación intencional.

En lugar de devolverle el importe de las primas pagadas a Molina, que corresponde a cualquier período no expirado y en la medida permitida por el Marketplace, si Molina acepta primas que corresponden a cualquier período no expirado después de la fecha de terminación, le permitiremos continuar la cobertura en vigor hasta el final del período para el cual la prima ha sido aceptada por Nosotros. Conforme a este Plan, Molina y sus Proveedores no tendrán ninguna responsabilidad ni obligación adicional. Salvo que se especifique lo contrario a continuación, el Acuerdo no finalizará en una fecha distinta a la fecha de aniversario del Acuerdo o a la fecha de vencimiento de la prima. Molina puede cancelar o no renovar a un Miembro, previa notificación por escrito con 31 días de anticipación, a menos que se especifique lo contrario a continuación, por cualquiera de las siguientes razones:

- **El dependiente o niño no reúne los requisitos debido a su edad:** un dependiente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura requeridos por el Marketplace y Molina debido a su edad. Consulte la sección "Interrupción de la cobertura de Dependientes" para obtener más información sobre la fecha en la que se hará efectiva la terminación.
- **Inelegibilidad de miembro:** un miembro ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura requeridos por el Marketplace y Molina. Marketplace enviará al miembro una notificación en la que le informará la pérdida de la elegibilidad. El Miembro puede solicitar que se anticipe la fecha de terminación de la cobertura.
- **Falta de pago de las primas:** Consulte la sección "Pago de prima".
- **Fraude o tergiversación intencional:** El miembro realizó un acto o práctica que constituye un fraude o una tergiversación intencional de hechos materiales en relación con la cobertura. Si el miembro ha cometido fraude o tergiversación intencional, Molina puede no aceptar la inscripción del miembro en el futuro y puede denunciar cualquier acto criminal sospechoso a las autoridades. Los miembros pueden apelar la rescisión de la cobertura.
- **Solicitud de cancelación de la inscripción por parte del miembro:** los miembros pueden solicitar la cancelación de su inscripción en Marketplace. La cobertura terminará 14 días después de que el miembro notifique su solicitud de cancelación de inscripción.
- **Discontinuación de un producto en particular:** Molina decide dejar de ofrecer un producto en conformidad con la Ley estatal. En tal caso, enviará una notificación por escrito en la que se informe dicha interrupción, al menos, noventa 90 días calendario antes de la fecha en la que se interrumpirá la cobertura.
- **Interrupción de toda la cobertura:** Molina elige dejar de ofrecer toda la cobertura de salud en un estado de acuerdo con la Ley estatal. Molina enviará a los miembros una notificación por escrito sobre dicha interrupción, al menos, 180 días calendario antes de la fecha en la que se interrumpirá la cobertura.

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Si tiene una emergencia, llame al 911. En caso de una emergencia, los miembros pueden llamar a una ambulancia o ir a cualquier centro de emergencia, incluso si es un proveedor no participante o está fuera del área de servicio.

Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas: el personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, para responder a preguntas y ayudar a los miembros a acceder a la atención médica. El número de la Línea de Consejos de Enfermería es 1 (844)-800-5155.

Requisito del proveedor participante: en general, un miembro debe recibir los servicios cubiertos de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no están cubiertos. El miembro será 100 % responsable del pago al proveedor no participante; además, estos pagos no se aplicarán al deducible del miembro ni al OOPM. Sin embargo, un miembro puede recibir los servicios cubiertos de un proveedor no participante en los siguientes casos:

- Servicios de emergencia
- Servicios posteriores a la estabilización, a menos que el miembro renuncie a las protecciones de facturación del saldo.
- Servicios de un proveedor no participante en un centro participante, a menos que el miembro renuncie a las protecciones de facturación del saldo
- Servicios de ambulancia aérea

- Servicios de un proveedor no participante, que están sujetos a autorización previa.
- Excepciones que se detallan a continuación, en la sección “Proveedor no participante en un centro de proveedor participante”
- Excepciones que se describen a continuación en "Ningún proveedor participante proporcionará un servicio cubierto"
- Excepciones que se describen a continuación en la sección "Continuación de la atención (Continuidad de la atención)".
- Excepciones que se describen a continuación en la sección “Transición de la atención”.

Para localizar un proveedor participante, consulte el directorio de proveedores en MolinaMarketplace.com/SCFindCare o llame al Departamento de Servicios para Miembros. Como los proveedores no participantes no están en la red de proveedores contratados de Molina, pueden facturar el saldo a los miembros por la diferencia entre la cantidad autorizada de Molina y la tarifa que ellos cobran, a menos que se apliquen las protecciones de facturación del saldo.

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

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

Derecho del miembro a obtener servicios de atención médica fuera de la póliza: Molina no restringe a los miembros la libre contratación en cualquier momento para obtener servicios de atención médica fuera de este Acuerdo en cualquier término o condición que elijan; sin embargo, los miembros serán 100 % responsables del pago de tales servicios, y los pagos por dichos servicios no se aplicarán a su deducible ni al OOPM en este Acuerdo. Para conocer las excepciones, los miembros deben revisar la sección servicios cubiertos de este Acuerdo y consultar las protecciones de facturación del saldo aplicables a través de la ley federal y estatal.

Proveedor de atención primaria (PCP): Un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) se ocupa de las necesidades habituales y básicas de atención médica. Los PCP proporcionan a los miembros servicios, como exámenes físicos, inmunizaciones o tratamientos de enfermedades o lesiones que no requieren atención médica de urgencia o emergencia. Molina solicita a los miembros que seleccionen un PCP del directorio de proveedores. Si no se selecciona un PCP, Molina asignará uno. Los miembros pueden solicitar el cambio de su PCP en cualquier momento en MyMolina.com o comunicándose con Servicios para Miembros. Cada familiar puede seleccionar un PCP diferente. Es posible seleccionar a un médico especializado en pediatría como PCP de un niño. Se puede seleccionar a un médico obstetra/ginecólogo como PCP del miembro sin necesidad de derivaciones.

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

- El PCP ya no es un proveedor participante con Molina.
- El PCP ya no acepta pacientes nuevos o adicionales en este momento.

Servicios de telesalud: la telesalud consiste en el uso de las telecomunicaciones y la informática para brindar acceso a la evaluación médica, el diagnóstico, la intervención, la consulta, la supervisión y la información a cualquier distancia. Este servicio incluye tecnologías como teléfonos, máquinas de fax, sistemas de correo electrónico y dispositivos de monitoreo remoto de pacientes, que se utilizan a fin de recolectar y transmitir los datos del paciente para su control e interpretación. Los servicios cubiertos también se encuentran disponibles a través de la Telesalud, excepto en los casos específicamente determinados en este Acuerdo. La telesalud incluye la telepsiquiatría. Para acceder a estos servicios, no se requiere el contacto en persona con el proveedor; además, el tipo de establecimiento donde se brindan no se encuentra limitado. Las siguientes disposiciones adicionales se aplican al uso de los servicios de Telesalud:

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

Proveedor no participante en un centro de proveedor participante: Si un miembro recibe atención que no es de emergencia de un proveedor hospitalario no participante que brinda servicios en un hospital proveedor participante, Molina pagará siempre que la atención sea:

- Medicamento necesaria
- Autorizada previamente
- Un servicio cubierto

Los proveedores no participantes que prestan servicios en un hospital de proveedores participantes pueden incluir, entre otros, patólogos, radiólogos y anestesiólogos. Molina reembolsará al proveedor no participante por estos servicios hasta la cantidad autorizada. El miembro deberá pagar los costos compartidos aplicables que se describen en el Programa de Beneficios.

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

Continuación de la atención (Continuidad de la atención)

Los miembros que reciben servicios cubiertos por una Condición médica grave y son proporcionados por un proveedor participante cuya participación con Molina finalizara sin causa pueden tener el derecho de seguir recibiendo servicios cubiertos de ese proveedor por 90 días o hasta la terminación del período de beneficios, lo que sea mayor, al mismo costo compartido que se aplicaría si los servicios fueran proporcionados por un proveedor participante.

A los efectos de esta sección de “Continuación de la atención”, se entiende por “enfermedad grave” una condición o enfermedad que requiere atención médica y en la que la falta de proporcionar el curso actual del tratamiento a través del proveedor actual

pondría la salud del miembro en grave peligro e incluye cáncer, infarto agudo de miocardio y embarazo.

La continuación de la atención terminará después de 90 días o después de la terminación del período de beneficios, lo que sea mayor. De lo contrario, la continuidad de la atención terminará cuando se cumpla la primera de las siguientes condiciones:

- tras una transición exitosa de la atención a un Proveedor Participante
- una vez completado el curso del tratamiento
- si el miembro ha cumplido o superado los límites de beneficios de su plan
- si la atención no es médicamente necesaria
- si se excluye la atención de la cobertura
- si el miembro deja de ser elegible para la cobertura

Molina brindará servicios cubiertos a costo compartido dentro de la red para la condición médica específicamente solicitada. A menos que la ley exija lo contrario, Molina reembolsará al proveedor hasta la cantidad previamente contratada para dicho servicio.

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

- 1) Molina solo extenderá la cobertura de servicios cubiertos a proveedores no participantes cuando se determine que es médicamente necesario, a través del proceso de revisión de la autorización previa. Los miembros pueden comunicarse con Molina para iniciar la revisión de la autorización previa.
- 2) Molina solo proporcionará servicios cubiertos a partir de la fecha de vigencia de la cobertura con Molina, no antes. Una aseguradora previa (si no se interrumpió la cobertura antes de inscribirse en Molina) puede ser responsable de la cobertura hasta la entrada en vigencia de la cobertura con Molina.
- 3) Después de la fecha de vigencia de la cobertura del miembro, Molina puede coordinar la provisión de servicios cubiertos por parte de cualquier proveedor no participante en nombre del miembro, para que se traslade la historia clínica, la administración de casos y la coordinación de transferencias a un proveedor participante de Molina.
- 4) Para pacientes internados: Con la ayuda del miembro, Molina puede comunicarse con cualquier Aseguradora anterior (si corresponde) con el fin de determinar la responsabilidad de tal compañía en el pago de los servicios hospitalarios para pacientes internados hasta el momento del alta, de cualquier admisión de pacientes internados. Si no hay una transición de la provisión de cuidado a través de la aseguradora anterior del miembro o si este no tenía cobertura a través de una aseguradora en el momento de la admisión, Molina asumirá la responsabilidad de los servicios cubiertos a partir de la fecha de vigencia de la cobertura con Molina, no antes.

Remisión: El PCP de un miembro puede enviarle a otro proveedor para un servicio cubierto específico. Este proceso es una remisión.

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

Objeciones morales: algunos proveedores participantes pueden objetar la prestación de algunos de los servicios cubiertos en virtud de este Acuerdo. Esto puede incluir la planificación familiar, los medicamentos anticonceptivos, dispositivos y productos aprobados por la FDA, que incluye la anticoncepción de emergencia, la esterilización (como la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto), la interrupción de embarazo, el suicidio asistido y otros servicios. Los miembros deben comunicarse con los proveedores participantes o al Departamento de Servicios para Miembros para asegurarse de que puedan recibir los servicios de atención médica que buscan. Molina ayudará a los miembros para que reciban los servicios cubiertos solicitados que brindan otros proveedores participantes.

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

Acceso físico: se hizo todo lo posible para garantizar que las oficinas de Molina y los consultorios de los proveedores participantes sean accesibles para personas con discapacidades. Los miembros con necesidades especiales deben comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para encontrar un proveedor participante apropiado.

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

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

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

AUTORIZACIÓN PREVIA

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

Visite MolinaMarketplace.com/SCGetCar para obtener una lista completa de los servicios cubiertos. La lista muestra qué servicios necesitan PA y qué servicios no. Los miembros también pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

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

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

Las reglas de PA pueden cambiar. Los miembros deben comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o visitar MolinaMarketplace.com/SCGetCare antes de recibir ciertos servicios.

Plazos de la PA

Servicios médicos:

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

Medicamentos y Medicamentos recetados: Las decisiones de Autorización previa y las notificaciones para el acceso a medicamentos que no figuran en el Formulario de Molina se proporcionarán como se describe en la sección de este Acuerdo titulada “Autorización previa”, “Acceso a medicamentos que no están en el formulario” o “Cómo solicitar una excepción”.

Necesidad médica: las determinaciones sobre las autorizaciones previas se realizan en función de una revisión de la necesidad médica del servicio solicitado. Molina está aquí para ayudar a los miembros durante todo este proceso. Si un miembro tiene preguntas sobre cómo se puede aprobar un determinado servicio, visite MolinaMarketplace.com o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Molina puede explicarle cómo se toma ese tipo de decisión.

Los criterios de determinación de necesidad médica para la cobertura de servicios de atención médica incluyen si los servicios son apropiados para el diagnóstico o la afección del miembro en términos de tipo, cantidad, frecuencia, nivel, entorno y duración. La necesidad médica se basa en evidencia médica o científica generalmente aceptada y es consistente con los parámetros de práctica generalmente aceptados.

Molina no aprobará una autorización previa si no se proporciona la información solicitada en relación con la revisión de la dicha autorización. Si una solicitud de servicio no es médicamente necesaria, no será aprobada. Si el servicio solicitado no es un servicio cubierto, no será aprobado. Los miembros recibirán una notificación escrita en la que se les informará el motivo por el que no se aprobó la solicitud de Autorización previa. El miembro, su representante autorizado o su proveedor pueden apelar la decisión. La carta de decisión de denegación informará a los miembros sobre el proceso para apelar la decisión de denegación. Estas instrucciones se encuentran en la sección de este Acuerdo titulada “Quejas y apelaciones”. Los miembros pueden obtener los criterios de revisión clínica utilizados para determinar la necesidad médica de las solicitudes de autorización comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros.

Si un miembro decide seguir adelante con un servicio que le ha sido denegado o que no es un servicio cubierto por el presente Acuerdo, el miembro será responsable del costo de dicho servicio.

Revisión de utilización: El personal autorizado de Molina procesa las solicitudes de autorización previa y realiza revisiones simultáneas. Los proveedores envían las solicitudes de autorización previa en nombre de un miembro a través del portal electrónico de proveedores de Molina o por fax. Si se solicita, los proveedores y miembros que pidan una autorización para servicios cubiertos recibirán un detalle de los criterios utilizados para tomar las determinaciones de cobertura. Molina brinda asistencia e informa a los miembros sobre alternativas de atención cuando un miembro no está autorizado para recibir un servicio.

Revisión simultánea para pacientes hospitalizados: Molina realiza revisiones simultáneas en casos de pacientes internados.

- En el caso de las admisiones que no sean de emergencia, un miembro, su proveedor o el centro que lo admite deberán solicitar una precertificación al menos 14 días antes de la fecha del ingreso programado del miembro.
- Para la admisión de emergencia, un miembro, su proveedor o el centro que lo admite deben notificar a Molina dentro de las 24 horas después de que se admitió al miembro.
- Cuando se trata de servicios médicos que requieren autorización previa para casos que no son emergencias de pacientes ambulatorios e internados, un miembro, su proveedor o el centro que lo admite deben notificar a Molina al menos 14 días antes de que se proporcione la atención médica ambulatoria o se programe el procedimiento.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

La Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) se aplica cuando una persona tiene cobertura para atención médica de más de un Plan. El plan se define a continuación. Las reglas de determinación de orden de beneficios rigen el orden en que cada plan pagará una reclamación por beneficios. El Plan que paga primero se llama Plan principal. El plan principal debe pagar beneficios de acuerdo con los términos de su póliza sin tener en cuenta la posibilidad de que otro Plan cubra algunos gastos. El Plan que paga después del plan principal es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes no excedan el 100 % del gasto total permitido.

Definiciones:

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

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

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

B. Este plan significa, en una disposición de COB, la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica a los que se aplica la disposición de COB y que puede reducirse debido a los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporciona beneficios de atención médica está separada de este Plan. Un contrato puede aplicar una disposición de COB a ciertos beneficios, tales como beneficios dentales, en coordinación solo con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de COB para coordinar otros beneficios.

C. Las reglas de determinación del orden de los beneficios establecen si este es un plan principal o un plan secundario cuando la persona tiene cobertura para atención médica bajo más de un Plan. Cuando este plan es primario, determina el pago de sus beneficios antes que los de cualquier otro plan, sin considerar los beneficios de ningún otro plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del plan no superen el 100 % del gasto total permitido.

D. El gasto permitido es un gasto de atención médica, que incluye deducibles, coseguros y copagos, que está cubierto, al menos en parte, por un Plan que cubra a la persona. Cuando un plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un Gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan que cubra a la persona no es un gasto permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor no pueda cobrar a un miembro, debido a que está prohibido por ley o de conformidad con un acuerdo contractual, no es un gasto permitido.

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

- 1) La diferencia entre el costo de una habitación de hospital semiprivada y una privada no es un gasto permitido, a menos que uno de los planes proporcione cobertura para los gastos de la habitación privada.
- 2) Si una persona está cubierta por 2 o más planes que computan sus pagos de beneficios sobre la base de tarifas habituales y razonables, o una metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier importe que supere el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un gasto permitido.
- 3) Si una persona está cubierta por 2 o más planes que ofrecen beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, un monto que exceda las tarifas más altas negociadas no es un gasto permitido.
- 4) Si una persona está cubierta por un plan que calcula sus beneficios o servicios sobre la base de las tasas habituales y razonables o de la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar y otro plan que proporciona sus beneficios o servicios sobre la base de las tasas negociadas, el acuerdo de pago del plan primario será el gasto permitido para todos los planes. Sin embargo, si el proveedor tiene un contrato con el plan secundario para proporcionar el beneficio o el servicio por una tarifa negociada específica o un monto de pago que sea diferente del acuerdo de pago del plan primario y si el contrato del proveedor lo permite, la tarifa negociada o el pago serán los gastos permitidos que el plan secundario utilice para determinar sus beneficios.
- 5) El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del plan principal porque una persona no ha cumplido con las disposiciones del plan no es un gasto permitido. Algunos ejemplos de este tipo de disposiciones del plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, precertificaciones de internaciones y contratos de proveedores preferidos.

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

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

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

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

B. (1) Salvo lo dispuesto en el Párrafo (2), un Plan que no contenga una disposición de coordinación de beneficios que sea coherente con esta norma es siempre primario a menos que las disposiciones de ambos planes indiquen que el Plan de cumplimiento es primario. (2) La cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y establece que esta cobertura complementaria será superior a cualquier otra parte del Plan provista por el titular del contrato. Ejemplos de estos tipos de situaciones son las principales coberturas médicas que se superponen sobre los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan base, y las coberturas de tipo de seguro que se suscriben en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.

C. Un Plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro Plan para calcular el pago de sus beneficios solo cuando es secundario a ese otro Plan.

D. Cada plan determina su orden de beneficios según la primera de las siguientes reglas que se aplica:

- 1) No dependiente o Dependiente. El plan que cubre a la persona que no sea un dependiente, por ejemplo como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado es el plan principal y el plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al Plan que cubre a la persona como dependiente, y principal al Plan que cubre a la persona como otra categoría que no sea la de dependiente (p. ej., un empleado jubilado), entonces el orden de los beneficios entre los dos Planes se invierte para que el Plan que cubre a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado sea el Plan secundario y el otro, el Plan principal.
- 2) Niño dependiente cubierto por más de un Plan. A menos que exista un decreto judicial que indique lo contrario, cuando un niño dependiente está cubierto por más de un plan, el orden de los beneficios se determina de la siguiente manera:
 - (a) Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, independientemente de si se han casado o no: El plan del padre cuyo cumpleaños cae antes en el año calendario es el plan principal; o si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el plan que ha cubierto al padre por más tiempo es el plan primario.
 - (b) Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no viven juntos, independientemente de si se han casado o no: (i) Si un decreto judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del niño dependiente o de la cobertura de atención médica y el Plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese Plan es el principal. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que el Plan recibe notificación del decreto judicial; (ii) Si un decreto judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del subpárrafo (a) anterior determinarán el orden de los beneficios; (iii) Si un decreto judicial establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de los padres tiene la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del subpárrafo (a) anterior determinarán el orden de los beneficios; o (iv) Si no existe un decreto judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios para el hijo es el siguiente:
 - El Plan que cubre al padre o a la madre con custodia.
 - El Plan que cubre al cónyuge del padre o la madre con custodia.
 - El plan que cubre al padre o a la madre sin custodia.
 - El plan que cubre al cónyuge del padre o de la madre sin custodia.
 - (c) Para un hijo dependiente cubierto bajo más de un Plan de personas que son los padres del niño, las disposiciones del subpárrafo (a) o (b) anterior determinarán el orden de los beneficios como si esas personas fueran los padres del niño.
- 3) Empleado activo o jubilado, o empleado despedido. El plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no está despedido ni jubilado, es el Plan principal. El plan que cubre a esa misma persona como un empleado retirado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es

dependiente de un empleado retirado o despedido. Si el otro plan no tiene esta regla, y como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada bajo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.

- 4) COBRA o continuación de cobertura estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona conforme a la COBRA o bajo un derecho de continuación proporcionado por la ley estatal u otra ley federal está cubierta por otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado, o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado, es el plan principal, y la continuación de cobertura estatal, federal o de COBRA es el Plan secundario. Si el otro plan no tiene esta regla, y como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada bajo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.
- 5) Mayor o menor duración de cobertura. El plan que cubrió a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado por más tiempo es el plan principal y el plan que cubrió a la persona por menos tiempo es el plan secundario.
- 6) Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos se compartirán por igual entre los planes que cumplan con la definición de plan. Además, este plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan primario.

Efecto sobre los beneficios de este plan:

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

B. Si una persona cubierta está inscrita en dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier razón, incluida la prestación de servicios por un proveedor que no sea de panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, COB no se aplicará entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

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

Facilidad de pago: Un pago realizado bajo otro plan puede incluir un monto que debería haber sido pagado bajo este plan. En ese caso, Molina puede pagar ese monto a la organización que hizo ese pago. Ese monto se tratará entonces como si fuera un

beneficio pagado bajo este plan. Molina no tendrá que volver a pagar ese monto. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios. Si el monto de los pagos realizados por Molina es mayor de lo que debería haber pagado conforme a esta disposición del COB, podrá recuperar el exceso de una o más de las personas a las que ha pagado o por quienes ha pagado; o cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados a la persona cubierta. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

COSTOS COMPARTIDOS

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

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

Un miembro no está obligado a pagar más que los honorarios facturados por el proveedor negociados con Molina por los servicios cubiertos. Si los honorarios de un proveedor son menores a la cantidad de copago aplicable que figura en el Programa de Beneficios, la cantidad que paga el Miembro por los servicios cubiertos constituirá el costo Compartido aplicable.

SERVICIOS CUBIERTOS

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

- La persona que recibe los servicios cubiertos es un miembro en la fecha en la que se prestan dichos servicios.
- Los servicios cubiertos son médicamente necesarios, o Molina los aprobó.
- Los servicios se identifican como servicios cubiertos en este Acuerdo.
- El miembro recibe servicios cubiertos de un proveedor participante, excepto los servicios cubiertos que están expresamente cubiertos cuando los prestan proveedores no participantes según los términos de este Acuerdo.

Los miembros deben leer este Acuerdo en su totalidad y con atención, a fin de comprender su cobertura y evitar ser financieramente responsables de los servicios que no están cubiertos en virtud de este Acuerdo.

Beneficios de salud esenciales: Los servicios cubiertos para los Miembros incluyen los Beneficios de salud esenciales (EHB, en inglés), según lo define la Ley de Atención Médica Asequible y sus normas federales correspondientes. Los servicios que no son EHB se detallarán específicamente en este Acuerdo. La cobertura de EHB incluye, al menos, las 10 categorías de beneficios identificadas en la Ley ACA y sus reglamentaciones federales correspondientes. Los miembros no pueden quedar excluidos de la cobertura en ninguna de las 10 categorías de EHB. Tenga en cuenta que los Miembros no serán elegibles para los servicios pediátricos cubiertos de EHB en virtud de este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m., hora del Este, del último día del mes en que cumplan 19 años. Esto incluye la cobertura dental para pacientes pediátricos, que se puede comprar por separado a través de Marketplace, y la cobertura de servicios para el cuidado de la vista de pacientes pediátricos. En virtud de la ACA y sus normas federales correspondientes que regulan los EHB, se aplican las siguientes condiciones:

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

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

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

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

- 1) Uno o más de los siguientes organismos aprueba o financia el estudio: los Institutos Nacionales de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos, el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, el Departamento de Energía de los Estados Unidos o un organismo no gubernamental de investigación calificado e identificado en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para los subsidios de apoyo a los centros, o
- 2) El estudio o la investigación se lleva a cabo bajo una nueva aplicación de medicamentos en investigación revisada por la FDA.
- 3) El estudio o investigación es un ensayo de medicamentos que está exento de tener tal aplicación de nuevos medicamentos en investigación.

Todas las aprobaciones y requisitos de autorización previa que se aplican a la atención de rutina para los miembros que no están en un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención de rutina para los miembros en ensayos clínicos aprobados. Si un miembro califica, Molina no puede denegarle la participación en un ensayo clínico aprobado. Molina no puede denegar, limitar o poner condiciones en la cobertura de los costos de rutina del paciente asociados a su participación en un ensayo clínico aprobado para el que el miembro califica. No se le negará ningún servicio cubierto ni se excluirá a ningún miembro bajo este Acuerdo por su estado de salud o su participación en un ensayo clínico. El costo de los medicamentos utilizados en el manejo clínico directo del miembro estará cubierto a menos que el ensayo clínico aprobado sea para la investigación de ese medicamento o que el medicamento sea proporcionado gratuitamente a los miembros en el ensayo clínico. Molina no tiene la obligación de cubrir ciertos elementos y servicios que no son costos rutinarios para el paciente, según lo determina la Ley de Atención Médica Asequible, incluso si el miembro incurre en estos costos mientras participa en un ensayo clínico aprobado. Los costos excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo incluyen: el artículo, dispositivo o servicio de investigación en sí mismo, los artículos y servicios destinados únicamente a la recopilación y el análisis de datos, y no al manejo clínico directo del paciente, y cualquier servicio inconsistente con el estándar de atención establecido para el diagnóstico del paciente. Todas las aprobaciones y requisitos de autorización previa que se aplican a la atención de rutina para los miembros que no están en un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención de rutina para los miembros en ensayos clínicos aprobados. En el caso de los servicios cubiertos relacionados con un ensayo clínico aprobado, el costo compartido se aplicará igual que si el servicio no estuviera específicamente relacionado con un ensayo clínico aprobado. Los miembros pagarán el costo compartido que pagarían si los servicios no estuvieran relacionados con un ensayo clínico. Los miembros deben comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

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

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

- Las pruebas y los exámenes de cáncer preventivos (consulte la sección “Servicios médicos preventivos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Las pruebas, los análisis de laboratorio y los procedimientos de diagnóstico.
- La evaluación dental, las radiografías, el tratamiento con fluoruro y las extracciones necesarias a fin de preparar la mandíbula del miembro para la radioterapia contra el cáncer y otras enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello.
- Las mastectomías (extirpación de las mamas) y las disecciones de los ganglios linfáticos para el tratamiento contra el cáncer de mama. La cobertura permite al menos 48 horas de hospitalización después de una mastectomía. En el caso de un alta temprana, la cobertura incluirá al menos una visita de atención domiciliaria si así lo ordena el médico tratante.
- Los servicios relacionados con la mastectomía (consulte las secciones “Cirugía reconstructiva” y “Dispositivos protésicos y ortóticos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Costos de atención de pacientes de rutina para los miembros que participan en un Ensayo clínico aprobado para el cáncer (consulte la sección “Ensayos clínicos aprobados” de este Acuerdo para obtener más información).
- Medicamentos recetados para tratar el cáncer (consulte la sección Medicamentos recetados de este Acuerdo para obtener más información)

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

- Servicios dentales para el tratamiento con radioterapia.
- Anestesia dental cuando sea médicamente necesaria.
- Servicios dentales y de ortodoncia para el paladar hendido.
- Servicios dentales necesarios debido a una lesión accidental.

Molina cubre la atención y el tratamiento médicamente necesarios para el labio leporino y el paladar hendido, así como para cualquier condición o enfermedad relacionada o desarrollada como resultado de un labio leporino y paladar hendido.

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

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

Para obtener información sobre los suministros destinados a diabéticos, consulte la sección “Medicamentos recetados”.

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

- Los servicios son proporcionados por un proveedor participante.
- El miembro cumple todos los criterios médicos desarrollados por Molina.

Servicios de emergencia

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

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

Servicios de emergencia prestados por un proveedor no participante: En Molina, están cubiertos los servicios de emergencia obtenidos de proveedores no participantes de conformidad con las leyes federales y estatales. Los Servicios de emergencia, ya sea de proveedores participantes o proveedores no participantes, están sujetos al costo compartido para los Servicios de emergencia en el Programa de Beneficios. Los miembros no están sujetos a la facturación del saldo para servicios de emergencia.

Importante: salvo que la ley estatal exija lo contrario, cuando se reciben servicios de emergencia de proveedores no participantes para el tratamiento de una afección médica de emergencia, las reclamaciones por servicios de emergencia se pagarán según el monto permitido de Molina. Los proveedores no participantes no podrán facturar el saldo a los miembros por la diferencia entre la cantidad autorizada de Molina y la tarifa que cobran por los servicios de emergencia y los servicios de posestabilización asociados.

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

Transferencia a un hospital proveedor participante: se requiere autorización previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de servicios de emergencia, servicios posteriores a la estabilización y otras excepciones identificadas en este Acuerdo. Para los miembros que son admitidos en un centro de proveedores no participantes para recibir servicios de emergencia, Molina trabajará con el miembro y su proveedor para proporcionar transporte a un centro de proveedores participantes. Si el miembro rechaza la transferencia, los servicios adicionales proporcionados en el centro del proveedor no participante, incluso los servicios posteriores a la estabilización no son servicios cubiertos. Es posible que los servicios no cubiertos no tengan derecho a las protecciones de Facturación del saldo y el proveedor pueda facturar el saldo a los miembros por estos servicios. El miembro será 100 % responsable del pago y los pagos no se aplicarán a su máximo anual de gastos de bolsillo.

Transporte médico de emergencia: El transporte médico de emergencia (ambulancia terrestre y aérea), o los servicios de transporte de ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia 911 están cubiertos cuando son Medicamente necesarios. Estos servicios están cubiertos solo cuando otros tipos de transporte pondrían en riesgo la salud o la seguridad del miembro. En el caso de ambulancias terrestres, es posible que los Miembros sean responsables de los cargos que exceden la cantidad autorizada cubierta bajo este beneficio para los servicios de traslado médico de emergencia prestados por un proveedor no participante. El transporte médico de emergencia fuera de los Estados Unidos no está cubierto.

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

- Diagnóstico y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (STD, en inglés) si se indican médicamente.

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

Servicios de recuperación de las habilidades: Molina cubre los servicios y los dispositivos autorizados de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus destrezas y tareas para continuar su vida diaria. Incluyen la fisioterapia, la terapia del habla, la terapia ocupacional y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos de pacientes internados o ambulatorios.

Atención médica domiciliaria: Molina cubre servicios de atención médica domiciliaria de medio tiempo y de forma intermitente a un miembro confinado a su casa debido a una enfermedad física si el miembro cuenta con una autorización previa y si se contrata a una agencia de atención médica domiciliaria para que provea los servicios. Molina cubre los siguientes servicios de atención médica domiciliaria:

- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Servicios de asistencia médica domiciliaria.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros médicos
- Aparatos médicos necesarios
- Consultas de enfermería y servicios de enfermería especializada de medio tiempo.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria.
- Hasta cuatro horas por visita de asistencia médica domiciliaria, y hasta dos horas por visita de una enfermera, un trabajador social médico, un terapeuta físico, ocupacional o del habla.
- Límite de 60 visitas por año calendario para las visitas de todo tipo.

Servicios de cuidados paliativos: Molina cubre los servicios de los centros de cuidado paliativo para los miembros con enfermedades terminales (con una esperanza de vida de 12 meses o menos). Los miembros pueden elegir los servicios de cuidados paliativos en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por este plan. Molina cubre servicios de cuidados paliativos en el hogar y una habitación semiprivada en un centro de cuidados paliativos. La cobertura incluye cuidado paliativo. Molina también cubre atención de relevo por hasta siete días por incidente. La atención de relevo se refiere a la atención de corto plazo para pacientes hospitalizados que se proporciona para dar alivio a la persona que normalmente los cuida

Servicios hospitalarios para pacientes internados: Los Miembros deben contar con una Autorización previa antes de recibir los servicios hospitalarios cubiertos, excepto en el caso de Servicios de emergencia o Servicios posteriores a la estabilización. Los servicios posteriores a la estabilización en un hospital proveedor no participante después de la admisión al hospital para recibir servicios de emergencia estarán cubiertos siempre que la cobertura del miembro con Molina no haya terminado y el miembro no haya renunciado a las protecciones de facturación del saldo de conformidad con la ley federal. Molina trabajará con el miembro y su proveedor apropiado para proporcionar el transporte al centro de un proveedor participante. Si la cobertura de Molina termina durante una estadía en el hospital, los servicios que el Miembro reciba después de la fecha de terminación de la cobertura no son Servicios cubiertos.

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

Pruebas de laboratorio, radiología (rayos X) y servicios de exploración especializados: Molina cubre servicios de laboratorio, radiología (incluidos rayos X) y escaneo con un proveedor participante. Los servicios de exploración cubiertos pueden incluir exploraciones por tomografía computarizada (CT, en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés) y resonancia magnética (MRI, en inglés), con autorización previa. Molina puede ayudar a los miembros a seleccionar un centro adecuado para estos servicios. La cobertura limitada para las radiografías dentales y las relacionadas con la ortodoncia, que son médicamente necesarias, se detalla en la sección “Servicios dentales y de ortodoncia” de este Acuerdo.

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

Un “trastorno mental” es una afección de la salud mental identificada en el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, edición actual, Revisión de texto (DSM, en inglés). El “trastorno mental” resulta en angustia o deterioro clínicamente significativo del funcionamiento mental, emocional o conductual. Los tratamientos para los trastornos mentales cubiertos en virtud de este Acuerdo pueden incluir enfermedades mentales graves de una persona de cualquier edad. Entre las enfermedades mentales graves se encuentran los siguientes trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

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

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

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

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

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

- Visitas al consultorio, que incluyen lo siguiente:
 - Suministros médicos asociados.
 - Consultas prenatales y postnatales.
- Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor, ya sea en el consultorio del médico o en un entorno para pacientes ambulatorios o internados.
- Procedimientos diagnósticos, incluidas colonoscopias; pruebas cardiovasculares, incluidos estudios de función pulmonar; y procedimientos neurológicos/neuromusculares.
- Radioterapia (cubierta según el tipo de servicio y el lugar donde se recibe)
- Exámenes de salud pediátricos y de adultos de rutina
- Inyecciones, pruebas y tratamientos contra las alergias.
- Exámenes de rutina y la atención prenatal proporcionados por un obstetra ginecólogo. Las miembros pueden seleccionar un obstetra ginecólogo como su PCP. Las mujeres dependientes tienen acceso directo a la atención obstétrica y ginecológica.
- Estudios del sueño (es posible que se apliquen costos compartidos de instalaciones independientes).
- Consultas dermatológicas sin remisión.

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

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

Si, después de hablar con una miembro, su proveedor decide darle el alta a ella y a su bebé recién nacido antes del período de 48 o 96 horas, Molina cubrirá los servicios y análisis de laboratorio posteriores al alta. Los servicios médicos preventivos, de atención primaria y de laboratorio se aplicarán a los servicios posteriores al alta, según corresponda. Molina no cubre servicios para ninguna persona en relación con un acuerdo de subrogación.

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

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

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

- Elementos o servicios basados en la evidencia que tienen una calificación de “A” o “B” vigente en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Médicos Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, en inglés). Visite el sitio web de USPSTF para obtener recomendaciones de servicios preventivos en: uspreventiveservicestaskforce.org.
- Inmunizaciones de rutina para niños, adolescentes y adultos, según lo recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés).
- Con respecto a los lactantes, los niños y los adolescentes, esa atención preventiva informada de la evidencia y los exámenes de detección previstos en las directrices integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, en inglés); y
- Los servicios médicos preventivos y los exámenes de detección previstos en las pautas integrales respaldadas por la HRSA, en la medida en que no estén ya incluidos en ciertas recomendaciones del USPSTF.

Todos los servicios de atención preventiva deben ser proporcionados por un proveedor participante para ser cubiertos en virtud de este Acuerdo. A medida que las agencias gubernamentales mencionadas anteriormente publiquen nuevas recomendaciones y pautas para los servicios médicos preventivos, estos se cubrirán conforme a este Acuerdo. La cobertura comenzará durante los años del producto que comiencen un año después de la fecha en que se emita la recomendación o pauta, o en la fecha que requieran la ACA y sus normas de implementación. El año del plan, también conocido como año de póliza a los efectos de esta disposición, se basa en el año calendario.

Si una recomendación o directriz gubernamental existente o nueva no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el establecimiento para la prestación de un servicio preventivo, entonces Molina puede imponer límites razonables de cobertura a dicha atención preventiva. Los límites de cobertura serán conforme a la ACA, sus normas federales correspondientes y las leyes estatales aplicables. La cobertura incluye mamografías de detección, detección citológica (papanicoláu), exámenes para el cáncer de próstata de acuerdo con la ley estatal.

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

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

La cobertura incluye instalación y ajuste del dispositivo, reparación o reemplazo del dispositivo (a menos que se deba a pérdida o uso indebido) y servicios para determinar si el miembro necesita un dispositivo ortopédico o protésico. Si Molina cubre un dispositivo de reemplazo, entonces el miembro paga el costo compartido que se aplicaría para obtener ese dispositivo, como se especifica a continuación.

Dispositivos implantados internamente: Molina cubre dispositivos implantados internamente, como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos osteointegrados y articulaciones de la cadera, si estos dispositivos se implantan durante una cirugía que de otro modo está cubierta por Molina. Consulte las secciones “Servicios para pacientes internados” o “Servicios para pacientes ambulatorios” (según corresponda) del Programa de Beneficios para ver el costo compartido aplicable a los dispositivos implantados internamente.

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

- Dispositivos protésicos y accesorios de instalación para restaurar un método de habla después de la extracción de la totalidad o parte de la laringe (esta cobertura no incluye máquinas productoras de voz electrónica que no son dispositivos protésicos).
- Prótesis necesarias después de una mastectomía médicamente necesaria, incluidas prótesis hechas a medida cuando son médicamente necesarias y hasta tres brassieres cada 12 meses cuando se requiere llevar una prótesis.
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando los receta un proveedor participante que sea podólogo.
- Prendas y prendas de compresión para quemaduras y fajas y prendas para linfedema.
- Fórmula enteral para miembros que requieren alimentación por sonda de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Sustitución artificial de partes del cuerpo necesarias para aliviar o corregir una afección causada por una dolencia, lesión o defecto congénito, enfermedad o anomalía.

Cirugía reconstructiva: Molina cubre los siguientes servicios de cirugía reconstructiva cuando estos cuentan con una autorización previa:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, de modo que una intervención quirúrgica es necesaria para mejorar la función.
- Extirpación total o parcial de una mama (mastectomía), reconstrucción de la mama luego de una mastectomía médicamente necesaria, cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica luego de la reconstrucción de una mama y tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas.

Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva no están cubiertos:

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

Servicios de rehabilitación: Molina cubre servicios que ayudan a los miembros a mantener, recuperar o mejorar las destrezas y el funcionamiento para la vida diaria que se perdieron o deterioraron a causa de una enfermedad, una lesión o una discapacidad. Estos servicios pueden incluir terapia física, ocupacional y del habla, rehabilitación psiquiátrica, terapia de rehabilitación pulmonar, terapia de rehabilitación cardíaca y servicios de terapia de manipulación espinal en diversos entornos hospitalarios o ambulatorios. Las terapias físicas, ocupacional y del habla ambulatorias están limitadas a 30 visitas por tipo de terapia por año.

Centro de enfermería especializada: Molina cubre 60 días por año calendario en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) para un miembro si el SNF es un proveedor participante y los servicios cuentan con autorización previa antes de comenzar. Entre los servicios de SNF cubiertos, se incluyen los siguientes:

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

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

Molina cubre el tratamiento médicamente necesario del trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados y ambulatorios. La cobertura para pacientes hospitalizados, en un hospital proveedor participante, solo está cubierta para el tratamiento médico de los síntomas de abstinencia. Molina puede requerir autorización para la cobertura de servicios, incluidos los servicios para pacientes internados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. Molina cubre la siguiente atención ambulatoria para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias:

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

La atención ambulatoria para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias no incluye terapia primaria ni asesoramiento para ninguno de los siguientes temas: trayectoria profesional, matrimonio, divorcio, paternidad, trabajo, tratamiento o pruebas relacionadas con trastorno del espectro autista, discapacidades de aprendizaje y salud mental o trastornos del desarrollo.

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

Los servicios quirúrgicos para pacientes internados incluyen lo siguiente:

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

Servicios de cirugía ambulatoria proporcionados en cualquiera de los siguientes lugares:

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

Consulte el Programa de Beneficios a fin de conocer los servicios para pacientes ambulatorios o los servicios para pacientes internados a fin de determinar el costo compartido aplicable del miembro.

Servicios de trasplante: Molina cubre ciertos trasplantes de órganos o células madre/médula ósea en los Centros de Excelencia de Molina participantes o en un centro aprobado por Molina cuando se cumplen los requisitos de autorización previa. Los criterios de Molina para la evaluación de trasplantes deben cumplirse antes de que se autorice una evaluación de trasplante. Si un Centro de Excelencia determina que un miembro no satisface los criterios de Molina para el futuro trasplante, Molina sólo cubrirá los servicios de evaluación de trasplante. El Centro de Excelencia para trasplantes o el centro aprobado por Molina es responsable de todas las tareas relacionadas con el trasplante, incluida la adquisición de órganos o células madre/médula ósea del donante. Si el miembro de Molina busca realizarse un trasplante de donante vivo, Molina cubrirá ciertos servicios relacionados con la donación para un donante, si el seguro del donante no los cubre. Estos servicios deben tener una relación directa con un trasplante cubierto para el miembro. Los servicios cubiertos pueden incluir ciertos servicios para la evaluación, la extirpación del órgano, el cuidado de seguimiento directo, la recolección del órgano, de células madre/médula ósea y el tratamiento de complicaciones. Para conocer las pautas de Molina sobre los servicios a donantes, puede llamar a Servicios para Miembros.

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

Servicios para la Vista: Molina cubre, para todos los miembros, exámenes oculares para diabéticos (exámenes de retina con dilatación de dilatación) una vez por año calendario. Molina también cubre los servicios para el tratamiento médico y quirúrgico de lesiones o enfermedades que afectan los ojos.

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

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

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

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

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

La cirugía correctiva con láser no está cubierta.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Fármacos, medicamentos y equipo médico duradero: Molina cubre los medicamentos solicitados por proveedores, aprobados por Molina y obtenidos por medio de farmacias de la red de Molina. Los medicamentos cubiertos incluyen medicamentos de venta libre (OTC, en inglés) y medicamentos recetados detallados en el Formulario. Además, Molina cubre medicamentos pedidos o entregados en un centro participante cuando se proporcionan en relación con un servicio cubierto. Es posible que se requiera una autorización previa para que se cubran ciertos medicamentos. Un proveedor legalmente autorizado para recetar, también conocido como recetador, puede solicitar una autorización previa en nombre de un miembro, y Molina notificará al proveedor si la solicitud se aprueba o deniega, según la revisión de la necesidad médica.

Farmacias: Molina cubre medicamentos en farmacias minoristas, farmacias especializadas y servicios de farmacia por correo dentro de nuestra red. Es posible que los miembros deban surtir un medicamento en una farmacia especializada contratada si está sujeto a las restricciones de distribución de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, en inglés), si requiere manejo especial o coordinación de proveedores o si se requiere una educación especializada del paciente para garantizar un uso seguro y eficaz. Para encontrar farmacias de la red, visite MolinaMarketplace.com. También está disponible una copia impresa previa solicitud a Servicios para Miembros.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Costos compartidos: Molina ubica los medicamentos en diferentes niveles, denominados categorías, según su desempeño a la hora de mejorar la salud y su valor en comparación con otros tratamientos similares. El beneficio de farmacia del Plan tiene seis niveles de Costos compartidos. En el Programa de Beneficios, se puede consultar el costo compartido del miembro para un suministro de un mes, sobre la base de estas categorías. A continuación se ofrecen algunos detalles sobre los medicamentos que se encuentran en cada categoría:

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

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

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

Centro de atención para el Programa de Medicamentos Requeridos

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

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

Asistencia con costos compartidos de medicamentos y costos de bolsillo: la reducción de costo compartido para cualquier medicamento recetado que los miembros obtienen mediante el uso de una tarjeta de descuento, un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos recetados o cualquier forma de asistencia de costo compartido de terceros para medicamentos recetados no se aplicará a ningún deducible ni al OOPM según el plan.

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

Equipo médico duradero (DME): Molina cubrirá los costos de alquiler o compra de DME, incluso para el uso con ciertos medicamentos cuando se obtienen a través de un proveedor contratado. Además, Molina cubrirá reparaciones, mantenimiento, entrega y suministros razonables relacionados con el DME. Los miembros pueden ser responsables de los costos de la reparación o sustitución necesarias del DME si se requieren debido a un mal uso o pérdida. Los montos de costos compartidos que se enumeran en su Programa de Beneficios se aplican por período de compra o alquiler. Es posible que se requiera una autorización previa para la cobertura del DME. La cobertura puede estar bajo el beneficio médico o de farmacia, según el tipo de DME. Consulte el Formulario para conocer los DME y otros productos no farmacológicos cubiertos por el beneficio de farmacia. Visite MolinaMarketplace.com o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre la cobertura.

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

Medicamentos recetados para dejar de fumar: en Molina, los medicamentos para ayudar a los miembros a dejar de fumar están cubiertos sin costos compartidos. Los miembros deben consultar a su proveedor a fin de determinar qué medicamento es el apropiado para ellos. Los medicamentos cubiertos se mencionan en el Formulario.

Límite de suministro diario: Aunque los proveedores determinan la cantidad de medicamentos, suministros de productos o suplementos a recetar, Molina solo puede cubrir un mes de suministro a la vez para determinados productos. El Formulario indica "CORREO" para los artículos que pueden estar cubiertos con un suministro para 3 meses a través de un servicio de farmacia de pedido por correo contratado u otros programas del plan. Las cantidades que superan los límites de suministro diario del Formulario no están cubiertas, con pocas excepciones.

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

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

Medicamentos contra el cáncer: Molina cubre los costos razonables de medicamentos contra el cáncer y su administración. Las solicitudes de autorización previa para medicamentos que se usarán fuera de lo indicado por la FDA (es decir, usos fuera de la etiqueta) se revisan según Necesidad médica. Estas solicitudes se revisan con respecto a las recomendaciones estándar para el uso del medicamento y para el tipo de cáncer que se está tratando. No se deniega ninguna solicitud únicamente sobre la base del uso fuera de lo indicado por la FDA. Los medicamentos con los que los proveedores tratan a los miembros estarán sujetos al costo compartido especificado para la quimioterapia, según el beneficio médico del sitio donde se administra el tratamiento. Los medicamentos que los miembros reciben en las farmacias estarán sujetos al costo compartido especificado en el beneficio de farmacia. Consulte el Programa de Beneficios para conocer el costo compartido aplicable. La mayoría de los nuevos medicamentos contra el cáncer requieren un manejo y educación especiales y se consideran medicamentos especializados según el beneficio de farmacia. Ciertos medicamentos contra el cáncer están cubiertos por un programa de surtido parcial. Las farmacias de la red pueden dispensar los primeros surtidos de los medicamentos contra el cáncer recién iniciados de medio mes a la vez hasta que los miembros estén estables con el medicamento y la dosis.

Tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV): Molina cubre medicamentos recetados para el tratamiento y la prevención de la infección por HIV o una enfermedad o condición médica que surja o esté relacionada con el HIV. Los medicamentos deben recetarse dentro del alcance de la práctica del proveedor y los tiene que aprobar la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos, incluidos los medicamentos experimentales o de investigación en Fase III, aprobados por la FDA y administrados de acuerdo con el protocolo.

Disponibilidad de pedidos por correo de medicamentos del Formulario: Molina ofrece a sus miembros una opción de pedido por correo para ciertos medicamentos. Los medicamentos elegibles están marcados como “CORREO” en el Formulario. Los medicamentos del Formulario serán enviados por correo al miembro dentro de los 10 días siguientes a la solicitud y aprobación del pedido. Con esta opción, los miembros pueden obtener un suministro de 3 meses de medicamentos elegibles a un menor costo compartido. El costo compartido de un suministro de 3 meses mediante el método de pedido por correo se aplica a una tasa de dos veces y medio el costo compartido de un suministro de un mes en la categoría del Formulario del medicamento. Los medicamentos especializados no son elegibles para programas de suministro de 90 días como el de pedido por correo, aunque la mayoría de los medicamentos especializados se enviarán directamente al miembro. Para obtener más información, consulte MolinaMarketplace.com o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

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

- Medicamentos no aprobados o autorizados por la FDA para su uso en Estados Unidos
- Medicamentos de venta libre que no están en el Formulario.
- Medicamentos propuestos poco eficaces identificados por el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (DESI)
- Medicamentos experimentales o en investigación.
- Medicamentos para bajar de peso o medicamentos para la diabetes cuando se usan fuera de lo indicado para perder peso en lugar de tratar la diabetes

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

- Servicios cosméticos.
- Tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello.
- Infertilidad (que no sea el tratamiento de la causa subyacente de la infertilidad).
- Disfunción eréctil.
- Disfunción sexual.

EXCLUSIONES

Ciertos equipos y servicios están excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo. Estas exclusiones se aplican independientemente de si los servicios están dentro del alcance de la licencia de un proveedor, excepto cuando se indique expresamente lo contrario en esta Sección, o cuando lo exija la ley estatal. Esta no es una lista exhaustiva de los servicios que están excluidos de la cobertura de este plan.

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

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

Cirugía bariátrica: No se cubre la cirugía bariátrica para la pérdida de peso.

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

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

Servicios Cosméticos: los servicios destinados principalmente a cambiar o mantener la apariencia del miembro no tienen cobertura. Esta exclusión no se aplica a ningún servicio específicamente cubierto en ninguna sección de este Acuerdo.

Cuidado de custodia: No está cubierta la ayuda con las actividades de la vida cotidiana. Esta exclusión no se aplica a la ayuda con las actividades de la vida cotidiana que se proporciona como parte de los cuidados paliativos, la atención en un centro de enfermería especializada o la atención hospitalaria para pacientes internados.

Dietista: El servicio de un dietista no es un beneficio cubierto. Esta exclusión no se aplica a los servicios bajo cuidados paliativos, servicios para la diabetes o terapia de rehabilitación cardíaca.

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

Suministros desechables: Los suministros desechables para uso doméstico, como vendajes, gasas, esparadrapo, antisépticos, vendajes, vendajes tipo Ace, pañales, protectores interiores y otros suministros para la incontinencia no están cubiertos.

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

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

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

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

Ocupación ilegal: La empresa no es responsable de ninguna pérdida que resulte que el asegurado cometa o intente cometer un delito grave o de que el asegurado ejerza una ocupación ilegal.

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

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

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

- Enseñanza de modales y protocolo.
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación como la planificación de actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas.
- Artículos y servicios que aumentan el conocimiento o las habilidades académicas, servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.
- Preparación académica o tutoría para habilidades como gramática, matemáticas y manejo del tiempo.
- Enseñar a los miembros cómo leer si tienen dislexia.
- Pruebas educativas.
- Enseñar arte, danza, montar a caballo, música, tocar instrumentos o nadar
- Enseñar habilidades para conseguir empleo o con propósitos vocacionales.
- Formación profesional o enseñar habilidades profesionales.
- Cursos de crecimiento profesional.
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral.
- Terapia acuática y otras terapias acuáticas.
- Exámenes relacionados con el desempeño laboral, deportivo (exámenes físicos para deportes) o recreativo.

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

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

Servicios de no emergencia obtenidos en un centro de emergencias: los servicios proporcionados dentro de un centro de emergencia por un proveedor participante o no participante, que no cumplan la definición de Servicios de emergencia, no están cubiertos.

Nutrición oral: no está cubierta la nutrición oral para pacientes ambulatorios, como suplementos dietéticos o nutricionales, suplementos, suplementos a base de hierbas, ayudas para bajar de peso y alimentos.

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

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

- Un hospital.
- Un centro de enfermería especializada.
- Atención de relevo para pacientes internados cubierta en la sección "Servicios de cuidados paliativos".
- Un centro con licencia que brinda servicios residenciales de crisis cubiertos por la sección de servicios de salud mental (pacientes internados y ambulatorios).
- Una instalación autorizada que proporciona servicios de recuperación residencial de transición cubiertos por la sección "Trastornos por consumo de sustancias (pacientes internados y ambulatorios)".

Artículos y servicios de cuidado rutinario de los pies: No se cubren los elementos y servicios de cuidado rutinario de los pies, excepto para los Miembros con diabetes.

Servicios no aprobados por la FDA: no se cubre ningún medicamento, suplemento, prueba, vacuna, dispositivo, material radioactivo ni cualquier otro servicio que, por ley, requiera la aprobación de la FDA para su venta en los EE. UU. y que no cuente con dicha aprobación. Esta exclusión se aplica a los servicios prestados en cualquier lugar, incluso fuera de los EE. UU.; por otra parte, esta exclusión no se aplica a los Servicios cubiertos conforme a la sección "Ensayos clínicos aprobados". Consulte la sección Apelaciones y quejas para obtener información sobre solicitudes denegadas de servicios experimentales o de investigación.

Servicios prestados fuera del área de servicio: excepto como se indica en este Acuerdo, no se cubren los servicios y suministros proporcionados a un miembro fuera del área de servicio, lugar al que el miembro viajó con el fin de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos. Además, tampoco se cubre la atención médica primaria, la atención médica preventiva, la atención primaria, el cuidado especializado y los servicios para pacientes internados cuando se suministran fuera del área de servicio. Cuando la muerte ocurre fuera de los Estados Unidos, no se cubre la evacuación médica ni la repatriación de los restos. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

Servicios prestados por personas sin licencia: No se cubren los servicios realizados por personas que, según la ley estatal, no están obligadas a poseer licencias o certificados válidos para proporcionar servicios de atención médica, a menos que este Acuerdo establezca lo contrario.

Servicios relacionados con un servicio no cubierto: Cuando un servicio no está cubierto, todos los servicios relacionados con ese servicio tampoco están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a los servicios que Molina cubriría de otro modo para tratar complicaciones del servicio no cubierto. Molina cubre todos los servicios médicos básicos Medicamente necesarios para las complicaciones de un Servicio no cubierto.

Por ejemplo, si el miembro tiene una cirugía bariátrica no cubierta o una cirugía cosmética, Molina no cubriría los servicios que el miembro recibe en preparación para la cirugía o para la atención de seguimiento. Si más tarde sufre una complicación como una infección grave, esta exclusión no se aplicaría y Molina cubriría cualquier servicio que de otra manera cubriría como Medicamente Necesario para tratar esa complicación.

Disfunción sexual: el tratamiento de la disfunción sexual, independientemente de la causa, incluidos, entre otros, los dispositivos, los implantes, los procedimientos quirúrgicos y los medicamentos.

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

Gastos de viaje y alojamiento: En general, la mayoría de los gastos de viaje y alojamiento no están cubiertos. Molina puede pagar ciertos gastos que Molina preautoriza de acuerdo con las pautas de viaje y alojamiento de Molina. Las pautas de viaje y alojamiento de Molina están disponibles en Servicios para Miembros.

RECLAMACIONES

Presentar una reclamación: los miembros o proveedores deben presentar de inmediato a Molina las reclamaciones por los servicios cubiertos prestados a los miembros. Todas las reclamaciones deben presentarse en un formulario aprobado por Molina y deben incluir la historia clínica completa relacionada con la reclamación, si lo solicita Molina o, de otro modo, lo requieran las políticas y los procedimientos de Molina. Las reclamaciones deben ser presentadas por el miembro o el proveedor a Molina dentro de los 365 días calendario después de que haya ocurrido lo siguiente: el alta para los servicios para pacientes internados o la fecha de servicio para los servicios para pacientes ambulatorios; y se le haya proporcionado al proveedor el nombre y la dirección correctos para Molina. Si Molina no es el pagador principal según la coordinación de beneficios o la responsabilidad de terceros, el proveedor debe presentar reclamaciones a Molina dentro de los 45 días calendario posteriores a la determinación final del pagador principal. Salvo que la ley estatal disponga lo contrario, cualquier reclamación que no se presente a Molina dentro de estos plazos no será elegible para el pago y el proveedor renuncia a cualquier derecho de pago.

Plazo de pago de las reclamaciones: Después de recibir la prueba de pérdida por escrito, Molina pagará dentro de los 40 días hábiles para las reclamaciones presentadas en papel y dentro de los 20 días hábiles para las reclamaciones presentadas electrónicamente, después de recibir tanto la solicitud de reembolso como toda la información necesaria para procesar la reclamación y determinar que dicha reclamación no contiene ningún defecto material, error o irregularidad, todos los beneficios adeudados en ese momento para el año del plan para este Acuerdo.

Reembolso al miembro: con la excepción de cualquier monto de costo compartido requerido, si un miembro pagó por un servicio cubierto o una receta médica que se aprobó previamente o no requiere aprobación, Molina le devolverá el dinero. La reclamación debe notificarse por escrito en los 20 días siguientes al inicio de la pérdida cubierta o tan pronto como sea razonablemente posible.

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

Para los medicamentos recetados cubiertos, los miembros deben completar un formulario de reembolso que se encuentra en la sección de Formularios de MolinaMarketplace.com. Los miembros deben incluir una copia de la etiqueta de la receta y del recibo de la farmacia al enviar el formulario de solicitud a la dirección indicada en el formulario. Después de que se reciba la solicitud de reembolso del miembro, se procesará como una reclamación en virtud de su cobertura. El miembro recibirá una respuesta en un plazo de 30 días calendario. Si se acepta la reclamación, se enviará por correo un cheque de reembolso al Miembro. En cambio, si se deniega la reclamación, el miembro recibirá una carta en la que explicará el motivo de dicha denegación. Si el miembro no está de acuerdo con la denegación, puede presentar una apelación como se describe en este Acuerdo.

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

- El miembro solicita y recibe servicios médicos que no son servicios cubiertos.
- Excepto en el caso de los Servicios de emergencia, el miembro pide y recibe servicios de atención médica de un proveedor o centro que sea un proveedor no participante sin obtener autorización de Molina.

Si Molina no paga a un proveedor participante por proporcionar servicios cubiertos, el miembro no es responsable de pagar al proveedor participante ningún monto que Molina adeude. Esto no es válido para los proveedores no participantes.

AVISOS LEGALES

Responsabilidad de terceros: Molina tiene derecho a reembolsos por los servicios cubiertos prestados a un miembro bajo este plan para tratar una lesión o enfermedad causada por el acto ilícito, la omisión o la negligencia de un tercero, si un miembro recibió una compensación por la lesión o enfermedad de parte del tercero, o de sus representantes. Molina tendrá derecho al pago, el reembolso y la subrogación (recuperación de beneficios pagados cuando un plan médico adicional proporciona cobertura) en recuperaciones de terceros, y el Miembro deberá cooperar para ayudar íntegra y completamente en la protección de los derechos de Molina, incluida la notificación rápida de un caso que implique una posible recuperación de un tercero. Los miembros deben reembolsar a Molina el costo razonable de los servicios pagados por Molina en la medida permitida por la ley estatal inmediatamente después de que el miembro cobre los daños, ya sea por acción o ley, acuerdo o de otro modo. También deben cooperar plenamente con la ejecución por parte de Molina de sus derechos de gravamen por el valor razonable de los servicios proporcionados por Molina en la medida permitida por la ley estatal. El gravamen de Molina puede presentarse ante la persona cuyo acto causó las lesiones, su agente o el tribunal.

Los reembolsos a Molina descritos en esta sección de responsabilidad de terceros no excederán la cantidad de beneficios que Molina pagó en relación con el daño o enfermedad del miembro causado por la otra persona o tercero responsable. El miembro tiene el derecho de pedir al Director de Seguros, o a su designado, que determine si la acción de subrogación de Molina es injusta. Si el Director determina que permitir la subrogación es injusto, entonces no está permitido. Esta determinación del Director puede ser apelada ante la División de Jueces de Derecho Administrativo según lo dispuesto por la ley de South Carolina. Molina pagará los honorarios y costas de los abogados de la cantidad recuperada.

Indemnización de los trabajadores: Molina no proporcionará beneficios en virtud de este Acuerdo que dupliquen los beneficios a los que el miembro tiene derecho según cualquier ley de indemnización de los trabajadores aplicable. El miembro es responsable de todas las acciones necesarias para obtener el pago según las leyes de indemnización de trabajadores cuando se pueda esperar razonablemente el pago según el sistema de indemnización de los trabajadores. La falta de una acción apropiada y oportuna impedirá que Molina tenga la responsabilidad de proporcionar beneficios en la medida en que el pago podría haberse esperado razonablemente en virtud de las leyes de Indemnización de los Trabajadores. Si surge una disputa entre el miembro y la compañía de Indemnización al Trabajador, en cuanto a la capacidad del miembro para cobrar conforme a las leyes de indemnización al trabajador, Molina proveerá los beneficios descritos en este Acuerdo hasta la resolución de la disputa. Si Molina proporciona beneficios que duplican los beneficios a los que el miembro tiene derecho bajo la ley de indemnización laboral, Molina tendrá derecho a un reembolso por el costo razonable de tales beneficios.

Cambios en las primas y los costos compartidos: Los cambios a este Acuerdo, incluso, entre otros, cambios en las primas o los servicios cubiertos, el deducible, el copago, el coseguro y los montos de OOPM, entra en vigencia después de 60 días de notificación a la dirección registrada del suscriptor en Molina.

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

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

No discriminación: Molina no discrimina al contratar personal o brindar atención médica por motivos de afección médica preexistente, color, credo, edad, origen nacional, identificación de grupo étnico, religión, discapacidad, sexo u orientación sexual y/o identidad de género, o información genética.

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

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

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

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

Continuación de la cobertura (divorcio): Tras la entrada en vigor de una sentencia válida de divorcio entre el suscriptor y su cónyuge asegurado, el cónyuge tiene derecho a que se le expida, sin evidencia de asegurabilidad, previa solicitud presentada al asegurador dentro de los 60 días siguientes a la entrada en vigor de la sentencia, y previo pago de la prima correspondiente, una póliza individual de seguro de salud. La póliza deberá proporcionar la cobertura emitida en ese momento por el asegurador, que sea lo más similar posible, pero no superior, a las coberturas finalizadas. Se considera que cualquier período de prueba o de espera establecido en la política se cumple en la medida en que la cobertura estaba en vigor bajo la política anterior.

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

Formulario de reclamación de prueba de pérdida: cuando reciba un aviso de reclamación, Molina le proporcionará tales formularios que generalmente se proveen para presentar pruebas de pérdida. Si esos formularios no se proporcionan dentro de los quince (15) días posteriores a la entrega de dicho aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de esta póliza como prueba de pérdida al momento de su envío, dentro del plazo establecido en la póliza para presentar pruebas de pérdida, prueba escrita que cubre el evento, la naturaleza y la extensión de la pérdida para la cual se realiza la reclamación.

Prueba de pérdida: se debe presentar prueba de pérdida por escrito a Molina en dicha oficina en caso de reclamación por pérdida para la cual esta póliza proporciona cualquier pago periódico sujeto a pérdida continua en los 90 días posteriores a la terminación del período por el cual Molina es responsable y en caso de reclamación por otras pérdidas en los 90 días siguientes a la fecha de dicha pérdida. La falta de presentación de dicha prueba dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no fue razonablemente posible presentar dicha prueba dentro de dicho plazo, siempre que dicha prueba se proporcione tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, salvo en ausencia de capacidad legal, más de 1 año después del momento en que se requiere prueba.

Pago de reclamaciones: Los beneficios se pagarán al Miembro. Las prestaciones por pérdida de vida se pagan de conformidad con la designación del beneficiario vigente en el momento del pago. Si no hay ninguno en efecto, los beneficios se pagarán a los bienes del Miembro. Cualquier otra prestación impagada por fallecimiento puede ser pagada, a opción de Molina, ya sea al beneficiario o a los bienes del Miembro.

Exámenes físicos: Molina, por su cuenta, podría hacer examinar al miembro cuantas veces sea razonablemente necesario mientras esté pendiente una reclamación. En caso de fallecimiento del miembro, Molina, por su cuenta, podría realizar una autopsia durante el periodo de impugnabilidad, a menos que esté prohibido por ley. La autopsia debe realizarse en South Carolina.

Acción legal: No se iniciarán acciones legales o de equidad para recuperar este Acuerdo antes del vencimiento de 60 días después de que se haya proporcionado prueba escrita de la pérdida de acuerdo con los requisitos de este Acuerdo. No se podrá realizar tal acción después de 6 años a partir del momento en que se requiera la prueba escrita de pérdida.

Cambio De Beneficiario: a menos que el Miembro realice una designación irrevocable de beneficiario, el Miembro se reserva el derecho a cambiar de beneficiario y no será necesario el consentimiento del beneficiario o de los beneficiarios para la suspensión o asignación de beneficios o reclamaciones en virtud de esta EOC o para cambios de beneficiario o beneficiarios o para otros cambios en esta EOC. Sin embargo, a menos que Molina tenga documentación escrita confiable del beneficiario legal designado de un Miembro, Molina se reserva el derecho de pagar reclamaciones por dinero adeudado, beneficios o reclamos adeudados según esta EOC solo al suscriptor o Miembro correspondiente (según lo determine Molina) y a negarse a honrar asignaciones de dinero, beneficios o reclamaciones en virtud de esta EOC.

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

Bienestar y otros beneficios del programa: este Acuerdo incluye el acceso a un programa de bienestar ofrecido para alentar a los miembros a realizar actividades de salud que respalden su salud general. El programa es voluntario y está disponible sin costo adicional para todos los suscriptores. El programa también está disponible para los dependientes mayores de 18 años sin costo. Es posible que Molina le ofrezca recompensas u otros beneficios por participar en ciertas actividades y programas de salud. Las recompensas y los beneficios del programa disponibles para los miembros pueden incluir créditos de primas u otros beneficios, como tarjetas regalo.

Los miembros deben consultar con su PCP antes de participar. El programa de bienestar es opcional y los beneficios están disponibles sin costo adicional para los miembros elegibles. Las recompensas y los beneficios del programa están disponibles para el canje solo mientras el suscriptor o el dependiente elegible esté actualmente inscrito en un plan de salud del Molina Marketplace. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

Directivas anticipadas: Una directiva anticipada es un formulario que le dice a los proveedores médicos qué tipo de atención desea si no puede hablar por usted mismo. La directiva anticipada se escribe antes de que usted tenga una emergencia. Esta es una manera de evitar que otras personas tomen decisiones de salud importantes por usted si usted no está lo suficientemente bien como para decidir. Un "Poder notarial

duradero para la atención médica” y una “Declaración de ley de muerte natural” son tipos de directivas anticipadas. Usted tiene derecho a completar una directiva anticipada. Su proveedor 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 calendario después de recibir un aviso sobre cambios en las leyes estatales. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

APELACIONES Y QUEJAS

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

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

“Determinación adversa de beneficios” significa cualquiera de las siguientes:

- La denegación, reducción o finalización de un beneficio, o la imposibilidad de proporcionarlo o abonarlo (total o parcialmente), incluida la denegación, reducción, finalización o imposibilidad de proporcionarlo o abonarlo basado en la determinación de la elegibilidad de un miembro para participar en un plan.
- La falta de cobertura de un artículo o servicio para el cual se proporcionan beneficios de otro modo porque se determina que es experimental o de investigación o que no es médicamente necesario o apropiado.
- Cualquier decisión por parte de Molina de rescindir la cobertura después de que el miembro ha obtenido la cobertura del plan.

“Determinación de beneficio adversa final” significa una Determinación de beneficio adversa que se mantiene después del proceso de apelación interna.

“Servicio de atención de urgencia” se refiere a un servicio médico en el que la aplicación de plazos de Servicios de atención médica no urgente:

- Podría poner en peligro seriamente la vida del miembro, su salud, su capacidad para recuperar la función máxima, o su hijo por nacer; o
- En opinión del médico tratante, sometería al miembro a un dolor grave que no se puede controlar adecuadamente sin el cuidado o tratamiento que es el objeto de la reclamación.

Quejas: Una queja es cualquier insatisfacción con Molina o cualquier proveedor participante que sea expresada por un miembro o su representante autorizado y que no esté relacionada con la denegación de servicios de atención médica. La queja también se denomina “reclamo”.

Un miembro o el representante autorizado de un miembro puede presentar una queja por teléfono llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito que aparece en la página 2 de este Acuerdo. Los miembros pueden presentar una queja por escrito, junto con cualquier material de respaldo a Apelaciones y quejas de miembros a la siguiente dirección postal.

Molina Healthcare of South Carolina, Inc.:
Attn: Apelaciones y quejas
PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422

Molina acusa recibo de las quejas por escrito y responde a las mismas en un plazo máximo de 90 días a partir de la fecha de recepción de la queja. Este período puede ser extendido si hay un retraso en la obtención de los documentos o registros que son necesarios para resolver la queja o si el miembro y Molina están de acuerdo por escrito en extender el período.

A la espera de la resolución de la queja, Molina no terminará la cobertura del miembro por cualquier razón que sea objeto de la queja, excepto que Molina tenga el derecho de terminar la cobertura en los casos en que Molina haya hecho un esfuerzo razonable y de buena fe para resolver la queja y la terminación sea de otra manera permitida por los términos de este Acuerdo.

Nombramiento de un representante: Si un miembro quisiera que alguien actuara en su nombre en relación con una apelación de una Determinación adversa de beneficios, el miembro podrá nombrar a un representante autorizado. El Miembro debe enviar el nombre, la dirección y la información de contacto telefónico del representante autorizado a Apelaciones y quejas de miembros a la dirección que se muestra en la primera página de este Acuerdo.

Aviso inicial de denegación: los miembros recibirán un aviso de Determinación adversa de beneficios por teléfono, por correo postal, por fax o por correo electrónico, según corresponda. Un aviso de Determinación adversa de beneficios identificará la reclamación o la solicitud de autorización involucrada. Dará el motivo específico de la Determinación adversa de beneficios (incluido el código de denegación y su significado) y las disposiciones específicas del producto en las que se basó la determinación. También incluirá la información de contacto del Departamento de Seguros de South Carolina, que está disponible para ayudar con los procesos de apelación interna y externa. Previa solicitud, se proporcionará, sin costo alguno, copia de la regla, protocolo o criterio similar en el que se basó para denegar la reclamación o solicitud de autorización. El aviso describirá los procedimientos de apelación interna y externa (estándar y acelerada) de Molina, los plazos aplicables a tales procedimientos después de una Determinación adversa de beneficios e incluirá el formulario de divulgación que autoriza a Molina a revelar información médica protegida pertinente a una revisión externa.

Apelaciones internas: Las Determinaciones adversas de beneficios debe apelarse dentro de los 180 días posteriores a recibir un aviso escrito de la denegación (o denegación parcial). Los Miembros pueden apelar una Determinación adversa de beneficios mediante un aviso a Molina, ya sea en persona, por teléfono o por correo.

La solicitud debe incluir lo siguiente:

- La fecha de la solicitud.
- El nombre del Miembro (imprima o escriba).
- La fecha del servicio denegado.
- El número de identificación de Miembro, el número de reclamación o de autorización previa y el nombre del proveedor.

Los Miembros pueden solicitar una apelación interna acelerada de una Determinación adversa de beneficios que implique un servicio de atención de urgencia.

La determinación de apelaciones de Determinaciones adversas de beneficios no podrá ser hecha por la persona que hizo la Determinación adversa de beneficios inicial o un subordinado de esa persona. Los Miembros tienen el derecho de solicitar que la persona que realiza la revisión deba practicar la misma profesión que el proveedor de atención médica que asiste.

Plazo para las decisiones de apelaciones internas: el aviso de una Determinación adversa final de beneficios (incluida una denegación parcial) se proporcionará de la siguiente manera: Para apelaciones previas al servicio, Molina notificará al Miembro o representante autorizado (si corresponde) por escrito sobre la resolución de la apelación dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la apelación. Para las apelaciones posteriores al servicio, la resolución se proporcionará por escrito dentro de los 60 días calendario siguientes a la recepción de la apelación. Para apelaciones aceleradas (para decisiones sobre servicios de atención de urgencia), Molina notificará verbalmente la resolución lo antes posible, considerando las circunstancias médicas, pero a más tardar 72 horas después de que Molina reciba la apelación o 2 días hábiles después de que Molina reciba toda la información necesaria para completar la apelación.

Agotamiento del proceso interno de reclamaciones y apelaciones: no se puede realizar una solicitud de revisión externa estándar o acelerada hasta que se haya agotado (completado) el proceso de apelaciones internas de Molina y se haya proporcionado una Determinación adversa final de beneficios, a menos que 1) Molina proporcione una exención de este requisito, 2) Molina no cumpla con el proceso de apelación interna, o 3) si el Miembro presenta una solicitud de revisión externa acelerada al mismo tiempo que una reclamación interna acelerada que involucra un servicio de atención de urgencia según lo certificado por el Proveedor tratante.

Revisión externa: después de recibir una Determinación adversa final de beneficios o si se le permite de otra manera, como se describe anteriormente, un Miembro puede solicitar una revisión externa si cree que un servicio de atención médica ha sido negado, modificado o demorado de manera inapropiada, con el argumento de que el servicio de atención médica no cumple con los requisitos de Molina para necesidad médica, idoneidad, establecimiento de atención médica, nivel de atención médica, efectividad de un beneficio cubierto, o es experimental o de investigación. El Miembro debe autorizar la divulgación de cualquier expediente médico necesario para llegar a una decisión sobre la revisión externa.

Una Organización de Revisión independiente (IRO, en inglés) llevará a cabo una revisión externa. Molina no elegirá ni influirá en los revisores de la IRO. Molina pagará los costos de la revisión externa.

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

Revisión externa estándar: la IRO proporcionará un aviso por escrito de su decisión dentro de los 45 días calendario siguientes a la recepción de la solicitud de revisión externa estándar.

Revisión externa acelerada: las revisiones aceleradas de un servicio de atención de urgencia, incluidas las revisiones de tratamientos experimentales o de investigación que implican un servicio de atención de urgencia, normalmente se completan dentro de las 72 horas. Se puede solicitar una revisión acelerada para el servicio de atención de urgencia certificado por el Proveedor tratante o para los Servicios de emergencia para los cuales el Miembro aún no ha sido dado de alta.

Revisión externa del tratamiento experimental y de investigación: para una revisión externa estándar o acelerada para determinar que un tratamiento es experimental o de investigación, el Proveedor tratante debe estar calificado en el área de la medicina correspondiente y debe certificar que el tratamiento es médicamente adecuado.

Solicitud de revisión externa: las solicitudes deben presentarse por escrito dentro de los 4 meses de la fecha del aviso de determinación adversa de beneficio o Determinación adversa final de beneficio emitida por Molina. Una solicitud de una revisión externa acelerada no tiene plazo de presentación. Los Miembros pueden enviar una solicitud por escrito para una revisión externa, junto con cualquier material de respaldo, a la dirección postal de Molina que se encuentra en la primera página de este Acuerdo.

Asignación de IRO: Cuando Molina inicie una revisión externa, el Departamento de Seguros de South Carolina utilizará un sistema rotacional imparcial e independiente para asignar la revisión a una Organización de revisión independiente (IRO, en inglés) acreditada por South Carolina que esté calificada para llevar a cabo la revisión basándose en el tipo de servicio de atención médica. Molina verificará que no existe conflicto de intereses con la IRO.

Revisión y decisión de la IRO: dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción de una solicitud de revisión externa estándar por parte de la IRO, la IRO determinará si la solicitud es elegible para revisión externa y confirmará que se ha proporcionado toda la información, formularios y certificaciones. La IRO le notificará al Miembro inmediatamente si se requiere información adicional. Si la solicitud no es aceptada para una revisión externa estándar, la IRO le proporcionará al Miembro y a Molina un aviso por escrito en el que se explica la razón. La IRO le notificará al Miembro y a Molina si la solicitud es aceptada para una revisión externa estándar. Este párrafo no se aplica a las revisiones externas aceleradas.

La IRO proporcionará un aviso por escrito de su decisión dentro de los 45 días calendario siguientes a la recepción de la solicitud de una revisión estándar. La IRO proporcionará un aviso de una decisión de revisión acelerada dentro de las 72 horas siguientes a la recepción por parte de Molina de una solicitud de revisión acelerada. Si la decisión de revisión acelerada no es por escrito, se le proporcionará un aviso por escrito dentro de las 48 horas siguientes a la notificación oral.

Si la IRO revierte la Determinación adversa de beneficios o la determinación adversa final de beneficios, Molina aprobará un beneficio cubierto que fue objeto de una solicitud estándar dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción de la notificación de la IRO, y lo más rápidamente posible para una solicitud acelerada, sujeta a exclusiones, limitaciones u otras disposiciones aplicables de este Acuerdo.

Naturaleza vinculante de la decisión de revisión externa: una decisión de revisión externa es vinculante para Molina, excepto en la medida en que Molina tenga otros recursos disponibles conforme a la ley estatal. La decisión también es vinculante para el Miembro, excepto en la medida en que tenga otros recursos disponibles conforme a la ley estatal o federal aplicable. Los Miembros no pueden presentar una solicitud posterior para una revisión externa que implique la misma Determinación adversa de beneficio que fue revisada previamente.

Asistencia del regulador estatal: Si tiene preguntas sobre los derechos de los Miembros o para obtener ayuda con quejas, con el proceso interno de reclamaciones y apelaciones, o con el proceso de revisión externa, los Miembros pueden comunicarse con el Departamento de Seguros de South Carolina a la siguiente dirección:

Consumer Services Division
P.O. Box 100105
Columbia, SC 29202-3105
Teléfono: 1 (803) 737-6180 o 1 (800) 768-3467
Fax: 803-737-6231
Correo electrónico: Consumers@doi.sc.gov
Formulario de reclamo en línea: <https://doi.sc.gov/consumers>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ուժեղացրե՞լ լեզուով օգնության կարիք ունեց, գտնված է Member Services: Համարը գտնվում է Ձեր Member ID քարտի ետևի մասում: (TTY: 711): Անկա են նաեւ հաշվանդամայրու են ունեցող անհասց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ եւ ծառայություններ, ինչպես բրայլի եւ մեծ տպաքանակի փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները անվճար են: (Armenio)

ការយកចំនុចកម្មវិធីនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការភ្នែកឬចាស់កម្លាំងអារម្មណ៍ទ្រទ្រង់ស្រីជនជាតិមានផងដែរ, ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការយោងការណ៍របស់អ្នកជាសមាជិកសេវាកម្មដែលមានទីតាំងនៅខាងក្រោយអនុសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក, (TTY: 711), សេវាកម្មទាំងនេះដោយមិនគិតថ្លៃ, (Camboyano)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHÚ Ý: Nếu bạn cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên. Số này nằm ở mặt sau thẻ ID Hội viên của bạn. (TTY: 711).

Hỗ trợ và dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in lớn, cũng có sẵn. Các dịch vụ này là miễn phí. (Vietnamita)
