

Contrato y política individual de Molina Healthcare of Washington, Inc. para 2019

Molina Choice Zero

Washington

21540 30th Dr. SE, Suite 400, Bothell, WA 98021

Usted tiene 10 días para examinar este Contrato. Si no está satisfecho por cualquier motivo, devuélvanoslo. Le haremos un reembolso de las primas pagadas una vez que devuelva el Contrato. El Contrato se considerará nulo desde el comienzo. Si se ha brindado cualquier servicio cubierto o Molina Healthcare ha pagado reclamos durante los 10 días, usted será responsable de pagarle a Molina Healthcare por los servicios o reclamos.

SI USTED ES UN INDÍGENA DE EE. UU. O UN NATIVO DE ALASKA CALIFICADO QUE TIENE UN REQUISITO DE COSTO COMPARTIDO EN SU PLAN, SERÁ RESPONSABLE DE LOS COSTOS COMPARTIDOS CONFORMES A ESTE PLAN Y POR CUALQUIER SERVICIO CUBIERTO NO PROPORCIONADO POR UN PROVEEDOR PARTICIPANTE PARA LA SALUD TRIBAL. LOS PROVEEDORES TRIBALES INCLUYEN SERVICIOS DE SALUD PARA INDÍGENAS AMERICANOS, UNA ORGANIZACIÓN TRIBAL O UNA ORGANIZACIÓN INDÍGENA URBANA.

Este formulario traducido se publica de modo informativo y la versión en inglés de esta póliza es fundamental para fines de solicitud e interpretación.

This translated form is issued on an informational basis and the English version of this policy is controlling for purposes of application and interpretation.

MolinaMarketplace.com



Your Extended Family

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas a los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todo miembro y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, edad, discapacidad o sexo.

Molina también cumple con las leyes estatales aplicables y no discrimina por motivos de credo, género, identidad o expresión de género, orientación sexual, estado civil, religión, veteranos retirados honorablemente o estado militar, o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio 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 discapacidades
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
 - Materiales escritos en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema braille)
- Servicios de idiomas para personas que hablan otro idioma o que tienen aptitudes limitadas en idioma inglés
 - Intérpretes capacitados
 - Material escrito traducido a su idioma

Si necesita estos servicios, comuníquese con los Servicios para Miembros de Molina. El número de teléfono de Servicios para Miembros de Molina se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. (TTY: 711).

Si siente que Molina no le proporcionó estos servicios o lo discriminó por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar su queja en persona, por correo, o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para escribir su queja, le podemos ayudar. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889 o TTY al 711.

Envíe su queja por correo a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator, 200 Oceangate, Long Beach, CA 90802.

Usted también puede enviar su queja por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com.

También puede presentar una queja ante Molina Healthcare AlertLine, las 24 horas, todos los días de la semana, en <https://molinahealthcare.alertline.com>.

También puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., en la Oficina de Derechos Civiles. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

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

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

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

Quejas: el procedimiento de quejas está disponible en la sección del Acuerdo llamada “Quejas y apelaciones”. Consulte dicha sección para saber cómo presentar una queja, cómo incluir el nombre del representante del plan y su número de teléfono, dirección y correo electrónico para que podamos ponernos en contacto con él en relación con dicha queja, y cómo presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) para su revisión una vez finalizado el proceso de queja o la participación en el proceso durante 30 días, como mínimo.

You have the right to get this information in a different format, such as audio, Braille, or large font due to special needs or in your language at no additional cost.

Usted tiene derecho a recibir esta información en un formato distinto, como audio, braille, o letra grande, debido a necesidades especiales; o en su idioma sin costo adicional.

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-295-7651 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-295-7651 (TTY: 711).
Navajo	Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad , saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih 1-888-295-7651 (TTY: 711).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-295-7651 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-295-7651 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-295-7651 (TTY: 711)。
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-295-7651 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-295-7651 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-295-7651 (TTY: 711).
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-295-7651 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
French	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-295-7651 (TTY: 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-295-7651 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-295-7651 (телетайп: 711).
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-295-7651 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Persian (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. 1-888-295-7651 (TTY: 711) تماس بگیرید.
Thai	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-295-7651 (TTY: 711).

**MOLINA HEALTHCARE OF WASHINGTON, INC.
PROGRAMA DE BENEFICIOS
PLAN CHOICE ZERO DE MOLINA**

ESTA TABLA TIENE COMO FINALIDAD AYUDARLO A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA Y SOLO ES UN RESUMEN. MOLINA HEALTHCARE OF WASHINGTON, INC. PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES, DEBE CONSULTAR EL DOCUMENTO CONTRATO Y POLÍTICA INDIVIDUAL.

AVISO ESTA POLÍTICA NO INCLUYE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS, COMO LO EXIGE LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTA COBERTURA SE ENCUENTRA DISPONIBLE EN EL INTERCAMBIO DE BENEFICIOS PARA LA SALUD. SE PUEDE ADQUIRIR COMO UN PRODUCTO INDEPENDIENTE. PÓNGASE EN CONTACTO CON EL AGENTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS O CON EL INTERCAMBIO DE BENEFICIOS DE LA SALUD SI DESEA ADQUIRIR LA COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA O UN PRODUCTO DENTAL INDEPENDIENTE.

Excepto en el caso de servicios de emergencia, debe recibir servicios cubiertos por parte de proveedores participantes; de otro modo, los servicios no están cubiertos, usted será responsable por el 100 % del pago y los pagos no se aplicarán para su deducible o máximo anual de gastos de su bolsillo. Su red de proveedores es Molina Marketplace.

Tipo de deducible		Con los proveedores participantes, usted paga
Deducible médico (Se aplica únicamente a los servicios en un hospital/centro para pacientes ambulatorios y pacientes internados)		
Individuo		\$0
Familia (2 o más integrantes)		\$0
Deducible de medicamentos recetados (se aplica a los medicamentos de los niveles 3 y 4)		
Individuo		\$0
Familia (2 o más integrantes)		\$0
Máximo anual de gastos de su bolsillo¹		Con los proveedores participantes, usted paga
Individuo		\$0
Familia (2 o más integrantes)		\$0

¹ Los servicios de emergencia médicamente necesarios prestados por proveedores no participantes aplicarán para su máximo de gastos de su bolsillo anual.

Servicios de atención de emergencia y de urgencia		usted paga
Sala de emergencias²	\$0	Coseguro luego del deducible
Atención médica urgente (proveedor participante)	\$0	Copago por visita

² Este costo no se aplica si se lo interna directamente en el hospital para recibir servicios de internación (consulte la sección Servicios hospitalarios o de centros para pacientes internados para conocer sus costos compartidos)

Tenga en cuenta lo siguiente: Usted puede ser responsable de los cargos del proveedor que excedan la cantidad autorizada cubierta por este beneficio para servicios de emergencia prestados por un proveedor no participante. Para más información, consulte la sección de este Contrato titulada “Servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente”.

Servicios ambulatorios quirúrgicos y no quirúrgicos ³		Con los proveedores participantes, usted paga
Visitas al consultorio		
Atención médica preventiva (incluye examen prenatal y primer examen posparto)	Sin cargo	
Atención médica primaria	\$0	Copago por visita
Cuidado especializado	\$0	Copago por visita
Atención con otros proveedores médicos	\$0	Copago por visita
Servicios de recuperación de habilidades (limitado a 25 consultas por año natural)	\$0	Copago por visita
Servicios de rehabilitación • Terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional, límite combinado de 25 consultas por año natural • Servicio de manipulación espinal limitado a 10 consultas por año natural • Servicio de acupuntura limitado a 12 consultas por año natural (la limitación para acupuntura no se aplica si se realiza debido a dependencia química)	\$0	Copago por visita
Servicios de salud mental (Incluye los tratamientos de salud mental y los tratamientos médicamente necesarios de salud conductual, así como los tratamientos de desórdenes alimenticios para los trastornos clasificados por el Manual de trastornos mentales [DSM]).	\$0	Copago por visita
Servicios por trastornos por abuso de sustancias (Incluye la desintoxicación de la dependencia química y los servicios ilimitados de tratamiento de acupuntura cuando se prestan por dependencia química. Todos están sujetos a criterios de necesidad médica).	\$0	Copago por visita
Asesoramiento nutricional	\$0	Copago por visita
Fenilcetonuria (PKU)		
Atención médica preventiva para niños y adultos	Sin cargo	
Pruebas y tratamiento de PKU	\$0	Copago por visita
Control de la diabetes		
Atención médica preventiva para niños y adultos	Sin cargo	
Cuidado de la diabetes diferente a la atención médica preventiva	\$0	Copago por visita
Quimioterapia para el cáncer y otros medicamentos administrados por proveedores. Nota: Consulte las secciones Servicios de atención ambulatoria en un hospital/centro o Servicios hospitalarios para pacientes internados de este documento para obtener más detalles.	\$0	Coseguro

Servicios pediátricos de la vista (únicamente para miembros menores de 19 años)		
Examen de la vista (El examen preventivo de rutina de la visión y el examen de los ojos, incluida la dilatación si es indicada profesionalmente y con refracción, todos los años naturales)		Sin cargo
Anteojos con receta médica		
Monturas	- Limitado a un par de marcos cada 12 meses - Limitado a una selección de monturas cubiertas.	Sin cargo
Lentes de contacto	- Limitado a un par de marcos cada 12 meses - Visión singular, bifocales lineales, trifocales lineales, lentes lenticulares, lentes de policarbonato - Todos los lentes incluyen recubrimiento resistente a rayones y protección contra rayos ultravioleta (UV)	Sin cargo
Lentes de contacto con receta médica		
Limitado a un año de suministros cada 12 meses, en lugar de anteojos recetados, según sea médicamente necesario para afecciones médicas específicas		Sin cargo
Dispositivos ópticos y servicios para la visión disminuida (sujeto a limitaciones y se aplica la autorización previa)		Sin cargo
Servicios dentales y de ortodoncia		
Síndrome de la articulación temporomandibular (Tratamiento médicamente necesario no quirúrgico)		\$0 Coseguro
Planificación familiar (Estos servicios incluyen todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos para mujeres aprobados por el Departamento de Control de Alimentos)		Sin cargo

³ **Recuerde: si se atiende en una clínica hospitalaria, es posible que se apliquen costos compartidos de servicios de atención ambulatoria en un hospital.**

Servicios de atención médica ambulatoria en un hospital/centro	Con los proveedores participantes, usted paga	
Cirugía ambulatoria		
Profesional	\$0	Coseguro
Centro	\$0	Coseguro
Cirugía reconstructiva	\$0	Coseguro
Dispositivos que se implantan internamente (dispositivos de audición implantados quirúrgicamente/implantes cocleares, marcapasos, lentes intraoculares, articulaciones de la cadera, etc.)	\$0	Coseguro

Servicios de atención médica ambulatoria en un hospital/centro		Con los proveedores participantes, usted paga
Servicios de exploración especializada (tomografías computarizadas, tomografías de emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) (A menos que estos servicios sean prestados mientras usted está en un centro para pacientes internados, se aplicará el costo compartido para estos servicios)	\$0	Coseguro
Radioterapia (para el tratamiento del cáncer)	\$0	Coseguro
Quimioterapia para el cáncer y otros medicamentos administrados por proveedores. Nota: Consulte las secciones Servicios de atención ambulatoria en un hospital/centro o Servicios hospitalarios para pacientes internados de este documento para obtener más detalles.	\$0	Coseguro
Servicios de radiología (radiografías)	\$0	Copago por consulta
Servicios dentales (Radioterapia contra el cáncer o enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello)	\$0	Copago por consulta
Servicios de laboratorio	\$0	Copago por consulta
Salud mental		
Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios	\$0	Coseguro
Servicios dentales y de ortodoncia		
Anestesia dental (medicamente necesaria)	\$0	Copago por consulta
Servicios de ortodoncia (los servicios médicamente necesarios incluyen: cirugía oral debido a trauma y reconstrucción del paladar hendido) Síndrome de la articulación temporomandibular (Tratamiento quirúrgico y artroscópico médicamente necesario)	\$0	Coseguro
	\$0	Coseguro
Servicios de atención médica en un hospital/centro clínico		Con los proveedores participantes, usted paga
Médico/quirúrgico		
Profesional	\$0	Coseguro
Centro	\$0	Coseguro
Cirugía reconstructiva	\$0	Coseguro
Dispositivos que se implantan internamente (dispositivos de audición implantados quirúrgicamente/implantes cocleares, marcapasos, lentes intraoculares, articulaciones de la cadera, etc.)	\$0	Coseguro

Servicios dentales y de ortodoncia		
Anestesia para procedimientos dentales (Resultante de una afección médica subyacente)	\$0	Coseguro
Trauma dental (Cirugía oral médicamente necesaria debido a una lesión o un	\$0	Coseguro
Paladar hendido (Cirugía reconstructiva médicamente necesaria)	\$0	Coseguro
Atención de maternidad (Servicios profesionales y en centros)	\$0	Coseguro
Servicios de rehabilitación (límite de 30 días por año natural)	\$0	Coseguro
Salud mental (Hospitalización psiquiátrica de pacientes internados)	\$0	Coseguro
Trastornos por abuso de sustancias		
Desintoxicación para pacientes internados	\$0	Coseguro
Servicios de recuperación residencial de transición	\$0	Coseguro
Servicios de trasplantes	\$0	Coseguro
Centro de enfermería especializada (limitado a 60 días por año natural) (Los servicios deben ser facturados por un centro de enfermería especializada que sea proveedor participante).	\$0	Coseguro
Centro de atención a largo plazo después de la hospitalización	\$0	Coseguro
Cuidados paliativos	Sin cargo	

Consulte la sección "Cobertura de medicamentos recetados" para obtener una descripción de beneficios de medicamentos recetados.

Cobertura de medicamentos recetados⁴		Con los proveedores participantes, usted paga
Medicamentos recetados de farmacia minorista		
Medicamentos de nivel 1	\$0	Copago
Medicamentos de nivel 2	\$0	Copago
Medicamentos de nivel 3	\$0	Coseguro
Medicamentos de nivel 4	\$0	Coseguro
Medicamentos de nivel 5	Sin cargo	

Cobertura de medicamentos recetados⁴		Con los proveedores participantes, usted paga
Medicamentos recetados de pedido por correo	Se ofrece un suministro de 90 días a dos veces los costos compartidos minoristas de la receta médica a 30 días. Según el nivel de Categoría, esto será un	
Medicamentos de nivel 1	\$0	Copago por visita
Medicamentos de nivel 2	\$0	Copago por visita
Medicamentos de nivel 3	\$0	Coseguro
Medicamentos de nivel 4	No disponibles para pedido por correo	
Medicamentos de nivel 5	Sin cargo	

⁴ Tenga en cuenta que la reducción del costo compartido por cualquier medicamento recetado que usted obtenga a través del uso de una tarjeta o cupón de descuento provisto por un fabricante de medicamentos recetados no se aplicará para ningún deducible, o para su máximo anual de gastos de su bolsillo en virtud de su plan.

Otros servicios		Con los proveedores participantes, usted paga
Servicios auxiliares		
Equipo médico duradero (Incluye, entre otros, sillas de ruedas, motonetas y ortóticos personalizados)	\$0	Coseguro
Atención médica domiciliaria (límite de 130 consultas) (Los servicios deben ser facturados por una agencia de servicios de atención médica domiciliaria que sea proveedor participante) (Se podría aplicar un costo compartido diferente para otros beneficios cubiertos prestados en un ámbito doméstico, como medicamentos inyectables, equipo médico duradero, etc.)	Sin cargo	
Transporte médico de emergencia (ambulancia) (Los servicios de emergencia médicamente necesarios están cubiertos para proveedores participantes y no participantes. Sin embargo, usted puede ser responsable de los cargos del proveedor que excedan la cantidad autorizada cubierta por este beneficio para servicios de transporte médico de emergencia prestados por un proveedor no participante).	\$0	Coseguro
Otros servicios		Con los proveedores participantes, usted paga
Servicios de diálisis	\$0	Copago por consulta
Terapia de infusión	\$0	Coseguro

ÍNDICE

ÍNDICE.....	7
BIENVENIDO.....	11
INTRODUCCIÓN.....	11
DEFINICIONES.....	13
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN.....	19
¿Cuándo comienza mi membresía con Molina?	19
¿Quién es elegible?	19
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO.....	24
¿Cómo sé si soy miembro de Molina Healthcare?.....	24
Ejemplo de tarjeta de identificación	24
¿Qué es lo primero que debo hacer?	24
SU PRIVACIDAD.....	25
NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD	27
¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?.....	29
¿Cuáles son las obligaciones de Molina Healthcare?	30
Esta Notificación está sujeta a modificaciones	30
ACCESO A LA ATENCIÓN	30
¿Cómo puedo obtener servicios médicos a través de Molina?	30
Proveedores fuera de la red.....	31
Derecho del miembro a obtener servicios de atención médica fuera de la Política.....	34
Cómo cambiar de médico	35
Línea de Consejos de Enfermeras disponible las 24 horas	38
Servicios de telesalud y de telemedicina	38
Autorización previa	39
Autorizaciones fijas	42
Segundas opiniones	42
Servicios de atención médica urgente y de emergencia.....	43
¿Qué es una emergencia?.....	43
¿Cómo recibo atención de emergencia?	43
¿Qué sucede si estoy fuera del área de servicio de Molina Healthcare y necesito atención de emergencia?	43
¿Qué sucede si necesito atención médica después de las horas de consulta o servicios de atención médica urgente?.....	44
Servicios de Emergencia prestados por un Proveedor No Participante	44

Servicios de un médico basado en un hospital no contratado especificado.....	44
Administración de Casos Complejos.....	45
Embarazo	45
Acceso a la atención para miembros con discapacidades.....	46
SERVICIOS CUBIERTOS.....	46
Costos compartidos.....	47
Máximo anual de gastos de bolsillo.....	47
Coseguro	48
Copago.....	48
Deducible.....	48
Normas generales aplicables a costos compartidos	48
Recibir una factura.....	49
¿Qué cubre mi plan?	50
Servicios y atención médica preventiva.....	50
Servicios médicos preventivos para niños y adolescentes.....	51
Servicios médicos preventivos para adultos y ancianos	52
Servicios de recuperación de habilidades (limitación ambulatoria de 25 consultas/limitación para pacientes internados de 30 días)	55
Servicios de rehabilitación (limitación ambulatoria de 25 consultas/limitación para pacientes internados de 30 días).....	55
Servicios para salud conductual/mental para pacientes ambulatorios	55
Servicios por dependencia química/abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.....	56
Servicios dentales y de ortodoncia.....	56
Servicios para la vista pediátricos.....	57
Asesoramiento nutricional	59
Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés).....	59
Servicios de atención médica ambulatoria en hospital/centro	60
Cirugía ambulatoria	60
Radioterapia para el cáncer.....	60
Servicios especializados de imágenes y exploración.....	60
Servicios de radiología (radiografías).....	60
Pruebas y servicios de laboratorio	60
Salud mental y conductual.....	61
Servicios hospitalarios para pacientes internados.....	61
Servicios médicos/quirúrgicos.....	61

Atención de maternidad	62
Salud mental y conductual, y hospitalización psiquiátrica	63
Centro de enfermería especializada (60 días por año natural)	63
Cuidados paliativos.....	64
Alternativa de la hospitalización o la atención durante hospitalización	65
Ensayos clínicos aprobados	65
Cirugía reconstructiva.....	66
Exclusiones de la cirugía reconstructiva.....	67
Servicios de trasplantes.....	67
COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	68
Equipo médico duradero	76
Dispositivos protésicos y ortóticos	77
Dispositivos implantados internamente	77
Dispositivos externos.....	77
Atención médica domiciliaria (hasta 130 consultas por año)	78
SERVICIOS DE TRANSPORTE.....	78
Transporte médico de emergencia	78
Servicios de diálisis	79
Servicios de audición	79
Servicios prestados fuera de los Estados Unidos (o del área de servicio)	83
Responsabilidad de terceros.....	83
INDEMNIZACIÓN AL TRABAJADOR	84
RENOVACIÓN Y FINALIZACIÓN	84
¿Cómo se renueva mi cobertura de Molina Healthcare?	84
¿Cuándo termina mi membresía en Molina?	84
PAGOS DE PRIMAS Y FINALIZACIÓN POR FALTA DE PAGO	86
Avisos de primas/Finalización por falta de pago de primas	86
¿Qué ocurre si he pagado una factura o una receta médica?	90
¿Cómo paga Molina Healthcare mi atención de salud?	91
QUEJAS Y APELACIONES	96
¿Qué pasa si tengo una queja (Reclamo)?	97
Revisión de determinación adversa de beneficios	97
Revisión interna de determinación adversa de beneficios	97
Revisión acelerada de determinación adversa de beneficios	98

Revisión externa de determinaciones adversas de beneficios:	100
DISPOSICIONES VARIAS	101
Programas de bienestar	102
PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	103

El presente Contrato y política individual de Molina Healthcare of Washington, Inc. (también llamado la “**Política**” o el “**Contrato**”) es emitido por Molina Healthcare of Washington, Inc. (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**Nosotros**”, “**Nuestro**” o “**a nosotros**”), para el suscriptor o el miembro cuyas tarjetas de identificación se proporcionan con este Contrato. En consideración de las declaraciones realizadas en cualquier solicitud requerida y pago oportuno de las primas, Molina acuerda prestar los Servicios cubiertos, según se describe en este Contrato.

Este Contrato, sus enmiendas, y toda solicitud que se envíe a Molina o al Intercambio de Beneficios de la Salud para obtener cobertura según el presente Contrato, como la hoja de tarifas aplicables para esta Política, se incorporan por referencia a este Contrato y constituyen el contrato vinculante entre Molina y el suscriptor.

BIENVENIDO

¡Bienvenido a Molina Healthcare!

En Molina, lo ayudaremos a satisfacer sus necesidades médicas.

Si usted es un miembro de Molina, en esta Política, se enumeran los servicios que puede recibir.

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

Podemos ayudarle a comprender este Acuerdo. Si tiene alguna pregunta acerca de cualquier disposición del presente Acuerdo, llámenos. Puede llamarnos si quiere saber más sobre Molina. Puede obtener dicha información en otro idioma, en letra grande, en audio o en braille. Puede solicitar una copia de esta Política, puede llamarnos o escribirnos a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of Washington, Inc.

Customer Support Center

P.O. Box 4004

Bothell, WA 98041

1 (888) 858-3492

Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el 711 para obtener acceso al Servicio de telecomunicaciones o puede llamar a nuestro número de teléfono gratuito TTY especial al 1 (800) 735-2989.

INTRODUCCIÓN

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

Este documento se denomina su “Contrato y política individual de Molina Healthcare of Washington, Inc.” (Su “**Contrato**” o “**Política**”). La Política le informa cómo puede obtener servicios a través de Molina. También establece los términos y las condiciones de cobertura conforme a este Contrato. Se indican sus derechos y responsabilidades como miembro de Molina. Se detalla cómo ponerse en contacto con Molina. Lea esta Política detenidamente y en su totalidad. Consérvela en un lugar seguro y de fácil acceso. Hay secciones para necesidades especiales de atención médica.

Molina Healthcare está para servirle.

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

Podemos ayudarlo con servicios tales como los siguientes:

- Organizar los servicios de un intérprete
- Revisar el estado de la autorización
- Elegir a un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)
- Concertar una cita
- Realizar un pago

También podemos escucharlo y responder cualquier pregunta o queja sobre su Política en Molina.

Llámenos al número de teléfono gratuito 1 (888) 858-3492 entre las 7:30 a.m. y las 6:30 p.m., hora del Pacífico. Estamos disponibles de lunes a viernes. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos marcando el 711 para obtener acceso al Servicio de telecomunicaciones o puede llamar a nuestro número de teléfono gratuito TTY especial al 1 (800) 735-2989.

Llame al Intercambio de Beneficios de Salud si se muda del domicilio que tenía al inscribirse en Molina o si cambia los números de teléfono.

DEFINICIONES

Algunas de las palabras que se usan en esta Política no presentan su significado habitual. Los planes de salud emplean estas palabras de una manera especial. Cuando usamos una palabra con un significado especial en solo una sección de esta Política, allí explicaremos lo que significa. Las palabras con un significado especial utilizadas en cualquier sección de esta Política se explican en esta sección de “Definiciones”.

"Determinación adversa de beneficios" se refiere a la denegación, reducción o terminación de un beneficio, o abstención de proporcionar o pagar un beneficio (en su totalidad o en parte), lo que incluye toda denegación, reducción, terminación o abstención de proporcionar o realizar pagos que se basen en la determinación de elegibilidad del miembro o del solicitante para participar en un plan, lo que incluye una denegación, reducción o terminación de un beneficio, o abstención de proporcionar o pagar un beneficio (en su totalidad o en parte) como resultado de la aplicación de cualquier revisión de utilización de servicios, así como la abstención de cubrir un artículo o servicio para los cuales se proporcionan los beneficios porque se ha determinado que sean experimentales o de investigación, o que no sean médicamente necesarios o apropiados.

Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio: es la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act) de 2010, modificada por la Ley de Conciliación de Seguro Médico y Educación (Health Care and Education Reconciliation Act) de 2010, junto con las regulaciones federales de implementación de esta ley y las directrices normativas vinculantes promulgadas por los entes reguladores federales.

Cantidad autorizada: es el monto máximo que pagará Molina por un Servicio cubierto, menos el costo compartido que deban pagar los miembros.

Servicios obtenidos de un proveedor participante: Esto significa la tarifa contratada para dichos Servicios cubiertos.

Servicios de emergencia y servicios de transporte para emergencias de un proveedor no participante: Excepto disposición contraria contemplada en la ley o conforme a lo acordado entre el proveedor no participante y Molina, la cantidad autorizada será el valor más alto de lo siguiente: 1) la tarifa contratada promedio de Molina por dichos servicios; 2) el 100 % de la tarifa publicada de Medicare por dichos servicios; o 3) el método usual y habitual de Molina para determinar el pago por dichos servicios.

El “**máximo de gastos de su propio bolsillo anual**” (también llamado “**OOPM**”) es la cantidad máxima de costos compartidos que usted tendrá para pagar por servicios cubiertos en un año natural. Los costos compartidos incluyen los pagos que haga de cualquier deducible, copago o coseguro. Una vez que sus costos compartidos totales durante un año natural alcancen la cantidad de OOPM especificada en el Resumen de beneficios, pagaremos el 100 % de los cargos por los servicios cubiertos durante el resto del año natural.

Las sumas que paga por servicios que no son servicios cubiertos en virtud de este Contrato no se tomarán en cuenta para el OOPM.

El Programa de beneficios puede indicar una cantidad de OOPM para los miembros individuales y una cantidad de OOPM separada para toda la familia. Si usted es un miembro en una familia de dos o más miembros, alcanzará el OOPM:

1. cuando alcance la cantidad del OOPM indicada para el miembro individual; o
2. cuando su familia alcance el OOPM para la familia.

Si los costos compartidos de dos o más miembros de su familia alcanzan la cantidad de OOPM, pagaremos el 100 % de los cargos de los servicios cubiertos durante el resto del año natural para cada miembro de su familia.

“Cobertura solo para niños” se refiere a la cobertura conforme a esta Política que contrata un adulto responsable para brindar beneficios de cobertura solo para menores de 21 años.

Coseguro: es un porcentaje de los cargos por los Servicios cubiertos que debe pagar cuando recibe dichos servicios cubiertos. La suma del coseguro se calcula como un porcentaje de las tarifas que Molina ha negociado con el proveedor participante. Los coseguros se describen en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc. Algunos de los servicios cubiertos no tienen coseguro y pueden estar sujetos a un copago o deducible.

Copago: monto específico en dólares que debe pagar cuando recibe los Servicios cubiertos. Los copagos se describen en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc. Algunos de los servicios cubiertos no tienen un copago y pueden estar sujetos a un deducible o coseguro.

Costos compartidos: es el deducible, copago o coseguro que debe pagar por los Servicios cubiertos en virtud de este Acuerdo. La suma de costo compartido que se le requerirá pagar por cada tipo de servicio cubierto está descrita en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc. al inicio de esta Política.

“Servicio cubierto” o **“Servicios cubiertos”** son los servicios de atención médica, incluidos suministros y medicamentos recetados, que usted tiene derecho a recibir de parte de Molina conforme a esta Política.

“Deducible” es la suma que debe pagar en un año natural por los servicios cubiertos que recibe antes de que Molina cubra dichos servicios en el correspondiente copago o coseguro. La suma que usted paga por su deducible se basa en las tarifas que Molina ha negociado con el proveedor participante. Los deducibles se describen en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc. Consulte el Programa de beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc. para conocer qué servicios cubiertos están sujetos al deducible y la suma del deducible. Su Política podría tener sumas de deducibles separadas por los servicios cubiertos especificados. Si este es el caso, las sumas pagadas para cubrir un tipo de deducible no pueden usarse para cumplir con otro tipo de deducible.

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

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

- Cuando alcance el deducible para el miembro individual.
- Cuando su familia alcanza el deducible familiar.

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

“Dependiente” se refiere a un miembro que cumple con los requisitos de elegibilidad como dependiente, según se describe en esta Política.

“Lugar remoto” se refiere al lugar en el que se encuentra físicamente un médico u otro proveedor con licencia, que presta un servicio profesional, al momento de prestar dicho servicio a través de telemedicina.

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

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

“Emergencia” o **“Condición médica de emergencia”** significa la aparición repentina de una condición médica aparente que se manifiesta por signos y síntomas de gravedad suficiente. Por ejemplo, dolor agudo al punto de que una persona común y prudente pueda razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata pueda poner en riesgo la salud de la persona, provocar un deterioro grave de las funciones del organismo, causar un deterioro grave de cualquier parte u órgano del cuerpo o sufrir una desfiguración; o, en el caso de una mujer embarazada, un riesgo grave para la salud del feto.

“Suministro de emergencia” quiere decir una cantidad limitada de medicamento administrado que cubre el tiempo necesario para el procesamiento de una solicitud de autorización previa. El suministro de emergencia solo se aplica en circunstancias en las que el paciente presenta, en una farmacia contratada, una necesidad terapéutica inmediata de un medicamento recetado que requiere una autorización previa.

“Servicios de emergencia” significa un examen preventivo, es decir, dentro de la capacidad del departamento de emergencia de un hospital, incluidos los servicios auxiliares rutinariamente a disposición del departamento de emergencia para evaluar dicha condición médica de emergencia, y examen y tratamiento médicos adicionales, en la medida en que estén dentro de las capacidades del personal y de las instalaciones a disposición del hospital.

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

- Servicios ambulatorios para pacientes
- servicios de emergencia;
- Hospitalización
- atención de maternidad y del recién nacido;
- Servicios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias. Esto incluye el tratamiento de la salud conductual.
- Medicamentos recetados
- servicios y dispositivos de rehabilitación y de recuperación de habilidades;
- servicios de laboratorio;
- servicios médicos preventivos y de bienestar, y control de enfermedades crónicas;
- Servicios pediátricos, incluidos la atención dental* y el cuidado para la vista para miembros menores de 19 años

* Los servicios dentales pediátricos no están cubiertos de conformidad con esta Política. Estos servicios dentales se pueden obtener por separado a través de un plan dental independiente certificado por el Intercambio de Beneficios de Salud.

“Experimental o en investigación” significa cualquier servicio médico, incluidos los procedimientos, medicamentos, centros y dispositivos, que, según la determinación de Molina, no han demostrado ser seguros ni efectivos en comparación con los servicios médicos convencionales. Al determinar si los servicios son experimentales o están en proceso de investigación, Molina tendrá en cuenta si los servicios forman parte del uso general en la comunidad médica en el estado de Washington, si los servicios están bajo evaluaciones e investigaciones científicas continuas, si los servicios muestran un beneficio comprobable para una enfermedad particular y si se probó que son seguros y eficaces.

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

“Médicamente necesario” o “necesidad médica” se refiere a los servicios de atención médica determinados por un proveedor, con la colaboración de Molina Healthcare, para que sean clínicamente adecuados o significativos, en términos de tipo, frecuencia, evento, sitio, de acuerdo con cualquier principio y buena práctica de atención médica o pauta de práctica clínica que sean aplicables y aceptados por consenso, desarrollados por el Gobierno federal, nacional o sociedades, consejos y asociaciones médicas profesionales, o cualquier protocolo clínico o pauta de práctica aplicable desarrollada por Molina Healthcare en conformidad con dichas pautas federales, nacionales y de práctica profesional, para el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de una afección, una enfermedad, una lesión o un trastorno de la salud física, conductual o mental.

“Servicios de salud mental” tiene el significado coherente con las definiciones en el RCW, Título 48, para los servicios de pacientes internados o los servicios ambulatorios médicamente necesarios proporcionados para tratar trastornos mentales cubiertos por las categorías de diagnóstico descritas en la versión más actual del manual estadístico y de diagnóstico de trastornos mentales, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría y cualquier legislación estatal o federal asociada.

“Molina Healthcare of Washington, Inc. (también “Molina Healthcare” o “Molina” o “Nosotros” o “Nuestro”)” hace referencia a la corporación registrada en el estado de Washington como una Organización para el Mantenimiento de la Salud que tiene un contrato con el Intercambio de Beneficios de Salud.

“Contrato y política individual de Molina Healthcare of Washington, Inc.” hace referencia a este folleto, que incluye información acerca de sus beneficios. También se denomina la “Política” o el “Contrato”.

“Miembro” (también **“Usted”** o **“Su”**) se refiere a una persona que es elegible y está afiliada, conforme al presente Contrato, y por quien hemos recibido las primas correspondientes. El término incluye a un dependiente o suscriptor, a menos que el suscriptor sea un adulto responsable (el padre o tutor legal) que solicita la cobertura solo para niños conforme a este Contrato en nombre de un menor de 21 años. En tal caso, el suscriptor será responsable de realizar los pagos de la prima y costos compartidos en nombre del miembro y actuará como su representante legal en conformidad con esta Política, pero no será el miembro.

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

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

"Lugar de origen" quiere decir el lugar físico donde se encuentra un paciente que recibe servicios de atención médica a través de telemedicina. Esto incluye:

- Hospital;
- Clínica de salud rural;
- Centro de salud acreditado a nivel federal;
- Consultorio del médico u otro profesional de atención médica;
- Centro comunitario para la salud mental;
- Centro de enfermería especializada;
- Domicilio del paciente o cualquier otra ubicación determinada por la persona que recibe el servicio;
- Centro de diálisis renal, salvo que sea un centro de diálisis renal independiente.

"Proveedor Participante" se refiere a un **"Proveedor"** que tiene contratos con Molina o con el contratista o subcontratista de Molina y aceptó proporcionar servicios de atención médica a los participantes inscritos con la expectativa de recibir un pago a cambio, que no sea el copago o el deducible, directa o indirectamente, de parte de la organización de mantenimiento de la salud. Su red de proveedores es Molina Marketplace. Su lista de proveedores participantes de Molina Marketplace está disponible en: MolinaMarketplace.com.

"Exclusión por afección preexistente" quiere decir, con respecto a la cobertura, una limitación o exclusión de los beneficios relacionados con una afección basada en el hecho de que la afección estaba presente antes de la fecha de inscripción para la cobertura, ya sea o no que se haya recomendado o recibido asesoramiento médico, diagnóstico, atención médica o tratamiento antes de dicha fecha.

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

"Médico de atención primaria" (también llamado **"proveedor de atención médica primaria"** o **"médico particular"**) es el médico que se encarga de sus necesidades de atención médica. Su médico de atención primaria tiene su historial médico. Su médico de atención primaria se asegura de que usted obtenga los servicios de atención médica necesarios. Un médico de atención primaria puede remitirlo a especialistas para obtener otros servicios. Un médico de atención primaria puede ser, entre otros, uno de los siguientes tipos de médicos:

- Médico de familia o de medicina general que, por lo general, puede atender a toda la familia.
- Médico de medicina interna que, por lo general, solo atenderá adultos y niños mayores de 14 años.
- Pediatra atiende a niños, desde recién nacidos hasta los 18 o 21 años.
- Obstetras y ginecólogos (OB/GYN).

"Proveedor de atención primaria" ("PCP") hace referencia a lo siguiente:

- Un médico de atención primaria
- una asociación de práctica individual (IPA) o un grupo de médicos autorizados que brindan servicios de atención médica primaria a través del médico de atención primaria
- Otro proveedor médico quien, dentro del alcance de su licencia, está autorizado a proporcionar servicios de atención médica primaria

"Autorización previa" implica la determinación previa de Molina de que los servicios cubiertos son médicamente necesarios, incluyendo ciertos medicamentos recetados, antes de que los servicios sean prestados. La autorización previa no es una garantía del pago de los servicios. El pago se efectúa basándose en lo siguiente: limitaciones del servicio;

- exclusiones,
- elegibilidad del miembro al momento en que se prestan los servicios y;
- otros estándares aplicables durante la revisión del reclamo.

“Proveedor” se refiere a cualquier profesional, hospital u otra institución, organización o persona que preste servicios de atención médica y esté autorizado o habilitado para brindar dichos servicios.

“Remisión” hace referencia al proceso mediante el cual el médico de atención primaria del miembro le indica a este que busque y obtenga los servicios cubiertos de otros proveedores.

“Área de servicio” es el área geográfica en Washington donde Molina ha sido autorizado por la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington para comercializar productos para personas vendidos por medio del Intercambio de Beneficios de Salud, suscribir a los miembros que obtienen la cobertura a través del Intercambio de Beneficios de Salud y proporcionar beneficios por medio de planes de salud aprobados para personas, vendidos a través del Intercambio de Beneficios de Salud. El área de servicio incluye los condados de Clark, Ferry, King, Klickitat, Lincoln, Mason, Pend Oreille, Pierce, Skamania, Spokane, Stevens y Thurston.

“Especialista” es un médico con licencia, autorizado o calificado por el Consejo Médico que ha celebrado un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros.

Cónyuge: el esposo o la esposa legal del suscriptor. Para propósitos de esta Política, el término **"Cónyuge"** incluye al cónyuge del mismo sexo del suscriptor, si el suscriptor y su cónyuge son una pareja que cumplen con todos los requisitos de la legislación de Washington.

Suscriptor: puede tener una de las siguientes acepciones: Una persona residente de Washington, que cumple con los requisitos de elegibilidad de este Contrato, que está afiliado y aceptado por Molina como suscriptor, y que ha mantenido la membresía con Molina según las condiciones de este Contrato.

- O bien un adulto responsable (el padre o tutor legal) que solicita la cobertura solo para niños conforme con este Contrato en representación de un menor de 21 años, en cuyo caso el suscriptor será responsable de realizar los pagos por la prima y los costos compartidos del miembro, y actuará como el representante legal del miembro de conformidad con este Contrato. Por ejemplo, donde suscriptor actuará como el representante legal del miembro de este acuerdo, "Usted" o "Su" significa suscriptor.

"Trastorno por abuso de sustancias" tiene el significado coherente con las definiciones en RCW, Título 48 y WAC 284, para la dependencia química relacionada con una enfermedad caracterizada por una dependencia fisiológica o psicológica, o ambas, de sustancias de dispensación controlada reguladas de acuerdo con el capítulo 69.50 de RCW o bebidas alcohólicas. También se caracteriza por un patrón intenso de consumo patológico al punto que el usuario exhibe una pérdida del autocontrol sobre la cantidad y las circunstancias del consumo; desarrolla síntomas de tolerancia o de abstinencia fisiológica o psicológica si el consumo de las sustancias de dispensación controlada o de las bebidas alcohólicas es reducido o interrumpido; y la salud del consumidor se ve considerablemente afectada.

“Servicios de telemedicina y telesalud” quiere decir:

- Prestación de Servicios cubiertos por un proveedor participante a través de tecnologías de conferencia por audio y video que permiten la comunicación entre el miembro, en el lugar de origen, y el proveedor participante, en un lugar remoto, lo cual permite el diagnóstico o el tratamiento de Servicios cubiertos.
- La comunicación no incluye el contacto en persona entre el miembro y el proveedor participante. Durante la consulta virtual, el miembro puede recibir apoyo en persona, en el lugar de origen, a través de otro personal médico que le ayude con el equipo técnico y la comunicación con el proveedor participante.
- Los servicios pueden incluir la transmisión digital y la evaluación de la información clínica del paciente cuando el proveedor y el paciente no están en la red al mismo tiempo. El proveedor

participante puede recibir la información médica del miembro a través de telecomunicaciones sin interacción en vivo, para revisarla más tarde (a menudo referida como tecnología de "almacenamiento y reenvío"). Requisito: Cuando se usa la tecnología de "almacenamiento y reenvío", todos los servicios cubiertos deben incluir obligatoriamente una consulta en persona para determinar el diagnóstico y el tratamiento.

“**Servicios de Atención Médica Urgente**” se refiere a los servicios de atención médicamente necesarios y los costos del centro, que incluyen los suministros que se proporcionan durante una emergencia o después del horario normal de atención del proveedor de atención primaria por afecciones imprevistas debido a enfermedad o lesiones que no ponen en riesgo la vida del paciente, pero requieren atención médica inmediata.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

¿Cuándo comienza mi membresía con Molina?

Su cobertura comienza en la fecha de vigencia. La Fecha de Vigencia es que usted cumple con todos los requisitos de pagos anticipado de prima y de inscripción.

Para la cobertura durante el año natural de 2019, el período de inscripción inicial abierta comienza el 1 de noviembre de 2018 y finaliza el 15 de diciembre de 2018. La fecha de vigencia de su cobertura durante 2019 dependerá del momento en que presente la solicitud y del pago de la cobertura.

- Si presentó la solicitud el 15 de diciembre de 2018 o antes, la fecha de entrada en vigencia de la cobertura es el 1 de enero de 2019.
- Las solicitudes realizadas después del 15 de diciembre de 2018 están sujetas a los requisitos y la verificación del Período Especial de Inscripción.

Si no se inscribe durante un período de inscripción abierta, es posible que pueda hacerlo durante un período especial de inscripción. Debe ser elegible para los procedimientos de inscripción especial establecidos por el Intercambio de Beneficios de Salud, y la razón de su elegibilidad debe ser verificada con información. En tal caso, el Intercambio de Beneficios de Salud determinará la fecha de vigencia de la cobertura. Sin limitar lo anterior, el Intercambio de Beneficios de Salud proporcionará períodos especiales de inscripción mensuales para indógenas de los EE. UU. o nativos de Alaska que sean elegibles.

La fecha de vigencia para la cobertura de nuevos dependientes se describe en la sección titulada “Agregar nuevos dependientes” más adelante.

¿Quién es elegible?

Para inscribirse y permanecer afiliado, debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad. Estos son establecidos por el Intercambio de Beneficios de Salud. Visite la página web del Intercambio de Beneficios de Salud en www.wahealthplanfinder.org para consultarlos. Para la cobertura de hijo único, el miembro debe ser menor de 21 años y el suscriptor debe ser un adulto responsable (padre o tutor legal) que presenta la solicitud en nombre del niño. En la sección "Período especial de inscripción", se establecen los requisitos de la elegibilidad de inscripción especial. Si perdió su elegibilidad, puede que no sea capaz de volver a inscribirse; consulte al Intercambio de Beneficios de Salud sobre la elegibilidad para una inscripción especial. Esto se explica en la sección titulada “¿Cuándo finaliza mi membresía de Molina? (Finalización de Servicios cubiertos)”.

Molina Healthcare of Washington no puede impedirle a usted o a sus dependientes elegibles que están inscritos en esta Política que soliciten tratamiento médico con un proveedor no participante. Sin embargo, si usted o sus dependientes elegibles que están inscritos en esta Política obtienen tratamiento médico con un proveedor no

participante, usted será 100 % responsable del pago, y los pagos no se aplicarán a su deducible o máximo anual de gastos de su propio bolsillo para cualquiera de estos servicios.

Para conocer las excepciones, consulte la sección del Contrato titulada "Servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente"; de conformidad con la sección del Contrato titulada "Servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente"; y para ver las excepciones descritas en la sección de este Contrato titulada "¿Qué pasa si no hay proveedores participantes que brinden un servicio cubierto?".

Dependientes: Los suscriptores que se afilien en esta Política durante el período de inscripción abierta, establecido por el Intercambio de Beneficios de Salud, también pueden solicitar afiliar a sus dependientes elegibles. Esto lo establece el Intercambio de Beneficios de Salud. Los dependientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad. Los siguientes familiares se consideran dependientes:

- Hijos del
- cónyuge: Los hijos del Suscriptor o los hijos de su cónyuge o de su pareja doméstica (incluidos hijos legalmente adoptados e hijastros). Cada hijo es elegible para solicitar la inscripción como persona dependiente hasta la edad de 26 años (la edad límite).
- Por lo general, los nietos del suscriptor no califican como dependientes del suscriptor, a menos que se los agregue como hijo recién nacido de un menor cubierto como dependiente, o de un miembro que posee la cobertura solo para niños, de conformidad con este Contrato. La cobertura para los hijos de un menor dependiente o de un miembro que tiene la cobertura solo para niños finalizará cuando dicho menor ya no sea elegible, de conformidad con este Contrato.
- Pareja doméstica: Si el Intercambio de Beneficios de Salud lo permite, una pareja doméstica del suscriptor puede inscribirse en este producto. La pareja doméstica debe cumplir con la elegibilidad y verificación de los requerimientos de pareja doméstica que establezcan el Intercambio de Beneficios de Salud.

Límite de edad para niños Discapacitados o incapacitados: Los hijos que llegan a los 26 años de edad son elegibles para continuar inscritos como Dependientes para cobertura si se aplican todas las siguientes condiciones:

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

Molina o el Intercambio de Beneficios de Salud enviarán al suscriptor un aviso antes de que el menor afiliado alcance el límite de edad. En ese momento, terminará la cobertura del menor dependiente. El suscriptor debe entregarle a Molina o al Intercambio de Beneficios de Salud una prueba de la incapacidad y dependencia del niño. Esto debe suceder dentro de los 31 días posteriores a que el niño alcance el límite de edad y no más de una vez al año después de los primeros 2 años consecutivos. Para continuar con la cobertura de un menor incapacitado que sobrepasa el límite de edad, es un procedimiento necesario.

El Suscriptor debe proporcionar la prueba de incapacidad y dependencia sin costo para Molina.

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

Agregar dependientes nuevos: Para inscribir a un dependiente que se vuelve elegible para su inscripción después de que usted se inscribe como suscriptor o miembro (en el caso de la cobertura solo para niños) (por ejemplo, un nuevo cónyuge, un niño recién nacido, un niño recientemente adoptado o un niño en cuidado tutelar), debe comunicarse con Molina o el Intercambio de Beneficios de Salud y presentar las solicitudes, los formularios y la información requeridas para el dependiente. Las solicitudes de inscripción de un nuevo dependiente deben presentarse ante el Intercambio de Beneficios de Salud dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que el

dependiente se convirtió en elegible para inscribirse en Molina. Se cobrará una prima adicional hasta un máximo de tres dependientes menores de 21 años. Todos los dependientes mayores de 21 años estarán sujetos a una prima adicional según lo determinado por el Intercambio de Beneficios de Salud al momento de la inscripción.

- **Cónyuge:** Puede agregar un cónyuge siempre y cuando lo solicite durante el período de inscripción abierta. También puede solicitar la inscripción por un período que no supere los 60 días posteriores a cualquiera de los eventos enumerados a continuación.
 - El cónyuge pierde la “cobertura esencial mínima” que tenga a través de lo siguiente:
 - Programas patrocinados por el gobierno.
 - Planes patrocinados por el empleador.
 - Planes de mercado individuales.
 - Cualquier otra cobertura designada como “cobertura esencial mínima” según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
 - La fecha de su matrimonio.
 - El cónyuge, que anteriormente no era ciudadano, persona nacionalizada o persona legalmente presente adquiere dicho estado.
- **Hijos menores de 26 años:** Puede agregar un dependiente menor de 26 años de edad, incluido un hijastro, siempre y cuando presente la solicitud durante el período de inscripción abierta o durante un período no mayor a 60 días después de cualquiera de los eventos que se enumeran a continuación:
 - El hijo pierde la “cobertura esencial mínima” por medio de programas patrocinados por el Gobierno, Planes patrocinados por el Empleador, planes individuales de mercado o cualquier otra cobertura de designada como “cobertura esencial mínima” en cumplimiento de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
 - El hijo se vuelve dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción temporal, adopción, pensión alimenticia u otra orden de la corte.
 - El hijo, quien anteriormente no era ciudadano, nativo o persona legalmente presente, adquiere dicho estado.
 - El hijo se muda dentro del área de servicio de forma permanente.
- **Recién nacido:** La cobertura para un hijo recién nacido comienza con el nacimiento. Sin embargo, si usted no se inscribe al niño recién nacido dentro de 60 días, el recién nacido sólo está cubierto por 31 días (incluida la fecha de nacimiento). Notifique a Molina dentro de los 60 días posteriores a cualquier nacimiento o adopción para la inscripción. Se cobrará una prima adicional hasta un máximo de tres dependientes menores de 21 años.
- **Niño adoptivo:** Un niño recién adoptado o un niño colocado bajo Su tutela o la tutela de Su Cónyuge está cubierto a partir de la primera de estas fechas:
 - La fecha de adopción o de asignación de tutela, o la fecha en que usted o su cónyuge asumen la obligación legal de apoyo total o parcial de forma anticipada a la adopción del niño, lo que ocurra primero.
Si no afilia al niño o hijo adoptivo bajo la tutela de su cónyuge o de usted dentro de los 60 días, el niño obtendrá cobertura por solo 31 días. Esto incluye la fecha de adopción o asignación de tutela, o la fecha en que se obtiene el derecho legal de controlar la atención médica del niño, lo que ocurra primero.
- **Nota:** ¿Cuándo es necesario notificar a Molina acerca de la cobertura para su hijo recién nacido o recién adoptado?

- Solo necesita notificar a Molina en un plazo de 60 días de cualquier nacimiento o adopción si se requiere el pago de una prima adicional para proporcionar cobertura para un hijo. Se cobrará una prima adicional hasta un máximo de tres dependientes menores de 21 años. Los dependientes de 21 a 26 años de edad no aparecen en el cálculo de tres dependientes.
- **Orden judicial para proporcionar cobertura a un niño:** Si un hijo se convierte en un dependiente suyo o de su cónyuge a través de una orden de manutención de menores u otra orden judicial, entonces el hijo será elegible para la cobertura conforme a este Acuerdo. Puede agregarse un dependiente a este Acuerdo durante el período de inscripción abierta o en un plazo de 60 días de la fecha de entrada en vigencia de la orden judicial. El niño será elegible para la cobertura en la fecha en la que la orden judicial entre en vigencia o según lo determine de otro modo el Mercado de Seguros Médicos, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.
- **Hijo adoptivo:** Si se coloca a un niño bajo su tutela temporal o la de su cónyuge, entonces el niño será elegible para la cobertura conforme a este Acuerdo. Puede agregarse un hijo adoptivo a este Acuerdo durante el período de inscripción abierta o en un plazo de 60 días de la colocación bajo su tutela temporal. La cobertura del niño entrará en vigencia en la fecha de colocación bajo tutela temporal o según lo determine de otro modo el Mercado de Seguros Médicos, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

Interrupción de los Servicios cubiertos para dependientes:

Los Servicios cubiertos para sus dependientes se interrumpirán:

- El último día del mes natural en el que el niño dependiente alcance los 26 años, a menos que sea discapacitado o cumpla los criterios especificados. Consulte la sección titulada “Límite de edad para niños; límite de edad para niños con discapacidad”.
- La fecha en que el cónyuge dependiente obtiene una sentencia final de divorcio, anulación o disolución del matrimonio con el suscriptor.
- El último día del mes en el cual el miembro ya no es elegible.

Período especial de inscripción

Un individuo calificado tiene 60 días para informar un evento calificado al Intercambio y se le puede otorgar un período especial de inscripción de 60 días como resultado de uno de los siguientes eventos:

- Un individuo o dependiente calificado pierde la cobertura esencial mínima.
- Pérdida de cobertura de dependientes debida a la muerte de un individuo calificado
- Pérdida de la cobertura esencial mínima debida a la reducción de horas de empleo
- Pérdida de la cobertura esencial mínima debida al fin de la relación de pareja doméstica
- Un individuo calificado pierde la cobertura patrocinada por el empleador por cualquier razón, excepto por una tergiversación de un hecho relevante o por fraude relacionado con la cobertura médica interrumpida.
- Un individuo calificado experimenta la pérdida de la elegibilidad para Medicaid o para un programa público que proporciona beneficios de salud.
- Un individuo calificado suma a un dependiente o se vuelve dependiente a través de matrimonio, pareja doméstica, nacimiento, adopción o colocación en adopción.
- Un individuo calificado pierde la cobertura como resultado de la disolución del matrimonio.
- Un individuo calificado experimenta un cambio permanente en su residencia, trabajo o situación de convivencia, por su propia voluntad o no, por lo cual el plan de salud con el que estaban cubiertos ya no proporciona cobertura en esa nueva área de servicio o resulta en una nueva elegibilidad para planes de salud calificados no disponibles previamente.
- Una situación en la cual el plan ya no ofrece beneficios a la clase de individuos situados de forma similar que incluye al individuo calificado.

- El Intercambio interrumpe la cobertura de un plan de salud calificado conforme al CFR 45, 155.430, y el período de gracia de tres meses para la continuación de la cobertura ha expirado.
- Agotamiento de la cobertura COBRA debido que el empleador no abonó las primas.
- La pérdida de la cobertura COBRA cuando el individuo calificado excedió el límite vitalicio en el plan y no hay disponible otra cobertura COBRA.
- Un individuo calificado interrumpe la cobertura de un plan de salud ofrecido conforme a la Ley de Acceso a la Cobertura de Seguro Médico del Estado de Washington.
- Un individuo calificado pierde la cobertura como un dependiente en un plan grupal debido a la edad.
- Un indígena, según se define en la sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica para Indígenas, puede inscribirse en un plan de salud calificado o cambiar de un plan de salud calificado a otro, una vez al mes, sin un evento desencadenante para una inscripción especial adicional.
- Un individuo calificado perdió la cobertura previa debido a errores producidos por el personal del Intercambio de Seguros de Salud o por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
- Un individuo, que anteriormente no era ciudadano, persona nacionalizada o persona legalmente presente, adquiere dicho estado.
- Un afiliado demuestra ante el Intercambio de Seguros Médicos que el plan de salud calificado en el cual él o ella está inscrito violó la disposición material de su contrato en relación con el afiliado.
- Se determinó recientemente a un individuo como elegible o inelegible para pagos por anticipado del crédito fiscal anticipado para la prima o se presenta un cambio en la elegibilidad para las reducciones de los costos compartidos, o el dependiente del individuo se convierte en elegible.
- Se determinó recientemente que el individuo o su dependiente, que está actualmente inscrito en una cobertura patrocinada por el empleador, es elegible para el crédito fiscal anticipado para la prima.

Si el afiliado elegible para el período especial de inscripción tuvo una cobertura previa, se le ofrecerán paquetes de beneficios disponibles para los individuos que se inscribieron durante el período de inscripción abierta dentro de la misma categoría de metal o dentro del mismo nivel en el que el afiliado estaba inscrito anteriormente. Cualquier diferencia en los beneficios o en los requisitos de costos compartidos para individuos diferentes constituye un paquete de beneficios diferentes. Un afiliado elegible no tendrá que pagar más por una cobertura que un individuo situado de forma similar que se inscribe durante una inscripción abierta. Un afiliado que se inscribió en un plan catastrófico según lo define el RCW 48.43.005(8) puede limitarse a los planes disponibles durante una inscripción abierta en el nivel bronce o plata. Un afiliado cuya elegibilidad se basa en su estado como dependiente puede limitarse a las mismas categorías de metal para en plan en el que el suscriptor primario está inscrito.

El Intercambio de Seguros de Salud puede solicitar una evidencia o documentación razonable de que un individuo que está buscando una inscripción especial ha experimentado un evento calificado. Esta sección no debe interpretarse para limitar los derechos del Intercambio de Seguros Médicos para inscribir de forma automática a individuos calificados en virtud de una buena causa o de circunstancias excepcionales según lo defina el Intercambio o según lo solicite el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Para los individuos calificados que se inscriben entre el primer y el vigésimo tercer día del mes, la fecha de vigencia de cobertura será el primer día del mes siguiente. Para los individuos calificados que se inscriben entre el vigésimo cuarto y el último día del mes, la fecha de vigencia de cobertura será el primer día del segundo mes siguiente. En el caso de nacimiento, adopción o colocación para adopción, la cobertura es efectiva a partir de la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción, pero los pagos por anticipado del crédito fiscal anticipado para la prima y de las reducciones de costo compartido, según corresponda, no son efectivos hasta el primer día del mes siguiente, salvo que el nacimiento, la adopción o la asignación de tutela sucedan el primer día del mes. En el caso de matrimonio o el comienzo de una pareja doméstica, o en el caso en que el individuo calificado pierde la cobertura esencial mínima, la fecha de vigencia es el primer día del siguiente mes. Los indígenas de los EE. UU. o los nativos de Alaska elegibles para los servicios a través del proveedor de atención médica indígena pueden inscribirse en un plan de salud calificado o cambiar de un plan de salud calificado a otro, una vez por mes. Comuníquese con el Intercambio de Seguros Médicos para obtener información adicional.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO

¿Cómo sé si soy miembro de Molina Healthcare?

Usted obtiene una tarjeta de identificación del miembro (tarjeta de identificación) de Molina. Recibirá su tarjeta de identificación por correo dentro de los 10 días laborales posteriores a su primer pago. Su tarjeta de identificación contiene el nombre y número telefónico de su médico de atención primaria. Lleve su tarjeta de identificación en todo momento. Deberá mostrarla cada vez que reciba servicios de atención médica. En caso de extraviar su tarjeta de identificación, llame al número de teléfono gratuito de Molina, 1 (888) 858-3492. Con gusto le enviaremos una nueva tarjeta de identificación.

Si tiene preguntas acerca de cómo se pueden obtener servicios de atención médica, puede llamar al número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente de Molina al 1 (888)858-3492.

Ejemplo de tarjeta de identificación

Frente de la tarjeta

Molina Marketplace ID #: 000001234 Member: JOHN DOE			
DOB: 07/04/1978		Plan: Molina Sample Plan	
Subscriber Name: MARY DOE		Plan Year: 2019	
Subscriber ID: 012345678			
Provider: DR. JOE MILLER			
Provider Phone: (305) 555-5555			
Provider Group: SUNSHINE MEDICAL GROUP			
Medical Cost Share		Prescription Drugs	
Primary Care: \$10		Tier-1: \$10	
Specialist Visits: \$50		Tier-2: \$20	
Urgent Care: \$20		Tier-3: 20%	
ER Visit: 20% after ded		Tier-4: 20%	
Cost Shares are a summary only. Visit MyMolina.com for plan details.			
Molina Healthcare of Washington, Inc. Rx Bin: 004336 Rx PCN: ADV Rx Group: RX0646			

Dorso de la tarjeta

This card is for identification purposes only and does not prove eligibility for service.

Member: Emergencies (24 hrs): when a medical emergency might lead to disability or death, call 911 immediately or get to the nearest emergency room. No prior authorization is required for emergency care.

Miembro: Emergencias (24 horas al día): si una emergencia médica puede resultar en muerte o discapacidad, llame al 911 inmediatamente o acuda a la sala de emergencias más cercana. No necesita autorización previa para los servicios de emergencia.

Remit claims to: Molina Healthcare, P.O. Box 22612, Long Beach, CA 90801

Member Services: (888) 858-3492 (TTY/TTD: 711)

24 Hour Nurse Advice Line: (888) 275-8750

Línea de Consejos de Enfermeras 24 horas al día (español): (866) 648-3537

CVS Caremark Pharmacy Help Desk: (800) 364-6331

Provider: Notify the health plan within 24 hours of any inpatient admission at the hospital admission notification.

Prior Authorization/Notification of Hospital Admission and Covered Services: (855) 322-4082

MolinaMarketplace.com

¿Qué es lo primero que debo hacer?

Revise su tarjeta de identificación del miembro de Molina Healthcare. Verifique que su nombre y fecha de nacimiento estén correctos. En la tarjeta de identificación, se indica el nombre de su médico. Esta persona es su PCP. Este es su médico principal. Su tarjeta de identificación también contiene la siguiente información:

- Su nombre (Miembro).
- Su número de identificación de miembro (N.º de ID).
- Su fecha de nacimiento (DOB).
- El nombre de su PCP (proveedor).
- El número telefónico del consultorio de su PCP (teléfono del proveedor).
- El nombre del grupo médico al que está asociado su PCP (Grupo de proveedor).
- El número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día, 1 (888) 275-8750, de Molina Healthcare.
- El número de teléfono gratuito de la Línea de asesoramiento de enfermería para miembros que hablan español.
- El número de teléfono gratuito para preguntas relacionadas con recetas médicas (Mesa de ayuda de farmacia de CVS Caremark): 1 (800) 364-6331
- El número de teléfono gratuito para que las salas de emergencia notifiquen a Molina Healthcare acerca de la admisión de nuestros miembros (24 horas). Cuando una emergencia médica pueda provocar una discapacidad o la muerte, llame de inmediato al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. No se

- necesita autorización previa para la atención de emergencia.
- Si tiene preguntas acerca de cómo se pueden obtener servicios de atención médica, puede llamar al número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare, 1 (888) 858-3492.

Su tarjeta de identificación es utilizada por proveedores de atención médica como su médico de atención primaria, farmacéutico, hospital y otros proveedores de atención médica para determinar si usted es elegible para recibir servicios a través de Molina Healthcare. Cuando haga uso de los servicios, probablemente le solicitarán que presente su tarjeta de identificación antes de proporcionárselos.

SU PRIVACIDAD

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

Su información médica protegida

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

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

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

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

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

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

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

¿Cómo protege Molina Healthcare su PHI?

Molina Healthcare hace uso de varias maneras para proteger la PHI en nuestro plan de salud. Esto incluye PHI en forma escrita, oral o virtual. A continuación, figuran algunas maneras en las que Molina Healthcare protege la PHI:

- Molina Healthcare tiene políticas y reglas para proteger su PHI.
- Molina Healthcare limita las personas que pueden ver la PHI. Solo el personal de Molina Healthcare con una necesidad de conocer la PHI puede usarla.
- El personal de Molina Healthcare está capacitado sobre cómo proteger y resguardar la PHI.
- El personal de Molina Healthcare debe aceptar por escrito cumplir con las reglas y políticas que protegen y

resguardan la PHI.

- Molina Healthcare resguarda la PHI en nuestras computadoras. Se mantiene la privacidad de la PHI almacenada en nuestras computadoras a través del uso de cortafuegos y contraseñas.

Lo que antecede es meramente un resumen. Nuestra notificación de las normas de privacidad tiene más información sobre cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestra notificación de las normas de privacidad se encuentra en la siguiente sección de esta Política y en nuestro sitio web en [Error! Hyperlink reference not valid.](#) También puede obtener una copia de nuestra notificación de las normas de privacidad llamando a nuestro Centro de Apoyo al Cliente al 1 (888) 858-3492.

NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

MOLINA HEALTHCARE OF WASHINGTON, INC.

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALA ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of Washington, Inc. (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**Nosotros**”, “**Nos**” o “**Nuestro**”) utiliza y comparte información médica protegida sobre usted para proporcionarle beneficios médicos. Utilizamos y compartimos su información para efectuar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su información por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos la obligación de mantener la confidencialidad de su información médica y respetar las disposiciones de esta notificación. La fecha de entrada en vigencia de esta notificación es el 1.º de enero de 2014.

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

¿Por qué Molina Healthcare utiliza o comparte su PHI?

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

Para tratamiento

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

Para el pago

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

Para operaciones de atención médica

Molina Healthcare puede utilizar o compartir su PHI para procurar los servicios de nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamo para hacerle saber acerca de un programa de salud que podría ayudarle. Asimismo, podemos utilizar o compartir su PHI para resolver las preocupaciones de los miembros. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen las reclamaciones correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias, como, por ejemplo:

- mejoramiento de calidad;
- medidas en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como el asma);
- realización o facilitación de revisiones médicas;
- servicios legales, incluido el fraude o la detección de abuso y programas de enjuiciamiento;
- acciones que nos permiten cumplir con la ley;
- respuesta a las necesidades de los miembros, incluida la resolución de quejas y querellas.

Compartiremos su PHI con otras compañías ("**socios comerciales**") que realicen diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. También podemos utilizar su PHI para brindarle recordatorios de sus citas.

Podemos utilizar su PHI para proporcionarle información sobre tratamientos adicionales u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

¿Cuándo puede Molina Healthcare utilizar o compartir su PHI sin obtener su autorización por escrito?

La ley le permite o exige a Molina Healthcare utilizar y compartir su PHI con varios otros propósitos, como los siguientes:

Exigido por la ley

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

Salud pública

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

Supervisión de la atención médica

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

Investigación

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

Cumplimiento de la ley

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

Salud y seguridad

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

Funciones gubernamentales

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

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica

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

Indemnización al trabajador

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

Otros tipos de divulgación

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

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

Molina Healthcare necesita su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI para un propósito distinto a aquellos enumerados en este aviso. Molina necesita su autorización antes de divulgar su PHI para lo siguiente:

(1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones con fines comerciales; y (3) usos y divulgaciones que implican la venta de la PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya otorgado. Su cancelación no se aplicará a las acciones que realizamos como resultado de la aprobación que nos otorgó previamente.

¿Cuáles son sus derechos respecto a la información de salud?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar la restricción de uso o divulgación de la PHI (divulgación de su PHI)**
Puede pedirnos que no divulguemos su PHI para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Asimismo, puede solicitar que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas que usted nombre y que estén involucrados en su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina Healthcare para presentar la solicitud.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales de PHI**
Puede pedirle a Molina Healthcare que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener la privacidad de su PHI. Procuraremos dar lugar a las solicitudes razonables si nos informa cómo podría poner en riesgo su vida la divulgación de toda su PHI o una parte de ella. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina Healthcare para presentar la solicitud.
- **Revisar y obtener una copia de su PHI**
Tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esto puede incluir los registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, reclamos u otras decisiones como miembro de Molina Healthcare. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina Healthcare para presentar la solicitud. Podemos cobrarle un cargo razonable por la copia y el envío de estos registros. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud.
- **Enmendar su PHI**
Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto solo incluye aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Tiene que presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina Healthcare para presentar la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo en caso de que deneguemos la solicitud.
- **Recibir un informe de la divulgación de su PHI (divulgación de su PHI)**
Puede pedirnos que le entreguemos una lista de las personas u organismos con quienes hemos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida según lo siguiente:
 - la información destinada a tratamientos, pagos o funciones de atención médica;
 - la destinada a personas respecto de su propia PHI;
 - la información que se comparte con su autorización;
 - la relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable;
 - como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

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

Puede quejarse ante Molina Healthcare y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que se violaron sus derechos de privacidad. No tomaremos ninguna medida en

su contra por presentar una queja. Su cuidado de la salud y los beneficios no cambiarán de ninguna manera.

Puede presentar su reclamo en:

Centro de Apoyo al Cliente
P.O. Box 4004
Bothell, WA 98041
1 (888) 858-3492

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

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue – M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831

TDD: 1 (800) 537-7697
FAX 1 (206) 615-2297

¿Cuáles son las obligaciones de Molina Healthcare?

Molina Healthcare tiene la obligación de:

- Mantener su PHI en forma privada.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso sobre nuestras obligaciones y normas de privacidad en relación con su PHI.
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su PHI no protegida.
- No utilizar ni divulgar su información genética con fines de contratación de seguro.
- Cumplir con las condiciones de esta notificación.

Esta Notificación está sujeta a modificaciones.

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

Información de contacto:

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

Centro de Apoyo al Cliente
P.O. Box 4004
Bothell, WA 98041
1 (888) 858-3492

ACCESO A LA ATENCIÓN

¿Cómo puedo obtener servicios médicos a través de Molina?

(Elección de médicos y proveedores participantes; centros)

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

El Directorio de proveedores participantes de Molina incluye una lista de los proveedores de atención primaria y hospitales a su disposición como miembro de Molina. También puede visitar el sitio web de Molina en MolinaMarketplace.com para consultar en línea nuestra Lista de proveedores participantes. Puede llamar a nuestro Centro de Apoyo al Cliente para solicitar una copia impresa.

A excepción de los servicios de emergencia o en caso de disposición contraria en este documento, debe recibir los servicios cubiertos de parte de proveedores participantes; de lo contrario, los servicios no estarán cubiertos, usted será 100 % responsable del pago a los proveedores no participantes, y los pagos no aplicarán para su deducible o el máximo anual de gastos de su bolsillo.

En general, la primera persona a la que debe llamar es a su PCP para obtener cualquier clase de atención médica. Sin embargo, puede visitar a otro proveedor participante de su PCP. En este caso, no se necesita la remisión.

Si necesita un hospital o servicios similares, Usted debe acudir a un Centro de Atención Médica que sea un Proveedor Participante. Para obtener más información sobre los centros que integran Molina o sobre su ubicación, llame al número de teléfono gratuito de Molina, al 1 (888) 858-3492. Usted puede obtener servicios de emergencia en cualquier sala de emergencias.

Proveedores fuera de la red

En general, debe recibir los servicios cubiertos por parte de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no estarán cubiertos. Será 100 % responsable del pago y los pagos no aplicarán para su deducible o el máximo de gastos de su propio bolsillo anual. Sin embargo, puede recibir servicios de un proveedor de servicios de emergencia no participante de acuerdo con la sección de este Contrato titulada “Servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente”. Consulte la sección de este Contrato titulada “¿Qué pasa si no hay proveedores participantes que brinden un servicio cubierto?” para conocer excepciones adicionales.

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

ACUDA PRIMERO A SU PCP. SIN EMBARGO, NO NECESITA OBTENER REMISIONES PARA PODER CONSULTAR A ESPECIALISTAS U OTROS PROVEEDORES MÉDICOS.	
TIPO DE AYUDA QUE NECESITA:	A DÓNDE IR. A QUIÉN LLAMAR.
Servicios de emergencia	Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Incluso cuando se encuentre fuera de la red o del área de servicio de Molina, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana para recibir servicios de emergencia.
Servicios de atención de urgencia	Llame a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día de Molina, gratuitamente al 1 (888) 275-8750 o, para hablar en español al 1 (866) 648-3537. La atención médica urgente está cubierta solo cuando obtiene los servicios de un proveedor participante. Si está fuera del área de servicio y necesita servicios de atención médica urgente, acuda a la sala de emergencias más cercana.
Un examen físico, consulta preventiva o inmunizaciones	Consulte a su proveedor de atención primaria.
Tratamiento por enfermedad o lesión que no sean de emergencia	Consulte a su proveedor de atención primaria.
Servicios de planificación familiar , como los siguientes: • Pruebas de embarazo • Anticonceptivos • Esterilización	Acuda al proveedor participante de su elección. No necesita una autorización previa para obtener estos servicios.
Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS)	Acuda al proveedor participante de su elección. No necesita una autorización previa para obtener estos servicios.
Para consultar a un obstetra/ginecólogo (médico de mujeres)	Las mujeres pueden consultar a un proveedor participante obstetra ginecólogo sin remisión ni autorización previa. Consulte a su médico o llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare, si no conoce a un obstetra ginecólogo.
Para la evaluación de salud mental y abuso de sustancias	Consulte a un proveedor participante de salud mental o de abuso de sustancias. No necesita remisión ni autorización previa para obtener una

	evaluación de salud mental o por abuso de sustancias.
Para la terapia de salud mental y abuso de sustancias	Consulte a un proveedor participante de salud mental/conductual o de abuso de sustancias. No necesita una remisión. No necesita una autorización previa para consultas al consultorio ambulatorias.
Para consultar a un especialista (p. ej., oncólogo o cardiólogo)	Diríjase a un especialista que sea un proveedor participante. No se necesita una remisión de su PCP. Si necesita servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente, obtenga ayuda según lo indicado en las secciones anteriores “Atención de emergencia” o “Servicios de atención médica urgente”.
Cirugías	Diríjase primero a su proveedor de atención primaria, o a cualquier proveedor participante de su elección. Si necesita servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente, obtenga ayuda según lo indicado en las secciones anteriores “Atención de emergencia” o “Servicios de atención médica urgente”.
Obtención de una segunda opinión	Consulte el Directorio de proveedores de Molina en nuestra página web en MolinaMarketplace.com/ para buscar un proveedor participante que le brinde una segunda opinión.
Para acudir al hospital	Si necesita servicios de emergencia o servicios de atención médica urgente, obtenga ayuda según lo indicado en las secciones anteriores “Atención de emergencia” o “Servicios de atención médica urgente”. Para servicios que no son de emergencia, visite a su PCP y diríjase a cualquier centro u hospital que sean proveedores participantes.
Atención médica después de las horas de consulta	Puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de Molina. - Número gratuito: 1 (888) 275-8750 - Español: 1 (866) 648-3537

Derecho del miembro a obtener servicios de atención médica fuera de la Política

Molina no le impide que firme un contrato libremente y en cualquier momento para obtener servicios de atención médica fuera de la Póliza de atención médica en los términos y condiciones que elija. Sin embargo, usted será 100 % responsable del pago, y los pagos no se aplicarán a su deducible o al máximo anual de gastos de su bolsillo para cualquiera de estos servicios.

Para conocer las excepciones, consulte la sección del Contrato titulada "Servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente"; de conformidad con la sección del Contrato titulada "Servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente"; y para ver las excepciones descritas en la sección de este Contrato titulada "¿Qué pasa si no hay proveedores participantes que brinden un servicio cubierto?".

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

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

Tal vez, piensa que no es necesario acudir a su proveedor de atención primaria si no está enfermo. Pero eso no es cierto.

Llegue a conocer a su PCP incluso cuando se siente bien. Realice los chequeos médicos anuales para mantenerse saludable. Acuda a su PCP para realizarse un chequeo médico, someterse a pruebas o conocer los resultados de pruebas, vacunarse y si está enfermo. Acudir a su PCP para realizarse chequeos médicos permite descubrir problemas en una etapa temprana. Si necesita un cuidado especializado, su PCP lo ayudará a obtenerlo. Su PCP trabajará con usted para mantenerlo saludable.

Llámenos si quiere conocer más sobre su PCP u otros médicos de Molina. El número de teléfono del Centro de Apoyo al Cliente de Molina 1 (888) 858-3492 es gratuito.

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

La red de Molina Marketplace proporciona servicios de proveedores participantes de acuerdo con esta Política. Para que su atención médica esté cubierta por esta Política, debe recibir los servicios de atención médica a través de proveedores participantes de Molina Healthcare (médicos, hospitales, especialistas, otros proveedores médicos o clínicas médicas), excepto en el caso de servicios de emergencia. Consulte la sección titulada "Servicios de emergencia y de atención médica urgente" para obtener más información acerca de la cobertura de servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente de proveedores participantes. Si los servicios cubiertos médicamente necesarios no están disponibles de forma razonable a través de un proveedor participante, puede solicitar una autorización previa para permitir una remisión a un proveedor no participante para la afección médica solicitada específicamente. En cuanto a la revisión de necesidad médica, las autorizaciones aprobadas se tratarán como un servicio cubierto de proveedor participante y usted será responsable de los costos compartidos dentro de la red asociados con el servicio. Consulte en el Programa de beneficios acerca del costo compartido específico. Haremos un reembolso al proveedor no participante a una tarifa negociada por dichos servicios.

Nuestro Directorio de proveedores lo ayudará a empezar a tomar decisiones sobre su atención médica. Encontrará una lista de médicos y hospitales que estén disponibles conforme al plan de salud de Molina. También encontrará algunos consejos útiles para saber cómo utilizar los servicios y beneficios de Molina. Visite la página web de Molina en MolinaMarketplace.com para ver nuestra lista en línea de proveedores participantes o llame sin cargo a Molina Healthcare al 1 (888) 858-3492 para recibir una copia impresa.

Puede encontrar lo siguiente en el directorio de proveedores de Molina:

- Nombres
- Direcciones
- Números telefónicos
- Idiomas
- Disponibilidad de las sedes de servicios
- Cualificaciones profesionales (p. ej.: certificación del Consejo Médico)
- También puede averiguar si un Proveedor Participante acepta nuevos pacientes. Esto incluye médicos, hospitales, especialistas o clínicas.

Nota: Algunos hospitales y proveedores participantes no podrán proporcionarle ciertos servicios que pueden estar cubiertos por esta Política que usted o sus familiares podrían necesitar. Puede incluir planificación familiar, todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos para mujeres aprobados por la FDA, incluidos anticonceptivos de emergencia, esterilización (que incluye ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y en el parto) o servicios de interrupción de embarazo. Debe obtener más información antes de inscribirse. Llame a su médico, grupo médico o clínica, o bien llame al Centro de Apoyo al Cliente al número de teléfono gratuito 1 (888) 858-3492 para asegurarse de que puede obtener los servicios de atención médica que necesita.

¿Cómo elijo un proveedor de atención primaria (PCP)?

Es fácil elegir un proveedor de atención primaria (PCP). Simplemente use nuestro directorio de proveedores para seleccionarlo de una lista de médicos. Podrá elegir a un médico que atenderá a toda su familia. O bien puede elegir un médico para Usted y otro para Sus familiares. Si padece una enfermedad crónica, incapacitante o que pone en peligro la vida, puede solicitar Molina Healthcare para que le permita consultar a un Especialista de atención no primaria como Su PCP. Comuníquese con Nuestro Centro de Apoyo al Cliente sin cargo al 1 (888) 858-3492 para obtener el formulario para presentar a Molina Healthcare. Molina Healthcare aprobará o denegará su solicitud dentro de los siguientes 30 días después de haber recibido la solicitud por escrito. Si la solicitud es denegada, usted puede apelar la denegación por medio de queja de Molina Healthcare y el proceso de apelación.

Su PCP lo conoce bien y se encarga de todas sus necesidades médicas. Elija a su PCP lo antes posible. Es importante que elija un médico de cabecera con el que se sienta cómodo. Si usted es mujer, usted tiene la posibilidad, pero no la obligación, de elegir a un tocoginecólogo (médico de la mujer) para que sea su PCP, y usted puede elegir un pediatra para que sea el PCP de sus hijos.

Llame y programe su primera consulta para conocer a su PCP. Si necesita ayuda para hacer una cita, llame a Molina al número de teléfono gratuito al 1 (888) 858-3492. Molina también puede ayudarlo a encontrar un PCP. Díganos qué considera importante para elegir un PCP. Será un placer ayudarlo. Llame al Centro de Apoyo al Cliente si desea obtener más información sobre su médico de Molina.

¿Qué sucede si no elijo un médico de atención primaria (PCP)?

Molina le pide que seleccione un PCP dentro de los 30 días posteriores a su suscripción en Molina. Sin embargo, si no elige un PCP, elegiremos uno por usted.

Cómo cambiar de médico

¿Qué pasa si quiero cambiar de médico de atención primaria (PCP)?

Puede cambiar su PCP en cualquier momento. El cambio se hará efectivo en un período no superior al comienzo del mes posterior a la solicitud para dicho cambio. Primero consulte a su médico. Familiarícese con su PCP antes de cambiarlo. Mantener una buena relación con su Proveedor de Atención Primaria es importante para Su atención médica. Llame al Centro de Apoyo al Cliente si desea obtener más información sobre su médico de Molina.

¿Puede mi proveedor de atención primaria (PCP) solicitar que me atienda otro PCP?

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

- No está siguiendo las instrucciones médicas (conducta de incumplimiento).
- Se comporta de forma ofensiva, amenazante o violenta.
- Ruptura de la relación médico-paciente.

¿Cómo cambio mi médico de atención primaria (PCP)?

Llame sin cargo a Molina Healthcare al 1 (888) 858-3492. Atendemos de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:30 p.m., hora del Pacífico. También puede consultar la página web de Molina en MolinaMarketplace.com para consultar en línea nuestra lista de médicos. Permítanos que lo ayudemos a hacer el cambio. Habrá ocasiones en que no pueda obtener el PCP que quiere. Los motivos posibles son los siguientes:

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

¿Qué sucede si mi médico u hospital no tienen contrato con Molina?

Si su médico (PCP o especialista) o un hospital ya no están afiliados a Molina Healthcare, le enviaremos una carta para informárselo. En la carta, le informaremos cómo lo afectará ese cambio. Si su PCP ya no es con Molina Healthcare, usted puede elegir a un médico diferente. El personal de nuestro Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare puede ayudarlo a elegir.

Si lo asignaron a un médico de atención primaria o a un hospital que estén cancelando su contrato con Molina Healthcare, Molina Healthcare le enviará un aviso por escrito que indique la finalización del contrato entre Molina Healthcare y su médico de atención primaria u hospital de atención aguda.

Continuación de la atención

Si usted está recibiendo tratamiento activo para servicios cubiertos de un proveedor participante cuya participación con Molina finaliza sin causa, puede tener derecho a continuar recibiendo servicios cubiertos de ese proveedor hasta que el tratamiento esté completo o durante 90 días, lo que ocurra primero, a los costos compartidos dentro de la red.

Un “Curso Activo de Tratamiento” es:

- 1) un curso continuo de tratamiento para una afección que pone en peligro la vida;
- 2) un curso continuo de tratamiento para una afección aguda grave;
- 3) el segundo o tercer trimestre del embarazo;
- 4) Un curso continuo de tratamiento para una afección para la cual un médico tratante o un proveedor de atención médica certifica que la interrupción del tratamiento por parte del médico o del proveedor de atención médica empeoraría la afección o interferiría con los resultados anticipados.

Una “afección que pone en peligro la vida” es

- una enfermedad o afección en la cual la posibilidad de muerte es probable a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o la afección;

Una “afección aguda grave” es lo siguiente:

- una enfermedad o afección que requiere atención continua compleja que el individuo cubierto recibe actualmente, tales como la quimioterapia, las visitas posquirúrgicas o la radioterapia.

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

- al momento de la transición de atención médica exitosa a un proveedor participante;
- al completar el curso de tratamiento antes del día 90 de continuidad de tratamiento;
- después del 89.º día de continuidad de tratamiento;
- si usted excede los límites de beneficios de su plan;
- si la atención no es médicamente necesaria;
- si la atención está excluida de su cobertura;
- si deja de ser elegible para la cobertura.

Prestaremos Servicios cubiertos al costo compartido dentro de la red para la condición médica solicitada específicamente. A menos que la ley exija lo contrario, Molina reembolsará al proveedor hasta el monto contratado anteriormente por dicho servicio. Excepto cuando estos servicios de continuidad de tratamiento sean prestados por un PCP cuyo contrato con Molina finalice, es posible que usted sea responsable frente al proveedor por cualquier suma facturada que exceda la cantidad pagada por Molina en virtud de esta sección. Eso se sumaría a los montos de los costos compartidos dentro de la red que usted adeude de acuerdo con esta política. Además, no se aplicará ningún pago por sumas que excedan la cantidad contratada anteriormente a su deducible o al máximo anual de gastos de su bolsillo.

No proporcionaremos cobertura para los servicios que no estén cubiertos de otro modo por esta EOC.

Transición de Cuidados

Si es nuevo en Molina, es posible que le permitamos seguir recibiendo los servicios cubiertos para un curso de tratamiento continuo con un proveedor no participante hasta que coordinemos la transición de la atención a un proveedor participante, bajo las siguientes condiciones:

1. Molina ampliará la cobertura solamente para los Servicios cubiertos a proveedores no participantes, cuando se determine que es médicamente necesario, a través de nuestro proceso de revisión de autorización previa. Puede contactarse con Molina para iniciar la revisión de la autorización previa.
2. Molina brinda los servicios cubiertos el día de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Molina o después, pero no antes. Es posible que una aseguradora anterior (si no hubo una interrupción de la cobertura antes de inscribirse en Molina) sea responsable de la cobertura hasta que entre en vigencia su cobertura con Molina.
3. Después de su fecha de entrada en vigencia con Molina, podremos coordinar la prestación de los servicios cubiertos con cualquier proveedor no participante (médico u hospital) en su nombre para la transición de su historia clínica, administración de casos y coordinación de la transferencia a un proveedor participante de Molina.
4. Para servicios con internación: Con su asistencia, Molina puede contactarse con cualquier aseguradora previa (si corresponde) para determinar la responsabilidad de su propia aseguradora previa respecto del pago de los servicios hospitalarios con internación a través del alta de cualquier admisión de internación. Si

no hay una transición de la prestación de la atención a través de su aseguradora previa o si usted no tenía cobertura con una aseguradora al momento de la admisión, Molina asumiría la responsabilidad de los servicios cubiertos tras la fecha de entrada en vigencia de su cobertura con Molina, pero no antes.

¿Qué pasa si no hay proveedores participantes que brinden un servicio cubierto?

Si no hay proveedores participantes que puedan brindar un Servicio cubierto de no emergencia, nosotros proporcionaremos dicho servicio a través de un proveedor no participante de igual manera, y a un costo no mayor que el costo del mismo Servicio cubierto cuando lo prestan los proveedores participantes, siempre y cuando usted obtenga la autorización previa antes del inicio del servicio. Además, en el caso de que Molina se vuelva insolvente, o que de otra manera finalice operaciones, los proveedores participantes continuarán brindando los servicios cubiertos bajo ciertas circunstancias.

Llámenos al número de teléfono gratuito, 1 (888) 858-3492, entre las 7:30 a.m. y las 6:30 p.m., de lunes a viernes, hora del Pacífico. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede comunicarse con Nosotros a través de nuestra línea TTY dedicada. El número de teléfono gratuito es 1 (800) 735-2989.

Línea de Consejos de Enfermeras disponible las 24 horas

Si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud o la de su familia, llame a nuestra Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día al 1 (888) 275-8750. Para español, llame al 1 (866) 648-3537. Si es sordo o tiene problemas de audición, puede acceder a la Línea de Consejos de Enfermeras con el Servicio de telecomunicaciones marcando el 711. El personal de la Línea de Consejos de Enfermeras está compuesto de enfermeras. Funciona las 24 horas del día, los 365 días del año.

El consultorio de su médico debe proporcionarle una cita para las consultas enumeradas en este período de tiempo:

Tipo de citas para PCP	Cuándo debe obtener la cita
Atención de emergencia	Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana
Cuidado urgente	Dentro de las 48 horas posteriores a la solicitud de cita
Atención médica preventiva (No urgente)	Dentro de los 30 días naturales posteriores a la solicitud
Citas de atención de rutina o que no son de atención médica urgente	Dentro de los 10 días naturales posteriores a la solicitud
Atención médica después de las horas de consulta	Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana
Tiempo de espera en el consultorio	No debe exceder los 30 minutos

Servicios de telesalud y de telemedicina

Puede obtener los servicios cubiertos de proveedores participantes a través del uso de servicios de telesalud y telemedicina. No todos los proveedores participantes ofrecen estos servicios. Para obtener más información, consulte los servicios de telesalud y telemedicina en la sección de definiciones. Las siguientes disposiciones adicionales se aplican al uso de servicios de telesalud y telemedicina:

- Los servicios son un método para acceder a los Servicios cubiertos y no constituyen un beneficio aparte.
- Los servicios no están permitidos cuando el miembro y el proveedor participante se encuentran en el mismo lugar físico.
- Los servicios no incluyen fax, mensajes de texto o correo electrónico únicamente.
- Los costos compartidos del miembro están asociados al Programa de beneficios, según la designación del proveedor participante de los Servicios cubiertos. (Ej., proveedor de atención primaria, especialista u otro médico).
- Los servicios cubiertos provistos a través de la tecnología de "almacenamiento y reenvío" deben incluir una consulta en persona para determinar el diagnóstico y el tratamiento.

Autorización previa

¿Qué es una autorización previa?

Una **autorización previa** es una aprobación de Molina que confirma que se determinó que un servicio de atención médica solicitado, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico duradero es médicamente necesario y está cubierto conforme a lo dispuesto en su plan. Los directores médicos de Molina trabajan en colaboración con los proveedores participantes para garantizar que se brinde atención clínicamente adecuada o clínicamente significativa a nuestros miembros, en términos de tipo, frecuencia, evento o centro de atención del servicio, de acuerdo con las pautas de la práctica aplicable generalmente aceptadas. Primero, deciden sobre la base de necesidad médica antes de que se le brinde el servicio o la atención médica, ya que deseamos asegurarnos de que el cuidado sea el correcto para su afección específica. En un plazo de treinta días posteriores a la recepción de una solicitud, Molina cumplirá sus criterios de necesidad médica para beneficios médicos/quirúrgicos y beneficios de salud mental/trastorno de abuso de sustancias, o para otras categorías de beneficios de salud fundamentales a un afiliado o proveedor cuando se solicite.

Usted no necesita autorización previa para los siguientes servicios:

- Plan de diagnóstico o tratamiento para el trastorno del espectro autista*
- Diálisis (solo notificación. No se necesita la autorización previa. Notifique a Molina antes de que se presten los servicios, llamando al 1 [888] 858-3492).
- Servicios de atención de emergencia o de urgencia de proveedores participantes
- Servicios de planificación familiar
- Cuidados paliativos (solo notificación; no se necesita la autorización previa; notifique a Molina antes que se presten los servicios llamando al 1 [888] 858-3492)
- Asesoramiento y pruebas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios que incluyen lo siguiente:
 - Tratamiento de salud conductual para TGD/autismo (análisis de conducta aplicada)
 - Tratamiento de día
 - Tratamiento de salud brindado por el hospital estatal si el afiliado o dependiente cubierto está internado de forma involuntaria
 - Evaluación y tratamiento de salud mental individual y en grupo para pacientes ambulatorios
 - Evaluación médica de trastornos mentales
 - Servicios de psicoterapia ambulatoria y Programas intensivos para pacientes ambulatorios (IOP, por sus siglas en inglés)
- Procedimientos realizados en el consultorio
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - Terapia ocupacional
 - Fisioterapia
 - Terapia del habla
- Tenga en cuenta que, aunque la terapia ocupacional, la fisioterapia y la terapia del habla para pacientes ambulatorios no requieren una autorización previa, estos servicios están limitados a veinticinco consultas como paciente ambulatorio por año natural, de manera combinada, con fines de rehabilitación.
- Embarazo y parto (solo notificación. No se necesita la autorización previa. Notifique a Molina antes que se presten los servicios, llamando al 1 [888] 858-3492)
- Servicios para enfermedades de transmisión sexual
- Determinados estudios del sueño (en el hogar)
- Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios que incluyen lo siguiente:
 - Tratamiento de día
 - Tratamiento de salud brindado por el hospital estatal si el afiliado o dependiente cubierto está internado de forma involuntaria

- o Servicios ambulatorios para realizar una terapia con medicamentos
- o Asesoramiento individual o grupal ambulatorio por abuso de sustancias
- o Tratamiento médico de los síntomas de abstinencia
- o Evaluación y tratamiento individual por abuso de sustancias
- o Servicios ambulatorios para realizar una terapia con medicamentos
- o Programas intensivos para pacientes ambulatorios (IOP)
- Para autorremitirse a un obstetra ginecólogo participante

Debe obtener una autorización previa para los siguientes servicios, a excepción de los servicios de emergencia o

los servicios de atención médica urgente de proveedores participantes:

- Admisión en un hospital o centro de atención dental ambulatoria
- Todas las admisiones de pacientes internados
- Algunos servicios de centros de cirugía ambulatoria (ASC)*
- Cualquier tipo de silla de ruedas
- Cualquier otro servicio que se especifique que requiere autorización previa en esta Política
- Ciertos servicios hospitalarios para pacientes externos*
- Ciertos medicamentos recetados**
- Procedimientos cosméticos, de cirugía plástica o reconstructivos (en cualquier lugar)
- Dispositivos ortóticos y prótesis personalizadas, aparatos ortodónticos y férulas. Por ejemplo:
 - o Dispositivo de audición implantado internamente
 - o Zapatos o soportes para zapatos
 - o Soportes especiales
- Diagnóstico de infertilidad
- Cantidades de medicamento que excedan el límite de suministro diario
- Equipo médico duradero*
- Procedimientos experimentales y de investigación
- Anestesia general para la atención dental en los Miembros de 7 años o mayores
- Servicios de recuperación de habilidades: tras la evaluación inicial más seis (6) consultas consecutivas para centros ambulatorios o en el hogar
- Atención médica domiciliaria: tras la evaluación inicial más seis (6) consultas consecutivas en el hogar
- Terapia hiperbárica
- Imágenes o pruebas especiales, como las siguientes:
 - o TC (tomografía computarizada)
 - o IRM (imagen por resonancia magnética)
 - o ARM (angiografía por resonancia magnética)
 - o TEP (tomografía por emisión de positrones)
- Medicamentos inyectables y medicamentos no enumerados en el formulario de medicamentos de Molina*
- Atención de seguimiento para visión reducida
- Servicios de salud mental: *
 - o Estabilización de crisis en un entorno residencial
 - o Terapia electroconvulsiva (ECT)
 - o Servicios de salud mental para pacientes internados
 - o Pruebas neuropsicológicas y psicológicas (las primeras dos consultas no requieren autorización previa)
 - o Hospitalización parcial
 - o Tratamiento en el hogar
 - o Tratamiento de salud conductual para TGD/autismo
 - o Servicios magnéticos transcraneales
 - o Servicios de recuperación de habilidades

- Ambulancia aérea que no es de emergencia
- Servicios de proveedores/centros no participantes en la red
- Servicios de atención médica urgente fuera de la red
- Procedimientos y atención para el manejo del dolor
- Radioterapia y radiocirugía
- Servicios de rehabilitación
 - Terapia aural (tras la evaluación inicial más seis [6] consultas consecutivas para centros ambulatorios o en el hogar)
 - Rehabilitación cardíaca y pulmonar
 - Terapia del habla para pacientes internados
- Vehículos para personas con movilidad reducida
- Medicamentos de farmacia especializados (orales e inyectables)
- Servicios por abuso de sustancias:*
 - Servicios para pacientes internados
 - Hospitalización parcial
 - Servicios de desintoxicación
 - Abuso transicional de sustancias
- Evaluación de trasplantes y servicios relacionados, incluso el de órganos sólidos y médula ósea (el trasplante de córnea no requiere autorización)
- Códigos médicos no enumerados y varios
- Tratamiento de heridas

* Llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina al 1 (888) 858-3492 si necesita conocer si su servicio necesita autorización previa.

** Para ver una lista de medicamentos cubiertos, puede revisar nuestro formulario en MolinaMarketplace.com.

Molina Healthcare puede denegar una solicitud de autorización previa. Usted puede apelar esa decisión como se describe a continuación. Si usted o su proveedor participante deciden continuar con el servicio que se le ha denegado, es posible que deba pagar el costo de esos servicios.

Las autorizaciones se confieren según la necesidad médica. Estamos aquí para ayudarlo si tiene preguntas. Para saber cómo se aprueban ciertos servicios, llámenos al 1 (888) 858-3492. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque 711 para usar el Servicio de telecomunicaciones.

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

Usted puede llamar a Molina Healthcare al 1 (888) 858-3492 para solicitar una autorización previa. Se puede solicitar una revisión acelerada de una autorización previa para una intervención, atención o tratamiento en los cuales el paso del tiempo sin tratamiento podría, a criterio de su proveedor, tener como consecuencia una visita inminente a la sala de emergencias o admisión en un hospital y el deterioro de su estado de salud. Molina tomará una determinación con respecto a la solicitud de revisión acelerada en dos días naturales posteriores a haber recibido toda la información necesaria. Ante solicitudes estándares de atención previa al servicio y concurrente, las solicitudes de autorización previa serán procesadas en cinco días naturales a partir de la recepción por parte de Molina de la solicitud.

Si se necesita información adicional para hacer una determinación sobre la autorización previa, Molina aprobará o negará la solicitud dentro de cuatro días naturales luego de recibir la información adicional. Denegaremos una solicitud autorización previa si no se brinda la información solicitada. Las solicitudes aceleradas de autorización previa relacionadas con afecciones médicas que pueden representar una amenaza grave para su salud se procesan

en 2 días naturales. Esto sucede en 2 días naturales desde que obtenemos la información que necesitamos y solicitamos una toma de decisiones. En caso de que la solicitud acelerada de autorización previa también sea una solicitud de revisión concurrente, Molina hará una determinación lo antes posible, y no más de 24 horas después de la recepción, siempre que la solicitud de autorización previa se efectúe al menos 24 horas antes del vencimiento del período o de la cantidad de tratamientos previamente aprobados. Con respecto a las solicitudes de revisión posteriores a la prestación del servicio, Molina hará su determinación dentro de treinta días naturales. Rechazaremos la autorización previa si no se nos suministra la información solicitada dentro del plazo obligatorio.

Si una solicitud de servicios no es Médicamente Necesaria, puede ser denegada. Si no es un Servicio Cubierto, puede ser denegada. Usted recibirá una carta en la que se indique por qué fue denegada. Su médico o usted podrán apelar la decisión. La carta de denegación le indicará cómo presentar la apelación. Estas instrucciones se encuentran en la sección "Quejas y apelaciones".

Autorizaciones fijas

Es posible que Usted tenga una afección o enfermedad que requiere atención médica especial durante un período de tiempo extenso. Es posible que necesite una remisión permanente.

Su afección o enfermedad puede poner en riesgo su vida. Puede empeorar. Puede provocarle una discapacidad. De ser así, es posible que necesite una remisión permanente para consultar a un especialista. Puede necesitar una para el centro de cuidado especializado, donde los profesionales tienen la pericia para tratar su afección.

Para obtener una autorización fija, llame a su médico de atención primaria. Su Médico de Atención Primaria trabajará con los médicos y especialistas de Molina para asegurarse de que Usted reciba un plan de tratamiento en función de Sus necesidades médicas. Si tiene dificultades para obtener una aprobación fija, llámenos. El número telefónico 1 (888) 858-3492 es gratuito. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque 711 para usar el Servicio de telecomunicaciones.

Si considera que no se cubrieron sus necesidades, consulte el procedimiento para quejas de Molina. Estas instrucciones se encuentran en la sección "Quejas y apelaciones".

Segundas opiniones

Usted o su Médico de Atención Primaria pueden desear que otro médico opine sobre Su afección. Puede ser un PCP o un especialista. Este médico observa Su historia clínica. El médico puede verlo en Su consultorio. Este nuevo médico quizás sugiera un plan de tratamiento. A esto se lo conoce como segunda opinión. Consulte el Directorio de proveedores participantes en nuestra página web. Puede encontrar un proveedor participante para obtener una segunda opinión. Visite MolinaMarketplace.com y haga clic en "Find a Provider" (Buscar un proveedor).

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

- Sus síntomas son complejos o confusos.
- Su médico no está seguro de que el diagnóstico sea el correcto.
- Ha seguido el plan de cuidado de su médico por un tiempo y Su salud no ha mejorado.
- Usted no está seguro de necesitar cirugía.
- No está de acuerdo con el diagnóstico de su médico.
- No está de acuerdo con el Plan de Cuidados de su médico.
- Su médico no ha respondido a sus inquietudes acerca del diagnóstico o el Plan de Cuidados.
- Es posible que haya otros motivos. Consúltenos si tiene alguna pregunta.

Servicios de atención médica urgente y de emergencia

¿Qué es una emergencia?

Los servicios de emergencia son servicios de atención médica necesarios para observar, evaluar, estabilizar o tratar una condición médica de emergencia. Una Afección de Emergencia incluye:

- Una afección médica con síntomas agudos y severos. Esto incluye dolor severo.
- Una afección psiquiátrica con síntomas agudos y severos.
- Trabajo de parto activo.

Si no se recibe atención médica inmediata, una emergencia puede derivar en:

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

La Atención de Emergencia también incluye el tratamiento con medicamentos anticonceptivos de Emergencia.

¿Cómo recibo atención de emergencia?

Los miembros de Molina Healthcare tienen a su disposición atención de emergencia las veinticuatro (24) horas del día y los siete (7) días de la semana. Si cree que tiene una Emergencia:

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

Cuando acuda a los servicios de atención médica de emergencia, lleve su tarjeta de identificación del miembro de Molina. El costo compartido del copago para la atención en sala de emergencias estará identificado en su tarjeta de identificación del miembro de Molina.

Si usted no está seguro de necesitar atención de emergencia, pero necesita asistencia médica, llame a su PCP. O bien, llame sin cargo a nuestra Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas del día.

- Inglés: 1 (888) 275-8750
- Español: 1 (866) 648-3537

La Línea de Consejos de Enfermeras cuenta con enfermeras, Puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas del día, los 365 días del año. Si es sordo o tiene problemas de audición, utilice el servicio de telecomunicaciones marcando 711.

No vaya a la sala de emergencias de un hospital si su condición no es una emergencia.

¿Qué sucede si estoy fuera del área de servicio de Molina Healthcare y necesito atención de emergencia?

Visite la sala de emergencias más cercana para que lo atiendan. Comuníquese con Molina dentro de las 24 horas o lo antes posible. Llámenos al número de teléfono gratuito, 1 (888) 858-3492. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque 711 para usar el Servicio de telecomunicaciones. Cuando se encuentre fuera de área de servicio de Molina, solo estarán cubiertos los servicios de emergencia.

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

Los servicios de atención médica urgente están sujetos a los costos compartidos en el Programa de beneficios. Usted debe recibir Servicios de atención médica urgente de un proveedor participante. Los servicios de atención médica urgente son los servicios necesarios para evitar el deterioro serio de la salud a causa de una lesión o de una afección médica imprevista.

Si se enferma después del horario de atención o requiere Servicios de Atención Médica Urgente llame a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermeras, las 24 horas. El número es gratuito.

- Inglés: 1 (888) 275-8750
- Español: 1 (866) 648-3537

Nuestras enfermeras lo pueden ayudar a cualquier hora del día o de la noche. Ellos lo ayudarán a decidir qué hacer. Pueden ayudarlo a decidir dónde acudir para que lo asistan.

Si se encuentra dentro del área de servicio de Molina, puede pedirle a su PCP que le recomiende un centro de atención médica urgente que sea proveedor participante. Es mejor saber por anticipado el nombre del centro de atención médica urgente que sea proveedor participante. Pídale a su médico el nombre del centro de atención médica urgente que sea proveedor participante y el nombre del hospital al que debe acudir.

Si está fuera del Área de Servicio de Molina, también puede ir a la sala de emergencias más cercana.

Usted tiene el derecho a recibir servicios de interpretación sin cargo. Para obtener ayuda sobre atención médica después de las horas de consulta llame sin cargo al 1 (888) 858-3492.

Servicios de Emergencia prestados por un Proveedor No Participante

Los Servicios de Emergencia para el tratamiento de una Condición Médica de Emergencia están sujetos a costos compartidos. Esto se aplica a Proveedores Participantes y No Participantes. Consulte los costos compartidos para los servicios de emergencia en el Programa de beneficios.

Importante: Salvo que la ley estatal especifique lo contrario, cuando recibe servicios de emergencia de proveedores no participantes para tratar una condición médica de emergencia, Molina calculará la cantidad autorizada como la mayor de las siguientes:

- 1) La cantidad autorizada de Molina por tales servicios.
- 2) La tarifa media contratada de Molina por tales servicios.
- 3) O el 100 % de la tasa de Medicare por tales servicios.

Debido a que los proveedores no participantes no están en la red de proveedores contratados de Molina, podrán cobrarle el balance por la diferencia entre nuestra cantidad autorizada, descrita anteriormente, y la tarifa que ellos cobran. Usted será responsable de los cargos que excedan la suma autorizada cubierta por este beneficio.

Servicios de un médico basado en un hospital no contratado especificado

En caso de que reciba atención de emergencia de un proveedor no participante basado en un hospital que presta servicios en un hospital proveedor participante, Molina pagará en la medida en que la atención sea:

- Médicamente necesaria.
- Previamente autorizada.
- Un servicio cubierto.

Los proveedores no participantes que prestan servicios en un hospital proveedor participante pueden incluir, por ejemplo, patólogos, radiólogos y anestesiólogos.

Molina determinará la cantidad autorizada cubierta para estos servicios como el menor de los cargos negociados o la tarifa media contratada de Molina en cumplimiento con la ley estatal. Esa cantidad está sujeta a cualquier deducible y/o coseguro aplicable para servicios profesionales para pacientes internados y/o ambulatorios descritos en el Programa de beneficios.

Traslado obligatorio a un hospital del proveedor participante

Debe tener una autorización previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de servicios de emergencia. Sin embargo, si usted obtiene servicios en un hospital o si es admitido en el hospital para servicios de emergencia, se cubrirá su hospitalización hasta que esté lo suficientemente estabilizado para ser transferido a un centro de un proveedor participante y siempre que su cobertura con nosotros no haya terminado. Molina trabajará con usted y con su médico para proporcionarle el transporte a un centro del proveedor participante. Si su cobertura con nosotros termina durante una estadía en el hospital, los servicios que reciba después de la fecha de finalización no son servicios cubiertos.

Si su proveedor determina que usted está estable para el traslado, Molina coordina su traslado a un centro proveedor participante y usted rechaza el traslado, los servicios que se presten en el centro proveedor no participante no serán servicios cubiertos, de modo que usted será 100 % responsable de los pagos y estos no se aplicarán al máximo de gastos de su bolsillo anual.

Administración de Casos Complejos

¿Qué sucede si tengo un problema de salud complejo?

Vivir con problemas de salud puede ser difícil. Molina cuenta con un programa que puede ayudarlo. El programa de Administración de Casos Complejos es para Miembros con problemas de salud complejos. Es para aquellos que requieren ayuda adicional con sus necesidades de atención médica.

El programa le permite hablar con un enfermero acerca de sus problemas de salud. La enfermera puede ayudarlo a aprender más sobre esos problemas de salud. Le puede enseñar cómo controlarlos. También puede trabajar con Su familia o cuidador para asegurarse de que Usted reciba la atención que necesita. La enfermera también trabaja con Su médico. Existen varias formas en las que puede obtener la remisión a este programa. Hay ciertos requerimientos que Usted deberá cumplir. Este programa es voluntario. Puede elegir irse del programa en cualquier momento.

Si desea recibir información acerca de este programa, llame sin cargo al Centro de Apoyo al Cliente. El número de teléfono es 1 (888) 858-3492. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque 711 para usar el Servicio de telecomunicaciones.

Embarazo

¿Qué sucede si estoy embarazada?

Si está embarazada, cree estarlo o apenas lo confirme, llame para programar una cita con el objetivo de iniciar su cuidado prenatal. El cuidado prenatal temprano es muy importante para la salud y el bienestar del bebé y de usted.

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

- enfermera especializada, registrada y de práctica avanzada (capacitada en la salud de la mujer y en la práctica de partería)
- Médico

- Auxiliares médicos
- Parteras autorizadas
- Obstetras ginecólogos certificados (tocoginecólogos)

Puede hacer una cita para cuidado prenatal sin consultar a su proveedor de atención primaria primero. Para recibir beneficios, usted debe elegir a un obstetra ginecólogo, una enfermera especializada autorizada u otro proveedor médico que sea un proveedor participante.

Acceso a la atención para miembros con discapacidades

Ley de Estadounidenses con Discapacidades

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

Acceso físico

Molina Healthcare ha tomado todas las medidas posibles para asegurar que nuestras oficinas y los consultorios de los médicos de Molina Healthcare sean accesibles para las personas con discapacidades. Si no le es posible localizar a un médico que satisfaga sus necesidades, comuníquese al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare al 1 (888) 858-3492 o llame a nuestra línea TTY sin costo al 1 (800) 735-2989 y un representante del Centro de Apoyo al Cliente lo ayudará a encontrar otro médico.

Acceso para personas sordas o con problemas de audición

Si necesita un intérprete de lenguaje de señas al momento de concertar su cita, infórmenoslo. Molina Healthcare solicita una notificación con, al menos, 72 horas de anticipación para coordinar para recibir los servicios de un intérprete calificado. Llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina a través del Servicio de telecomunicaciones marcando 711.

Acceso para personas con poca visión o ceguera

Esta Política y otros materiales importantes del plan estarán disponibles en formatos accesibles para las personas con visión reducida o ceguera. Se encuentran disponibles los formatos computarizado agrandado y de letra grande, y esta Política también se encuentra disponible en un formato de audio. Para obtener formatos accesibles o para recibir ayuda directa para leer la Política y otros materiales, comuníquese al número de teléfono gratuito de Molina al 1 (888) 858-3492. Los miembros que necesiten la información en un formato accesible (impreso en letra grande, audio y sistema Braille) pueden solicitarlos al Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare.

Quejas por falta de acceso para personas con discapacidad

Si considera que Molina o sus médicos no han respondido a Sus necesidades de acceso para personas con discapacidad, puede presentar una queja.

SERVICIOS CUBIERTOS

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

- Usted es miembro en la fecha en que recibe los servicios cubiertos.
- Con la excepción de la atención y los servicios médicos preventivos, los Servicios Cubiertos son Médicamente Necesarios.
- Los servicios son descritos como servicios cubiertos en esta Política, incluidos los servicios

- aplicables solicitados por legislación federal o estatal.
- Recibe los servicios cubiertos de los proveedores participantes dentro de nuestra área de servicio para esta Política ofrecidos a través del Intercambio de Beneficios de Salud, excepto cuando se indique específicamente lo contrario en esta Política. Por ejemplo, en el caso de una emergencia, puede recibir servicios cubiertos de proveedores fuera del área de servicio.
- Cubrimos los servicios médicamente necesarios para el tratamiento de anomalías congénitas desde el momento del nacimiento.

Los servicios que Molina Healthcare cubre en virtud de esta Política son los descritos en esta Política, incluidos las leyes federales y estatales aplicables, sujetos a cualquier exclusión, limitación y reducción que se describan en esta Política.

Costos compartidos

(Dinero que tendrá que pagar para obtener los servicios cubiertos)

Los costos compartidos son el deducible, el copago o el coseguro que debe pagar por los servicios cubiertos en virtud de este Contrato. La suma de costo compartido que se le requerirá pagar por cada tipo de servicio cubierto está descrita en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc. al inicio de esta Política.

Debe pagar los costos compartidos para los servicios cubiertos, a excepción de la atención médica preventiva que se incluye en los Beneficios de salud esenciales. La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere servicios médicos preventivos, que suministran los proveedores participantes. Los costos compartidos para los servicios cubiertos se incluyen en la Guía de beneficios de Molina of Washington, Inc., al inicio de esta Política. Los costos compartidos para los beneficios de salud esenciales se pueden reducir o eliminar para ciertos miembros elegibles. Esto es determinado por las normas del Intercambio de Beneficios de Salud.

Para servicios de laboratorio y radiografías de diagnóstico prestados en el consultorio del PCP o del especialista, en la misma fecha de servicio que la consulta en el consultorio del PCP o especialista, usted solo será responsable de la cantidad del costo compartido aplicable para la consulta. El costo compartido de laboratorio y radiografías, tal como se muestra en el Programa de beneficios, se aplicará si los servicios son prestados por un proveedor participante en otra ubicación, aunque sea en el mismo día de la visita al consultorio.

DEBE REVISAR ATENTAMENTE EL RESUMEN DE BENEFICIOS DE MOLINA HEALTHCARE OF WASHINGTON, INC. DEBE COMPRENDER CUÁLES SERÁN LOS COSTOS COMPARTIDOS.

Máximo anual de gastos de bolsillo

También llamado “**OOPM**”; es la cantidad máxima de costos compartidos que tendrá que pagar por servicios cubiertos en un año natural. Los costos compartidos incluyen los pagos que haga de cualquier deducible, copago o coseguro. Una vez que sus costos compartidos totales durante un año natural alcancen la cantidad de OOPM especificada en el Resumen de beneficios, pagaremos el 100 % de los cargos por los servicios cubiertos durante el resto del año natural.

Las sumas que paga por servicios que no son servicios cubiertos en virtud de este Contrato no se tomarán en cuenta para el OOPM.

El Programa de beneficios puede indicar una cantidad de OOPM para los miembros individuales y una cantidad de OOPM separada para toda la familia. Si usted es un miembro en una familia de dos o más miembros, alcanzará el OOPM:

- 1) cuando alcance la cantidad del OOPM indicada para el miembro individual; o
- 2) cuando su familia alcance el OOPM para la familia.

Si los costos compartidos de dos o más miembros de su familia alcanzan la cantidad de OOPM, pagaremos el 100 % de los cargos de los servicios cubiertos durante el resto del año natural para cada miembro de su familia.

Coseguro

El coseguro es un porcentaje de los cargos por servicios cubiertos que debe pagar cuando recibe servicios cubiertos. La suma del coseguro se calcula como un porcentaje de las tarifas que Molina ha negociado con el proveedor participante. Los coseguros se describen en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc. Algunos de los servicios cubiertos no tienen coseguro. Quizás se aplique un deducible o copago.

Copago

Un copago es una suma específica de dinero que usted debe pagar cuando recibe los servicios cubiertos. Los copagos se describen en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc. Algunos de los servicios cubiertos no tienen copago. Quizás se aplique un deducible o coseguro.

Deducible

El deducible es cualquier suma que debe pagar en un año natural por los servicios cubiertos que recibe antes de que Molina cubra los servicios en el correspondiente copago o coseguro. La suma que usted paga por su deducible se basa en las tarifas que Molina ha negociado con el proveedor participante. Los deducibles se describen en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc. Consulte el Programa de beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc. para conocer qué servicios cubiertos están sujetos al deducible y la suma del deducible. Su Política podría tener sumas de deducibles separadas por los servicios cubiertos especificados. Si este es el caso, las sumas pagadas para cubrir un tipo de deducible no pueden usarse para cumplir con otro tipo de deducible cuando lo brinda un proveedor participante.

Cuando Molina cubre servicios “sin costo” sujeto al deducible y usted no haya alcanzado la suma de su deducible, usted deberá pagar los cargos por los servicios. Cuando la atención médica preventiva cubierta por el presente Contrato se incluya en los Beneficios de salud esenciales, usted no pagará deducible ni otros costos compartidos por dicho servicio.

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

- Cuando alcance el deducible para el miembro individual.
- Cuando su familia alcance el deducible para la familia.

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

Normas generales aplicables a costos compartidos

Todos los servicios cubiertos tienen costos compartidos, a menos que se indique específicamente o hasta que haya alcanzado el máximo anual de gastos de su bolsillo. Consulte el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc. al principio de esta Política. Podrá determinar la suma de los costos compartidos que deberá pagar por cada tipo de servicios cubiertos enumerados.

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

- Si en la fecha de vigencia de la presente Política recibe servicios en centros de enfermería especializada y servicios hospitalarios para pacientes internados, paga los costos compartidos en vigencia a la fecha de su admisión. Usted pagará estos Costos compartidos hasta que sea dado de alta. Los servicios deben estar cubiertos conforme a la Política de su plan de salud anterior. Además, no debe haber interrupciones en su

cobertura. Sin embargo, si los servicios no están cubiertos en virtud de la Política de su plan de salud anterior, usted paga los costos compartidos en vigencia en la fecha en que recibe los servicios cubiertos. Además, si se produjo una interrupción en la cobertura, paga los costos compartidos en vigor en la fecha que recibe los servicios cubiertos.

- Para los artículos solicitados por anticipado, usted paga los costos compartidos en vigor en la fecha del pedido. Molina no cubrirá los artículos a menos que ya tenga cobertura para ellos en la fecha que los recibe. Puede que se le solicite pagar costos compartidos cuando solicita el artículo. En el caso de medicamentos recetados a pacientes ambulatorios, la fecha de solicitud es la fecha en la que la farmacia procesa la orden. Esta debe recibir toda la información que necesita para surtir la receta médica antes de procesar la orden.

Recibir una factura

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

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

Sus Servicios Cubiertos incluyen los Beneficios de Salud Esenciales según lo determina la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Si la cobertura de Beneficios de salud NO esenciales no está incluida en su Política, aquellos servicios cubiertos también se establecerán en esta Política.

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

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece ciertas normas para los beneficios de salud esenciales. Estas reglas le indican a Molina cómo administrar ciertos beneficios y costos compartidos de conformidad con esta Política. Por ejemplo, según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, no se permite que Molina establezca límites vitalicios o límites anuales en el valor monetario de los beneficios de salud esenciales proporcionados según esta Política. Cuando la atención médica preventiva de Beneficios de salud esenciales es proporcionada por un proveedor participante, usted no tendrá que pagar ninguna suma de costos compartidos. Además, Molina debe asegurarse de que los costos compartidos que usted paga por todos los beneficios de salud esenciales no excedan un límite anual de gastos de bolsillo que se determina de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. A los efectos de esta Política, los costos compartidos se refieren a cualquier costo que un miembro debe pagar por la recepción de los beneficios de salud esenciales. Dichos costos compartidos incluyen deducibles, coseguros, copagos o cargos similares, pero excluyen las primas y sus gastos por servicios no cubiertos.

Convierta su cobertura en asequible

Para suscriptores que cumplen con los requisitos, puede haber asistencia para ayudar a que la Política que usted adquiere según este Contrato sea más asequible. Si aún no lo ha hecho, comuníquese con el Intercambio de Beneficios de Salud para determinar si usted es elegible para recibir créditos tributarios. Los créditos tributarios pueden reducir la responsabilidad de primas o costos compartidos en relación con los beneficios de salud esenciales. El Intercambio de Seguros de Beneficios de Salud también tendrá información sobre sus servicios cubiertos. El Intercambio de Beneficios de Salud puede ayudarlo a determinar si es un indígena calificado que tiene responsabilidad de costos compartidos limitada o nula para recibir beneficios de salud esenciales. Molina trabajará con el Intercambio de Beneficios de Salud para ayudarlo.

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

¿Qué cubre mi plan?

Esta sección le indica qué servicios médicos están cubiertos por Molina. Estos se denominan sus Servicios cubiertos.

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

Usted tiene el derecho a presentar una apelación si se deniega un servicio. Estas instrucciones se encuentran en la sección "Quejas y apelaciones".

Su atención médica no debe ser experimental ni de investigación. Sin embargo, usted puede solicitar formar parte de atención experimental o de investigación. Consulte la sección "Servicios experimentales o de investigación" para obtener más información. Molina también puede cubrir los costos médicos de rutina para los miembros en estudios clínicos aprobados.

Ciertos servicios médicos que se describen en esta sección solo estarán cubiertos por Molina si obtiene la autorización previa, antes de procurar tratamiento por dichos servicios. Para obtener una explicación más detallada de una autorización previa y una lista completa de los servicios cubiertos que requieren autorización previa, consulte “¿Qué es una autorización previa?” La autorización previa no se aplica al tratamiento de afecciones de emergencia ni para servicios de atención médica urgente a cargo de proveedores participantes.

Servicios ambulatorios profesionales

Servicios y atención médica preventiva

La atención médica preventiva y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio

Según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y como parte de sus beneficios de salud esenciales, Molina cubrirá los siguientes servicios médicos preventivos recomendados por el gobierno. Hable con su PCP para determinar si un servicio específico es preventivo o de diagnóstico. No pagará ningún costo compartido por:

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

Toda la atención médica preventiva deberá ser suministrada por un proveedor participante para que esté cubierta por este Contrato. Los miembros son responsables en un 100% por los cargos de los servicios brindados por un proveedor no participante.

A medida que las fuentes gubernamentales antes identificadas publiquen nuevas recomendaciones y pautas para la atención médica preventiva, estarán cubiertas de conformidad con este Contrato mientras se ponen a disposición de Molina durante el año del producto. La cobertura será según lo solicita la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

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

Para ayudarlo a comprender sus beneficios y acceder a ellos, a continuación encontrará una lista no exhaustiva de los servicios médicos preventivos para adultos y niños que están cubiertos según esta Política.

Servicios médicos preventivos para niños y adolescentes

Los siguientes servicios de atención médica preventiva están cubiertos y se recomiendan para todos los niños y adolescentes hasta los 18 años de edad. No pagará costos compartidos si los servicios son prestados por un proveedor participante. Los miembros son responsables en un 100% por los cargos de los servicios brindados por un proveedor no participante.

- Evaluaciones de abuso de drogas y alcohol para adolescentes.
- Todos los servicios integrales perinatales están cubiertos. Esto incluye atención perinatal y atención de posparto, gestión para la salud, evaluación nutricional y servicios psicológicos.
- Pruebas de detección de autismo para niños de 18 a 24 meses
- Examen preventivo básico de la vista (sin refracción)
- Evaluación de la salud conductual para todos los adolescentes sexualmente activos que tienen riesgo aumentado de infección de transmisión sexual.
- La evaluación de salud conductual para niños (tenga en cuenta que se aplican costos compartidos y requisitos adicionales a los beneficios de Salud Mental más allá de una evaluación de salud conductual)
- Examen preventivo de displasia cervical: mujeres sexualmente activas.
- Historia clínica completa.
- Servicios de anticoncepción, que incluyen la anticoncepción de emergencia y la inserción/extracción de dispositivos anticonceptivos.
- Examen preventivo de depresión: adolescentes.
- Examen de detección de dislipidemia para niños con alto riesgo de trastornos lipídicos. Examen preventivo de hematocritos o hemoglobina.
- Los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno y periódico (EPSDT, por sus siglas en inglés), incluso aquellos indicados en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud, están cubiertos para miembros menores de 21 años. Estos incluyen aquellos con necesidades especiales de atención médica.
- Aplicación de fluoruro por un PCP
- Medicamento profiláctico para la gonorrea: recién nacidos
- Examen preventivo de la audición
- Control de la salud
- Examen preventivo de hemoglobinopatías: recién nacidos.
- Examen preventivo de VIH: adolescentes con alto riesgo.
- Examen preventivo de hipotiroidismo: recién nacidos.
- Vacunas*
- Suplementos de hierro en niños cuando sean recetados por un proveedor participante.
- Prueba de nivel de plomo en sangre (los padres o tutores legales de Miembros de 6 a 72 meses de edad)

tienen derecho a recibir consejos preventivos sobre la exposición al plomo, en forma oral o por escrito, de parte su PCP. Esto incluye cómo los niños se pueden dañar por la exposición al plomo, especialmente al plomo en la pintura. Cuando su PCP hace una prueba de detección de plomo en sangre, es muy importante realizar un seguimiento y obtener los resultados de la prueba. Comuníquese con su PCP si tiene preguntas adicionales).

- Reunirse con el padre, tutor o menor emancipado para hablar del significado del examen.
- Evaluación de la salud nutricional.
- Examen preventivo y asesoramiento de obesidad: niños mayores de 6 años
- Evaluación de riesgo de la salud oral para niños pequeños (0-10 años; límite de 1 visita por cada período de seis meses).
- Examen preventivo de fenilcetonuria (PKU): recién nacidos
- Examen físico, incluida la evaluación del crecimiento.
- Examen preventivo para la infección por el virus de la hepatitis B en personas con alto riesgo de contraer infección.
- Examen de detección del rasgo de anemia de células falciformes, cuando corresponda.
- Asesoramiento conductual para personas con cáncer de piel (de entre 10 y 24 años de edad).
- Asesoramiento acerca del consumo de tabaco: niños y adolescentes en edad escolar.
- Examen de detección de la tuberculosis (TB).
- Atención médica rutinaria para bebés y niños

* Si lleva a su hijo al departamento de salud local o si se le administró alguna vacuna a su hijo en la escuela, asegúrese de darle una copia actualizada del registro de vacunas (cartilla de vacunación) al PCP de su hijo.

Servicios médicos preventivos para adultos y ancianos

Los siguientes servicios de atención médica preventiva ambulatoria se encuentran cubiertos y se recomiendan para todos los adultos, incluidos los ancianos. No pagará costos compartidos si recibe servicios de un proveedor participante. Los miembros son responsables en un 100% por los cargos de los servicios brindados por un proveedor no participante.

- examen de detección de aneurisma de aorta abdominal: para hombres de 65 a 75 años que fueron fumadores
- Asesoramiento para uso indebido de alcohol.
- Examen preventivo de anemia: mujeres.
- Mamografías anuales de dosis baja, incluida la tomosíntesis de mamas para mujeres mayores de 35 años de edad, que deben realizarse en los centros de diagnóstico por imágenes aprobados.
- Aspirina para la prevención de la preeclampsia.
- Aspirina para prevenir una enfermedad cardiovascular (cuando la receta un proveedor participante)
- Examen preventivo de la bacteriuria: mujeres embarazadas.
- evaluación de salud conductual para todos los adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual;
- Examen preventivo de la presión arterial
- Asesoramiento BRCA sobre medicamentos preventivos contra el cáncer de mama
- Examen de mamas a las mujeres (de acuerdo con su edad).
- Apoyo, suministros, asesoramiento para lactancia (incluye la compra de un sacaleches eléctrico de uso personal, uno por nacimiento. En el caso de nacimientos múltiples, solo se cubre un sacaleches. Esta cobertura incluye los suministros necesarios para que funcione el sacaleches).
- Examen de detección del cáncer.
- Examen de detección de la infección por clamidia: mujeres.
- Chequeo médico de colesterol.
- Examen de detección de cáncer colorrectal (para personas de 50 años o más. Pueden ser menores de 50 años si corren alto riesgo o muy alto riesgo de padecer cáncer colorrectal)
- Apoyo integral a la lactancia y asesoramiento, de parte de un proveedor capacitado, durante el embarazo o

- en el período de posparto, y los costos de alquiler del equipo de lactancia.
- Servicios de anticoncepción, que incluyen la anticoncepción de emergencia, la vasectomía, la inserción/extracción de dispositivos anticonceptivos, los procedimientos de esterilización para mujeres indicados por un médico y la ligadura de trompas.
- La detección citológica (prueba de Papanicoláu) para mujeres debe comenzar a más tardar a los 18 años (también de acuerdo con su estado de salud y riesgo médico).
- Exámenes de detección de depresión: adultos.
- examen preventivo de depresión: mujeres durante el posparto
- Educación y capacitación para el autocontrol de la diabetes, proporcionados por un profesional de atención médica certificado, registrado o autorizado (se limita a las consultas médicamente necesarias al diagnosticar diabetes; las consultas posteriores al diagnóstico del médico, que representan un cambio significativo en los síntomas o en el estado del miembro que garantiza cambios en la autogestión del miembro; las consultas cuando un proveedor médico con autorización receta nueva educación o capacitación de repaso, y la terapia de nutrición médica relacionada con el control de la diabetes).
- Examen de detección de diabetes (tipo 2) para adultos con presión arterial alta.
- Evaluación dietética y asesoramiento nutricional
- Fisioterapia para prevenir caídas en adultos de 65 años de edad o más que viven en la comunidad y que tienen mayor riesgo de sufrir caídas.
- Servicios de planificación familiar: Estos servicios incluyen todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) federal.
- Fluoruro, según lo recomienda la Comisión Especial de Servicios Médicos Preventivos de los Estados Unidos, cuando se obtiene con una receta médica.
- Suplemento de ácido fólico.
- Examen de detección de gonorrea y asesoramiento: todas las mujeres con alto riesgo.
- Control de la salud y control de enfermedades crónicas
- exámenes preventivos de audición;
- Examen de detección de hepatitis B: mujeres embarazadas.
- El examen preventivo del virus del papiloma humano (VPH) (como mínimo una vez cada tres años para mujeres mayores de 30).
- Vacunas.
- Historial médico y examen físico.
- examen preventivo y asesoramiento de obesidad: adultos o remisión de los adultos que
 - o tienen un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m² o más, o
 - o tienen factores de riesgo adicionales de enfermedad cardiovascular (CVD),
 - o e incluye intervenciones intensivas de asesoramiento conductual para promover una dieta saludable y actividad física para prevenir la CVD.
- Examen de detección de osteoporosis en las mujeres (de acuerdo con su edad).
- Prueba del antígeno específico y examen preventivo de próstata.
- Examen de detección de incompatibilidad Rh: primera consulta por embarazo.
- Examen de detección de incompatibilidad Rh. 24-28 semanas de gestación.
- Exámenes programados de cuidado prenatal y primera consulta y examen de seguimiento posparto
- Examen de detección de violencia interpersonal y doméstica, y asesoramiento al respecto: mujeres.
- Mamografía de detección y diagnóstico para mujeres (las mamografías de detección de baja dosis se deben realizar en los centros de imágenes aprobados designados de acuerdo con su edad. Como mínimo, la cobertura debe incluir una mamografía inicial para las personas entre los 35 y los 39 años; una mamografía cada dos años para las personas entre los 40 y los 49 años; y una mamografía anual para las personas mayores de 50 años).
- examen preventivo de diabetes gestacional;
- Examen preventivo para la infección por el virus de la hepatitis B en personas con alto riesgo de contraer

infección.

- Examen preventivo para la infección por el virus de la hepatitis C (HCV) en personas con alto riesgo de contraer infección.
- Examen preventivo para la preeclampsia en mujeres embarazadas con mediciones de la presión sanguínea durante el embarazo.
- Asesoramiento conductual para personas con cáncer de piel (de entre 10 y 24 años de edad).
- Medicamento preventivo Estatina: adultos de entre 40 y 75 años sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (CVD), uno o más factores de riesgo de CVD y un riesgo calculado de un evento de CVD dentro de 10 años de 10 % o más.
- Examen de detección y asesoramiento de enfermedades de transmisión sexual y VIH.
- Examen de detección de sífilis y asesoramiento (todos los adultos con alto riesgo).
- Asesoramiento sobre el uso del tabaco e intervenciones.
- Examen de detección de tuberculosis (TB).
- Vitamina D para adultos residentes de la comunidad de 65 años o más para promover el fortalecimiento óseo
- Consulta preventiva de la mujer (como mínimo, una consulta de rutina anual y consultas de seguimiento si se diagnostica una afección)

La atención médica preventiva para adultos y adultos mayores incluye una evaluación de riesgos de salud por lo menos una vez cada tres años y, para las mujeres, un examen anual de la mujer.

Servicios del médico

Cubrimos los siguientes servicios del médico para pacientes ambulatorios:

- Prevención, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.
- Exámenes de la vista para personas diabéticas (examen con gotas para dilatar las pupilas).
- Servicios para tratamientos médicos o quirúrgicos de lesiones y/o enfermedades que afectan el ojo.
(Los beneficios no están disponibles para los cargos relacionados con exámenes de la vista de refracción de rutina o para la compra o ajuste de anteojos o lentes de contacto, excepto como se describe en la sección titulada "Servicios para la vista pediátricos").
- Visitas al consultorio, que incluyen:
 - suministros relacionados;
 - consultas pre y posnatales.
- Procedimientos de diagnósticos, incluidas las colonoscopías; exámenes cardiovasculares, incluidos los estudios de función pulmonar; y los procedimientos neurológicos o neuromusculares.
- Exámenes de la salud rutinarios para niños y para adultos.
- Consultas con especialistas cuando sea remitido por su PCP (por ejemplo, un cardiólogo u oncólogo).
- Inyecciones, pruebas y tratamientos de alergias.
- Atención de médicos y otros proveedores médicos dentro o fuera del hospital
- Terapia de desarrollo neurológico médicamente necesaria y sin exclusión según lo definido en el RCW, título 48, que consiste en fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia aural para restaurar o mejorar las funciones debido a un retraso del desarrollo, y para el mantenimiento de un individuo cubierto en los casos en que se podría producir un deterioro significativo en la afección del paciente sin el servicio. Cualquier limitación de los servicios de neurodesarrollo no se aplica cuando los servicios se reciben debido a un diagnóstico de una condición de DSM.
- Consultas y cuidado preventivo del niño.
- Si usted es mujer, también puede elegir consultar a un obstetra ginecólogo para exámenes de rutina y cuidado prenatal, y puede seleccionar a un obstetra ginecólogo como su PCP.
- La atención de maternidad ambulatoria, incluidos los suministros médicamente necesarios para un parto en su domicilio; servicios para las complicaciones del embarazo, incluido el sufrimiento fetal, la diabetes

gestacional y la toxemia; servicios de una enfermera partera certificada y otros proveedores médicos; y servicios de laboratorio relacionados.

- Medicamento necesario en el cuidado domiciliario
- Los exámenes de rutina y cuidado prenatal provistos por un obstetra ginecólogo a los miembros femeninos. Puede seleccionar a un obstetra ginecólogo como su PCP. Las dependientes mujeres tienen acceso directo a la atención tocoginecológica.
- Diagnóstico de la infertilidad (el beneficio cubre únicamente las pruebas y el diagnóstico, sujeto a exclusiones en la sección "Exclusiones").
- Servicios de osteoporosis para mujeres (incluido el tratamiento y la gestión adecuada cuando el PCP de mujeres determina que dicho servicio se considera médicamente necesario, en consulta con Molina)

Servicios de recuperación de habilidades (limitación ambulatoria de 25 consultas/limitación para pacientes internados de 30 días)

Los dispositivos y servicios de recuperación de habilidades son servicios y dispositivos de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y funciones para la vida diaria. Los ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina ni habla en la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y lenguaje, terapia aural, equipo médico duradero y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de instalaciones para pacientes internados o ambulatorios. Estos servicios incluyen los servicios prestados en centros de salud escolares que no se prestan conforme a cualquier Plan Individual de Educación (IEP) bajo la Ley Federal de Educación de los Individuos con Discapacidades de 2004 (IDEA).

Servicios de rehabilitación (limitación ambulatoria de 25 consultas/limitación para pacientes internados de 30 días)

Cubrimos los servicios de rehabilitación que sean médicamente necesarios y que ayudan a los miembros lesionados o personas con discapacidad a reanudar sus actividades de la vida diaria. El objetivo de estos servicios es que el miembro reanude sus actividades cotidianas, que generalmente requieren fisioterapia, terapia del habla, terapia aural y terapia ocupacional (limitada a 25 consultas para los servicios combinados por año natural) en un entorno apropiado para el nivel de la lesión o discapacidad. Los servicios incluyen hasta 10 manipulaciones espinales sin remisión por año natural y hasta 12 servicios de acupuntura sin remisión por año natural. Para los servicios de rehabilitación, incluidos los servicios de rehabilitación recibidos en el consultorio de un proveedor participante, usted paga la suma del costo compartido para "Servicios de rehabilitación" establecida en el Programa de beneficios, en lugar de la suma de costos compartidos del consultorio.

Servicios para salud conductual/mental para pacientes ambulatorios

Cubrimos los siguientes servicios de salud mental ambulatorios cuando los brinden proveedores participantes que son médicos u otros proveedores médicos que actúan dentro de ámbito de su licencia, y que están calificados para tratar enfermedades mentales:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual, familiar y grupal
- Pruebas psicológicas, cuando sea necesario para evaluar un trastorno mental (definido a continuación).
- Servicios para pacientes ambulatorios con el propósito de monitorear la terapia con medicamentos.
- Servicios de atención médica domiciliaria proporcionados por un proveedor calificado y sujetos a limitaciones de los servicios de atención médica domiciliaria.
- Tratamiento de salud mental para los códigos de diagnóstico F65.0 a F65.4, F65.50 a F65.52, F65.81, F65.89, F65.9 y F66 en las publicaciones más recientes del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM), o para los diagnósticos de "código V", excepto los servicios médicamente necesarios para los problemas de relaciones entre padres e hijos de cinco años o menores; abandono o abuso de niños de cinco años o menores; duelo por hijos de cinco años o menores y disforia de género congruente con 42 U.S.C. 18116, Sección 1557, RCW 48.30.300 y 49.60.040.

Cubrimos servicios de salud mental y conductual para pacientes ambulatorios solo cuando los servicios están destinados al diagnóstico o tratamiento de Trastornos Mentales. Un “Trastorno mental” es una condición de salud mental identificada como un “trastorno mental” en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales, edición actual, revisión de texto (DSM), incluidos los trastornos alimentarios asociados con el diagnóstico de una afección de salud mental categorizada por DSM, que resulta en una discapacidad del funcionamiento mental, emocional o del comportamiento significativa desde el punto de vista clínico.

Los “**trastornos mentales**” incluyen las siguientes afecciones: Enfermedad mental grave de una persona de cualquier edad.

La “**enfermedad mental grave**” abarca los siguientes trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), trastornos depresivos graves, pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Servicios por dependencia química/abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

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

- Programas de tratamiento diario
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios
- Asesoramiento individual, familiar o grupal por abuso de sustancias/dependencia química
- tratamiento médico de los síntomas de abstinencia;
- Evaluación y tratamiento individual por abuso de sustancias
- Tratamiento grupal por abuso de sustancias
- Cubrimos la evaluación y el tratamiento para problemas de abuso de sustancias/dependencia química
- Tratamiento de dependencia química grupal
- Servicios de atención médica domiciliaria proporcionados por un proveedor calificado y sujetos a limitaciones de los servicios de atención médica domiciliaria.

Servicios de tratamiento de acupuntura ilimitados cuando se prestan para la dependencia química.

No cubrimos los servicios por alcoholismo, abuso de drogas ni drogadicción, salvo que se indique lo contrario en esta sección “Servicios por dependencia química/abuso de sustancias para pacientes ambulatorios”.

Servicios dentales y de ortodoncia

Dental que es 1) de emergencia por naturaleza; o 2) requiere la extracción de un diente para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación para la enfermedad neoplásica.

Servicios dentales para la radioterapia

Cubrimos la evaluación dental, radiografías, tratamiento con fluoruro y las extracciones necesarias para preparar su mandíbula para la radioterapia contra el cáncer y enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello. Debe recibir los servicios de parte de un proveedor participante o de un proveedor no participante con una autorización previa. Para conocer las excepciones, examine la información descrita en la sección de este Contrato titulada “¿Qué pasa si no hay proveedores participantes que brinden un servicio cubierto?”

Anestesia para procedimientos dentales

Para los procedimientos dentales, cubrimos la anestesia general y los servicios del centro del Proveedor Participante asociado con la anestesia. Todas las siguientes condiciones deben estar presentes:

- Es menor de 7 años de edad o tiene discapacidad física o de desarrollo, o su salud está comprometida.
- El procedimiento dental debe ser proporcionado en un hospital o en un centro de cirugía para

- pacientes ambulatorios debido al estado clínico o a la condición médica existente
- El procedimiento dental normalmente no requeriría anestesia general.

No cubrimos ningún otro servicio relacionado con el procedimiento dental, tales como los servicios del dentista, a menos que esté incluido en esta sección. Para los servicios de anestesia dental, el costo compartido de coseguro se aplicará tanto en entornos de centros de hospitales ambulatorios o de pacientes internados.

Servicios dentales por lesión (trauma) Cubrimos los servicios dentales de emergencia por lesión en un diente natural, incluida una cirugía oral debido a una lesión o un traumatismo.

Servicios dentales y de ortodoncia para el paladar hendido

Cubrimos algunas extracciones dentales, los procedimientos dentales necesarios para preparar la boca para una extracción y los servicios de ortodoncia. Estos servicios deben cumplir con todos los requisitos siguientes:

- Los servicios son parte integral básica de una cirugía reconstructiva del paladar hendido.
- Un proveedor participante proporcione los servicios.
- Molina autoriza a un proveedor no participante que es dentista u ortodoncista a brindar los servicios.

Servicios para tratar el síndrome de la articulación temporomandibular ("TMJ")

Cubrimos los siguientes servicios para tratar el síndrome de la articulación temporomandibular (también conocido como "TMJ")

- Un tratamiento no quirúrgico médicamente necesario (por ejemplo, férula y fisioterapia) de la TMJ;
- Tratamiento quirúrgico y artroscópico de ATM si el historial muestra que un tratamiento médico conservador ha fracasado.

Por los servicios cubiertos relacionados con la atención dental o de ortodoncia mencionados en las secciones anteriores, usted pagará los costos compartidos que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con la atención dental o de ortodoncia. Por ejemplo, consulte "Servicios hospitalarios o de centros para pacientes internados" en el Programa de beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc. para conocer el costo compartido que se aplica a la atención durante hospitalización.

Servicios para la vista

Cubrimos los siguientes servicios para la vista para todos los miembros:

- Exámenes de la vista para personas diabéticas (examen con gotas para dilatar las pupilas).
- Servicios para tratamientos médicos o quirúrgicos de lesiones y/o enfermedades que afectan el ojo

Los beneficios no están disponibles para los cargos relacionados con exámenes de la vista de refracción de rutina o para la compra o ajuste de anteojos o lentes de contacto, excepto como se describe en la sección titulada "Servicios para la vista pediátricos."

Servicios para la vista pediátricos

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

- El examen preventivo de rutina de la visión y el examen integral de los ojos, incluida la dilatación si es indicada profesionalmente, y con refracción, todos los años naturales.
- Anteojos recetados: monturas y lentes, limitado a un par de anteojos recetados una vez cada 12 meses.
- Los marcos cubiertos incluyen una selección limitada. Los proveedores participantes le mostrarán la selección limitada de marcos cubiertos que tiene a su disposición conforme a esta Política. No tienen cobertura los marcos que no se encuentren dentro de la selección limitada conforme a esta Política.

- Las lentes recetadas: incluyen lentes monofocales, bifocales lineales, trifocales lineales, lentes lenticulares y lentes de policarbonatos. Los lentes incluyen recubrimiento resistente a rasguño y protección UV.
- Lentes de contacto recetados: se limita a un año de suministro cada 12 meses, en lugar de lentes recetados y monturas; incluye evaluación, ajuste y atención de seguimiento. También cubiertos si son médicamente necesarios, en lugar de lentes con receta médica y marcos, para el tratamiento de las siguientes afecciones:
 - o aniridia
 - o aniseiconia
 - o anisometropía
 - o afaquia
 - o trastornos de la córnea
 - o astigmatismo irregular
 - o queratocono
 - o miopía patológica
 - o trastornos postraumáticos
- Los dispositivos ópticos de visión reducida están cubiertos, lo que incluye la capacitación para servicios para la vista reducida e indicaciones para maximizar el resto de la visión útil. La atención de seguimiento está cubierta cuando los servicios son médicamente necesarios y se obtiene autorización previa. Con autorización previa, la cobertura incluye lo siguiente:
- Una evaluación integral de la visión reducida cada 5 años.
- Lentes de alta potencia, lupas y telescopio según sea médicamente necesario.
- Atención de seguimiento - cuatro consultas en un período de cinco años.

La cirugía correctiva láser no está cubierta.

Control de la salud y asesoramiento para ayudarlo a tomar decisiones informadas

- Control de la salud y asesoramiento para ayudarlo a comprender los métodos anticonceptivos.
- Historia limitada y examen físico.
- Pruebas de laboratorio por orden médica como parte de la decisión sobre cuáles métodos anticonceptivos usted desea utilizar.
- Cuidado de seguimiento para cualquier problema que pueda tener al usar métodos anticonceptivos indicados por los proveedores de planificación familiar, incluida la inserción y la extracción de todos los métodos anticonceptivos de mujeres aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos.
- Suministro de anticonceptivos de emergencia cuando sean indicados por un farmacéutico contratado o, en el caso de una emergencia, por un proveedor no contratado.
- Servicios de esterilización voluntaria, incluso la ligadura de trompas (para mujeres) y vasectomías (para hombres).
- Pruebas y asesoramiento para el embarazo.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) si es médicamente necesario.
- Exámenes de detección, pruebas y asesoramiento de las personas en riesgo de contraer VIH.

Los Servicios de planificación familiar, que incluyen todas las consultas, los exámenes, los procedimientos y servicios médicos que sean necesarios para recetar, dispensar, insertar, entregar, distribuir, administrar o quitar los medicamentos, dispositivos y otros productos o servicios, como también los medicamentos, dispositivos o productos anticonceptivos aprobados por la FDA, se proveen sin costo compartido para el miembro. Esto incluye cobertura para un suministro de doce meses de medicamentos anticonceptivos obtenidos de una vez. Puede solicitar un suministro más pequeño o bien su proveedor que hace la receta puede determinar que necesita un suministro más pequeño. Puede recibir el medicamento anticonceptivo en el lugar, en el consultorio del proveedor participante, si está disponible.

Interrupción de embarazo

Molina cubre los servicios de interrupción de embarazo que están sujetos a algunas restricciones de cobertura requeridas por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y por las leyes aplicables en el estado de Washington.

Los servicios de interrupción del embarazo son procedimientos realizados en el consultorio y no requieren autorización previa.

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

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

Tenga en cuenta que algunos hospitales y proveedores participantes no podrán proporcionarle servicios de interrupción de embarazo.

Asesoramiento nutricional

Cubrimos el asesoramiento nutricional médicamente necesario cuando es necesario para tratar afecciones médicas y está sujeto a la remisión por parte de su PCP. El asesoramiento nutricional se limita a 3 consultas en la vida; se aplicarán los costos compartidos.

Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) y otros defectos congénitos del metabolismo

Cubrimos pruebas y tratamiento de fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés). Además, cubrimos otros defectos congénitos del metabolismo que involucren aminoácidos. Esto incluye fórmulas y productos alimenticios especiales como parte de una dieta recetada por un proveedor participante y administradas por un profesional de atención médica autorizado. El profesional de atención médica consulta a un médico especializado en el tratamiento de enfermedades metabólicas.

La dieta debe considerarse médicamente necesario para evitar el desarrollo de discapacidades físicas o mentales graves, o para promover el desarrollo o funcionamiento normal.

A los fines de esta sección, se aplican las siguientes definiciones:

“Fórmula” es un producto enteral para su uso en el hogar que haya sido prescrito por un Proveedor participante.

“Producto alimenticio especial” es un producto alimenticio que receta un proveedor participante para el tratamiento de la PKU. También puede ser recetado por otros defectos congénitos del metabolismo. Se usa en lugar de los productos alimenticios normales, como los alimentos de la tienda de comestibles. No incluye un alimento que naturalmente sea bajo en proteínas.

Otras fórmulas especializadas y suplementos alimenticios no están cubiertos. Se aplicarán los costos compartidos de medicamentos recetados.

Formula elemental para el trastorno gastrointestinal eosinofílico asociado.

Cubrimos la fórmula elemental médicamente necesaria, independientemente del método de entrega, cuando esté asociada a un trastorno gastrointestinal eosinofílico asociado. Los beneficios deben ser solicitados y supervisados por un proveedor participante; se aplican los costos compartidos de servicios ambulatorios profesionales.

Servicios de atención médica ambulatoria en hospital/centro

Quimioterapia y otros medicamentos administrados por proveedores

Cubrimos quimioterapia y otros medicamentos administrados por proveedores cuando estén administrados por proveedores participantes y cuando sea médicamente necesario. La quimioterapia y otros medicamentos administrados por proveedores, ya sea que estén administrados en el consultorio del médico, un establecimiento para pacientes ambulatorios o pacientes internados, están sujetos al costo compartido del centro para pacientes ambulatorios o para pacientes internados.

Cirugía ambulatoria

Cubrimos los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios proporcionados por proveedores participantes. Los servicios deben ser proporcionados en un centro de cirugía ambulatorio o en el quirófano de un hospital. Es probable que se apliquen costos compartidos separados por servicios profesionales y servicios de un centro de atención médica.

Procedimientos ambulatorios (excepto cirugía)

Cubrimos algunos procedimientos ambulatorios después de la cirugía proporcionada por proveedores participantes. Se le debe requerir a un miembro del personal con licencia que supervise sus signos vitales a medida que recupera la sensación después de recibir medicamentos para reducir la sensación o para minimizar la molestia. Es probable que se apliquen costos compartidos separados por servicios profesionales y servicios de un centro de atención médica para todos los procedimientos ambulatorios.

Radioterapia para el cáncer

Cubrimos radioterapia cuando sea suministrada por proveedores participantes y médicamente necesaria. La radioterapia está sujeta a costos compartidos.

Servicios especializados de imágenes y exploración

Cubrimos servicios de exploración especializados, que incluyen TC, PET e IRM, por medio de proveedores participantes. Pueden aplicarse costos compartidos por separado por servicios profesionales y servicios de un centro de atención médica. Se necesita contar con autorización previa. Molina lo ayudará a elegir un centro apropiado.

Servicios de radiología (radiografías)

Cubrimos radiografías y servicios de radiología médicamente necesarios, que no sean servicios de exploración especializados, cuando sean suministrados por proveedores participantes. Es probable que se apliquen costos compartidos separados por servicios profesionales y servicios de un centro de atención médica. Los miembros son 100 % responsables de los cargos de los servicios brindados por un proveedor no participante y los pagos no aplicarán para el deducible o monto máximo anual que paga de su bolsillo.

Pruebas y servicios de laboratorio

Cubrimos los siguientes servicios cuando sean suministrados por proveedores participantes y sean médicamente necesarios. Estos servicios están sujetos a costos compartidos. Debe recibir estos servicios de proveedores participantes o los servicios no serán cubiertos. Usted será 100 % responsable del pago al proveedor no participante y los pagos no aplicarán para el deducible o el monto máximo anual que paga de su bolsillo.

- Los servicios, suministros y pruebas de laboratorio, incluidas las pruebas genéticas médicamente necesarias
- Otros análisis médicamente necesarios, tales como electrocardiogramas (ECG) y electroencefalogramas

(EEG)

- Hemoderivados, sangre y el almacenamiento de esta, incluidos los servicios y suministros de un banco de sangre
- Diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto por medio de procedimientos de diagnóstico
- Examen de detección de la alfafetoproteína (AFP)

Salud mental y conductual

Programas intensivos de tratamiento psiquiátrico para pacientes ambulatorios

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

- Atención médica ambulatoria a corto plazo y en hospitales (hospitalización parcial)
- Tratamiento multidisciplinario a corto plazo en un programa de tratamiento psiquiátrico intensivo para pacientes ambulatorios.
- Tratamiento a corto plazo en un programa residencial para casos de crisis en un centro de tratamiento psiquiátrico autorizado; el monitoreo permanente, las 24 horas del día, debe estar a cargo del personal clínico para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda, incluidos los medicamentos como parte de un plan de tratamiento.
- Observación psiquiátrica por una crisis psiquiátrica aguda.
- Servicios de atención médica domiciliaria proporcionados por un proveedor calificado y sujetos a limitaciones de los servicios de atención médica domiciliaria.

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Debe tener una autorización previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de emergencia o servicios de atención médica urgente a cargo de un proveedor participante. Sin embargo, si usted obtiene servicios en un hospital o si es admitido en el hospital por una emergencia, se cubrirá su hospitalización hasta que esté lo suficientemente estabilizado para ser transferido a un centro de un proveedor participante y siempre que su cobertura con nosotros no haya terminado. Molina trabajará con usted y con su médico para proporcionarle el transporte a un centro del proveedor participante. Si su cobertura con nosotros termina durante una estadía en el hospital, los servicios que reciba después de la fecha de finalización no son servicios cubiertos.

Después de la estabilización y de la provisión del transporte a un centro del proveedor participante, los servicios brindados o la admisión después de haber sido estabilizado en el centro de un proveedor no participante o fuera del área no son servicios cubiertos, por lo tanto, usted será 100 % responsable de los pagos a los proveedores no participantes y estos no se aplicarán al máximo anual de gastos de su bolsillo.

Servicios médicos/quirúrgicos

Cubrimos los siguientes servicios para pacientes internados en un hospital proveedor participante. Estos servicios generalmente y habitualmente se proporcionan en los hospitales generales de atención aguda dentro de nuestra área de servicio:

- Habitación y comidas, incluida una habitación privada si es médicamente necesaria
- Atención especializada y unidades de cuidado intensivo
- Atención de enfermería general y especializada
- Quirófanos y salas de recuperación.
- Servicios de médicos proveedores participantes, incluidas las consultas y los tratamientos por parte de especialistas.
- Anestesia
- Medicamentos recetados de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de medicamentos (para medicamentos de alta recetados cuando usted es dado de alta del hospital, consulte “Fármacos y

medicamentos recetados” en esta sección, “¿Qué está cubierto por mi Plan?”).

- Productos biológicos, fluidos y quimioterapia.
- Materiales radioactivos utilizados para propósitos terapéuticos
- Equipo médico duradero y suministros médicos.
- Diagnóstico por imágenes, laboratorio y procedimientos especiales, incluidos IRM, TC y PET.
- Mastectomías (extirpación del seno) y disecciones de nódulos linfáticos (Molina cubre un mínimo de 48 horas de atención durante internación después de una mastectomía y 24 horas de atención durante internación después de una disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de mama).
- Servicios relacionados con mastectomías, incluidos los servicios cubiertos según la sección “Cirugía reconstructiva” y la sección “Dispositivos ortopédicos y ortóticos”.
- Sangre, hemoderivados y su administración.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, aural y del habla (incluso el tratamiento en un programa de rehabilitación multidisciplinario organizado)
- Terapia respiratoria
- Servicios médicos sociales y planificación del alta
- Servicios médicos necesarios, incluida la cirugía debida a disforia de género.

Quimioterapia y otros medicamentos administrados por proveedores

Cubrimos quimioterapia y otros medicamentos administrados por proveedores cuando estén administrados por proveedores participantes y cuando sea médicamente necesario. La quimioterapia y otros medicamentos administrados por proveedores, ya sea que estén administrados en el consultorio del médico, un establecimiento para pacientes ambulatorios o pacientes internados, están sujetos al costo compartido del centro para pacientes ambulatorios o para pacientes internados.

Atención de maternidad Molina cubre la atención médica, quirúrgica y hospitalaria durante el término de su embarazo, lo que incluye la cobertura para una hija dependiente. Esto incluye el cuidado prenatal, intraparto y perinatal, en el momento del parto para parto normal, aborto espontáneo (aborto involuntario) y complicaciones del embarazo.

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

- La atención en hospital para pacientes internadas y la atención del centro de maternidad, incluida la atención de una enfermera partera certificada, durante 48 horas posteriores a un parto vaginal normal. También incluye la atención durante 96 horas posteriores al parto por cesárea. Las hospitalizaciones que se extiendan más de lo habitual necesitan ser autorizadas por Molina. Consulte "Atención de maternidad", en la sección "Servicios hospitalarios para pacientes internados", en el Resumen de beneficios (SBC, por sus siglas en inglés) de Molina Healthcare of Washington, Inc., para conocer los costos compartidos que aplicarán a estos servicios.
- Si su médico, después de hablar con usted, decide dar de alta a su recién nacido y a usted antes del período de 48 o 96 horas, Molina cubrirá los servicios posteriores al alta y los servicios de laboratorio. Cualquier decisión de acortar el período de atención durante la internación para la madre o el recién nacido debe estar a cargo del proveedor participante que asista. Se debe basar en la necesidad médica y se debe consultar con la madre. Si el período de hospitalización se acorta, se proporcionarán al menos 3 consultas de atención domiciliaria. Usted y su médico pueden acordar que 1 o 2 consultas son suficientes. La atención domiciliaria incluye educación para los padres, asistencia y capacitación en la alimentación por lactancia y biberón, y la administración de cualquier prueba clínica apropiada. (Se aplicarán costos compartidos de atención médica preventiva o costos compartidos de atención médica primaria a los servicios posteriores al alta, según corresponda). (Se aplicarán costos compartidos de pruebas de laboratorio a los servicios de laboratorio).
- Los servicios y suministros de guardería para recién nacidos, incluidos los niños adoptados recientemente.
- Si usted tiene un embarazo de alto riesgo desde el punto de vista médico y está a punto de dar a luz, cubrimos el transporte, incluido el transporte aéreo, al centro de atención médica adecuado más cercano

- cuando sea necesario para proteger la vida del bebé o de la madre.
- Diagnóstico prenatal de trastornos congénitos mediante exámenes preventivos o procedimientos de diagnóstico, si son médicamente necesarios.

Salud mental y conductual, y hospitalización psiquiátrica

Cubrimos la hospitalización psiquiátrica para pacientes internados en un hospital del proveedor participante. La cobertura incluye habitación y alimentación, medicamentos y servicios de médicos proveedores participantes y de otros proveedores participantes que son profesionales de atención médica autorizados y actúan dentro del ámbito de su autorización. Las admisiones involuntarias de salud conductual y de salud mental de pacientes internados ordenadas por orden judicial no requieren una autorización previa. Se cubrirán los servicios involuntarios de salud conductual y de salud mental de pacientes internados más allá de las 72 horas, solo si el director médico o designado de Molina Healthcare los considera médicamente necesarios y están disponibles en un hospital participante de Molina, bajo las siguientes condiciones. Cubrimos servicios de salud mental y conductual para pacientes internados, incluyendo servicios para el tratamiento de disforia sexual, solo cuando los servicios están destinados al diagnóstico o tratamiento de “trastornos mentales”. Un “Trastorno mental” es una condición de salud mental identificada como un “trastorno mental” en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales, edición actual, revisión de texto (DSM), incluidos los trastornos alimentarios asociados con el diagnóstico de una afección de salud mental categorizada por DSM, que resulta en una discapacidad del funcionamiento mental, emocional o del comportamiento significativa desde el punto de vista clínico. No cubrimos los servicios para afecciones que el DSM identifica como afecciones distintas a un “trastorno mental”.

Los “**trastornos mentales**” incluyen las siguientes afecciones: Enfermedad mental grave de una persona de cualquier edad.

La “**enfermedad mental grave**” abarca los siguientes trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), trastornos depresivos graves, pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Abuso de sustancias/dependencia química

Desintoxicación para pacientes internados

Cubrimos la hospitalización en un hospital del proveedor participante únicamente para desintoxicación y manejo médico de los síntomas de abstinencia. Esto incluye:

- Habitación y comidas
- Servicios del médico del proveedor participante
- Medicamento
- Servicios de recuperación de dependencia, educación y asesoramiento.

Cubrimos servicios por abuso de sustancias/dependencia química en virtud de esta Política.

Servicios de recuperación residencial

Cubrimos el tratamiento de abuso de sustancias en un entorno no médico de recuperación residencial de transición aprobado por escrito por Molina Healthcare. Aquí se proporcionan servicios de asesoramiento y apoyo en un ambiente estructurado.

Centro de enfermería especializada (60 días por año natural)

Cubrimos los servicios de un centro de enfermería especializada (SNF) cuando son médicamente necesarios y su PCP lo remita. Los servicios SNF cubiertos incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas

- Servicios de médicos, enfermeras y otros proveedores médicos, incluidos los proveedores de servicios autorizados de salud conductual
- Medicamentos
- Inyecciones

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

El beneficio de SNF se limita a 60 días por año natural.

Centro de atención a largo plazo después de la hospitalización

Cubrimos hasta 60 días de cuidados médicamente necesarios en un centro de atención a largo plazo después de la hospitalización si usted residía en un centro de atención a largo plazo inmediatamente antes de dicha hospitalización y si se cumplen los siguientes criterios:

- Su proveedor de atención médica primaria determina que sus necesidades de atención médica pueden ser atendidas en el centro solicitado. El centro solicitado cuenta con todas las licencias y certificados aplicables, y no se encuentra bajo una orden de suspensión de la asignación, que evita su readmisión.
- El centro solicitado acuerda aceptar el pago para los servicios cubiertos a la tarifa que pagamos a centros similares que son proveedores participantes.
- El centro solicitado acuerda cumplir con los estándares, términos y condiciones que solicitamos para centros similares que son proveedores participantes para (i) revisión de utilización, aseguramiento de calidad y revisión de pares; y (ii) procedimientos administrativos y de manejo, incluidos los informes financieros y de datos.

Un "Centro de atención a largo plazo" o "Centro" para los fines de este beneficio es un centro autorizado de enfermería bajo el Capítulo 18.51 del Código Revisado de Washington, una comunidad de retiro de cuidados continuos conforme a la Sección 70.38.025 del Código Revisado de Washington, o un centro autorizado de asistencia para las actividades de la vida diaria según el Capítulo 18.20 del Código Revisado de Washington.

Usted o su representante autorizado debe obtener una autorización previa para acceder a estos servicios. Se aplicarán los costos compartidos de coseguro por servicios hospitalarios para pacientes internados.

Cuidados paliativos

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

- Servicios de cuidados paliativos en el hogar
- Una habitación semiprivada en un centro de cuidados paliativos.
- Servicios de enfermería.
- Servicios médicos sociales.
- Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y amas de casa para atención médica ambulatoria
- Servicios del médico.
- Medicamentos.
- Suministros y aparatos médicos.
- Servicios de respiro hasta de catorce días (14) días de por vida. Los servicios de respiro constituyen la atención de corto plazo durante internación prestada para aliviar a una persona que lo cuida.
- Servicios de asesoramiento para usted y su familia.

- Desarrollo de un plan de cuidados para usted.
- Atención durante hospitalización a corto plazo
- Medicina analgésica.
- Administración de síntomas.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Ofrecemos estas terapias con el propósito de control de síntomas o para permitir que el paciente continúe con las actividades de la vida cotidiana y las habilidades funcionales básicas.

El beneficio del centro de cuidados paliativos es para las personas con diagnóstico de una enfermedad terminal. Se entiende por “enfermedad terminal” a una expectativa de vida de 12 meses o menos. Puede elegir la atención en un centro de cuidado paliativo, en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por esta Política. Puede comunicarse con Molina para obtener información adicional. Notifique a Molina antes que se presten los servicios, llamando al 1 (888) 858-3492. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamar sin cargo a nuestro TTY especial para personas sordas o con problemas de audición al (800) 735-2989.

Alternativa de la hospitalización o la atención durante hospitalización

En la medida que lo establezca la Ley del Estado de Washington, la atención médica domiciliaria provista por agencias de atención médica domiciliaria, los cuidados paliativos y la atención domiciliaria debidamente autorizados cubiertos por esta Póliza pueden sustituirse como una alternativa de la hospitalización o atención de pacientes internados si la hospitalización o la atención durante hospitalización es médicamente necesaria y dicha atención médica domiciliaria:

- puede proporcionarse a un costo equivalente o menor;
- es el entorno más adecuado y económico; y
- se sustituye con el consentimiento del asegurado y con la recomendación del médico tratante o el proveedor de atención médica autorizado del asegurado de que dicha atención responderá adecuadamente a las necesidades del asegurado.

La decisión de sustituir servicios menos costosos o menos intensivos se tomará según las necesidades médicas del asegurado individual. Podemos requerir un plan de tratamiento por escrito que ha sido aprobado por el médico tratante o el proveedor de atención médica autorizado del asegurado. La cobertura de la atención médica domiciliaria sustituida se limita a los beneficios máximos a disposición del hospital u otra atención durante hospitalización conforme a esta Política, y está sujeta a cualquier deducible, coseguro y límites de la Política aplicables.

Ensayos clínicos aprobados

Cubrimos los costos de atención médica rutinaria de pacientes para los miembros que califiquen. Atención médica rutinaria hace referencia a productos y servicios proporcionados al Miembro que son coherentes con Molina y que generalmente están cubiertos por Molina, para una cobertura de un Miembro que no está inscrito en un ensayo clínico. Los miembros que califican son aquellos que participan en ensayos clínicos aprobados para cáncer u otra enfermedad o afección que ponga en peligro la vida. Nunca se lo inscribirá en un ensayo clínico sin su consentimiento. Para calificar para dicha cobertura, necesita estar inscrito en esta Política. Ser diagnosticado con cáncer u otra enfermedad o afección que pone en peligro la vida. Debe:

- Ser aceptado en un ensayo clínico aprobado (según se define a continuación).
- Contar con la remisión de un médico de Molina que sea un proveedor participante.

Un ensayo clínico aprobado significa un ensayo clínico de Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV. Estos ensayos se realizan con relación a la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer. También pueden ser realizados por otra enfermedad o afección que ponga en peligro la vida. Además:

- El estudio está aprobado o financiado por uno o más de los siguientes: los Institutos Nacionales de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, el Departamento de Defensa de Estados Unidos, el Departamento de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos o el Departamento de Energía de Estados Unidos.
- O bien el estudio o la investigación se realizan conforme a una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- O bien el estudio o la investigación es un ensayo de un medicamento que está exento de dicha aplicación de un medicamento nuevo en investigación.
- Todos los requisitos de aprobación y de autorización que aplican a la atención médica rutinaria para los miembros que no participan en un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención médica rutinaria para los miembros en ensayos clínicos aprobados. Póngase en contacto con Molina o su PCP para obtener información adicional.

Si usted califica, Molina no puede denegar su participación en un ensayo clínico aprobado. Molina no puede denegar, limitar ni establecer condiciones sobre la cobertura de sus costos de rutina de paciente. Dichos costos están relacionados con su participación en un ensayo clínico aprobado para el cual usted califica. No se le denegará ningún servicio cubierto conforme a esta Política en función de su afección médica o participación en un ensayo clínico. Se cubre el costo de los medicamentos usados en la administración clínica directa del miembro. Estos costos no se cubren si el ensayo clínico aprobado se realiza para investigación de este medicamento. Estos costos tampoco estarán cubiertos para los medicamentos que se entregan generalmente de forma gratuita a los miembros en el ensayo clínico.

Por los servicios cubiertos relacionados con un ensayo clínico aprobado, se aplicarán costos compartidos de la misma manera que si el servicio no estuviera específicamente relacionado con un ensayo clínico aprobado. En otras palabras, usted pagará los costos compartidos que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con un ensayo clínico. Por ejemplo, para la atención durante hospitalización, usted pagaría los costos compartidos que se indican en "Servicios hospitalarios para pacientes internados" en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc.

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

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

Cirugía reconstructiva

Cubrimos los siguientes servicios de cirugía reconstructiva:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar las estructuras anormales del cuerpo. Estas estructuras anormales pueden ser causadas por defectos congénitos, anomalías de desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades. Los servicios estarán cubiertos si un médico del proveedor participante decide que es necesario mejorar la función o crear una apariencia normal, en la medida de lo posible.
- Luego de la extirpación médicamente necesaria, ya sea total o parcial, de una mama, Molina cubre la reconstrucción de la mama. Molina también cubre la cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica. Molina cubre el tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas.

Por los servicios cubiertos relacionados con la cirugía reconstructiva, pagará los costos compartidos que pagaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con cirugía reconstructiva. Por ejemplo, para la atención durante hospitalización, usted pagaría los costos compartidos que se indican en “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc.

Exclusiones de la cirugía reconstructiva

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

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

Servicios de trasplantes

Cubrimos los trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea, o trasplantes de órganos artificiales de acuerdo con las pautas médicas de Molina y las recomendaciones del fabricante en los centros participantes. Molina debe autorizar los servicios de un centro de trasplante, según se describe en la sección “Autorización previa”, en “¿Qué es una autorización previa?”.

Después de la autorización para un centro de trasplante, se aplica lo siguiente:

- Si el médico o el centro de atención médica autorizado determinan que no cumple con los criterios respectivos para un trasplante, Molina únicamente cubrirá los servicios que reciba antes de que se tome dicha determinación.
- Molina no es responsable de conseguir, proporcionar ni garantizar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea.
- De acuerdo con nuestras pautas para los servicios para trasplantes entre donantes vivos, Molina proporciona ciertos servicios relacionados con la donación de un donante. Molina brinda servicios para una persona identificada como posible donante, ya sea que el donante sea miembro o no. Estos servicios deben estar directamente relacionados para cubrir el trasplante. Puede incluir ciertos servicios para la recolección de los órganos, tejidos o médula ósea y para el tratamiento de complicaciones. Nuestras pautas para los servicios a donantes están disponibles llamando al número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente, 1 (888) 858-3492.
- Cuando sea médicamente adecuado, los servicios, suministros y tratamiento de trasplante cubiertos por esta Política también estarán cubiertos cuando se provean en un entorno ambulatorio.

Para servicios de trasplante cubiertos, usted pagará el costo compartido que pagaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con servicios de trasplante. Por ejemplo, para la atención durante hospitalización, usted pagaría los costos compartidos que se indican en “Servicios hospitalarios para pacientes internados” en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc. Los servicios de viaje limitados relacionados con trasplantes estarán cubiertos sujetos a autorización previa. Las pautas para los servicios de viaje relacionados con trasplantes están disponibles llamando al número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente, 1 (888) 858-3492.

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

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Cubrimos los medicamentos recetados si cumplen las siguientes condiciones:

- Son ordenados por un proveedor participante que lo está tratando, y el medicamento recetado está incluido en el formulario de medicamentos de Molina o ha sido aprobado por el Departamento de Farmacia de Molina. Las dosis de enseñanza de inyecciones autoadministradas se limitan a 3 dosis por medicamento de por vida.
- Se ordenan o proporcionan mientras usted se encuentra en una sala de emergencias o en el hospital.
- Se proporcionan mientras está en un centro de enfermería especializada y los ordena un proveedor participante en conexión con los servicios cubiertos. Los medicamentos recetados o los medicamentos se deben surtir por medio de una farmacia que se encuentra en la red de farmacias de Molina.
- El medicamento recetado lo receta un proveedor participante que es un médico de planificación familiar u otro proveedor cuyos servicios no requieren aprobación.

Cubrimos medicamentos recetados y medicamentos en una farmacia minorista contratada por el plan a menos que un medicamento recetado esté sujeto a una distribución restringida por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. o requiera manipulación especial, coordinación del proveedor o educación del paciente que no puede proporcionar una farmacia minorista.

Tenga en cuenta que el costo compartido por cualquier medicamento recetado que usted obtenga a través del uso de una tarjeta o cupón de descuento provisto por un fabricante de medicamentos recetados no se aplicará para ningún deducible, o para su máximo anual de gastos de su bolsillo bajo su plan.

Cubrimos:

- Nivel 1: Medicamentos de marca y genéricos de menor costo
- Nivel 2: Medicamentos de marca y genéricos preferidos
- Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 4: Medicamentos especializados de marca y genéricos
- Nivel 5: Medicamentos preventivos.

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

Los medicamentos recetados están cubiertos fuera del área de servicio solo para servicios de emergencia.

Si usted tiene problemas para surtir una receta médica en la farmacia, comuníquese con el número de teléfono gratuito de nuestro Centro de Apoyo al Cliente, al 1 (888) 560-4087, para solicitar asistencia. Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al número de teléfono gratuito de nuestra línea TTY especial, 1 (888) 665-4629, o comuníquese con nosotros a través del servicio de retransmisión de telecomunicaciones marcando 711.

Si usted necesita un intérprete para comunicarse con la farmacia acerca de cómo obtener sus medicamentos, llame a Molina Healthcare al número de teléfono gratuito 1 (888) 560-4087. Puede ver una lista de farmacias en la página web de Molina Healthcare, MolinaMarketplace.com.

Formulario de medicamentos de Molina Healthcare (lista de medicamentos)

Molina Healthcare tiene una lista de los medicamentos que cubriremos. La lista se conoce como el formulario de medicamentos. Los medicamentos incluidos en la lista son seleccionados por un grupo de médicos y

farmacéuticos de Molina Healthcare y la comunidad médica.

El grupo se reúne cada 3 meses para hablar acerca de los medicamentos que están en el formulario de medicamentos. Revisan nuevos medicamentos y cambios en la atención médica para encontrar los medicamentos más efectivos para diferentes afecciones. Los medicamentos se agregan o se quitan del formulario de medicamentos sobre la base de los cambios en la práctica y tecnología médica. También pueden agregarse al formulario de medicamentos cuando salen medicamentos nuevos al mercado.

Los medicamentos genéricos del formulario son los medicamentos descritos en el formulario de medicamentos de Molina que tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Para ser aprobados por la FDA (gobierno) los medicamentos genéricos deben tener el mismo ingrediente activo, la misma fuerza y dosis (formulación) que el medicamento de marca. Las compañías que elaboran un medicamento genérico deben probar ante el FDA que funciona bien y es tan seguro como el medicamento de marca.

Los medicamentos de marca preferidos son medicamentos recetados o medicamentos que se han registrado con una marca o marca registrada por el fabricante y son anunciados y se venden bajo ese nombre y se indican como marca en el Medi-Span o una base de datos nacional similar utilizada por Molina y nuestro administrador de beneficios de farmacia.

Puede acceder al formulario de medicamentos en la página web de Molina Healthcare en MolinaMarketplace.com. Puede llamar a Molina Healthcare y preguntar acerca de un medicamento. Llame al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare, 1 (888) 560-4087, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del este. Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al número de teléfono gratuito, 1 (888) 665-4629, o marque 711 para el servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

También puede solicitarnos que le enviemos una copia del formulario de medicamentos. Recuerde que el hecho de que un medicamento se encuentre en el formulario de medicamentos no garantiza que su médico se lo recetará para tratar su afección médica particular.

Terapia escalonada y consideraciones para medicamentos que requieren autorización previa

El director de nuestra farmacia y/o nuestro director médico revisarán los criterios médicos generales y trabajarán junto con su proveedor que le hace la receta. Se podrán considerar los siguientes parámetros a la hora de revisar su solicitud:

- Diagnóstico y afecciones médicas relevantes concurrentes,
- edad y sexo,
- alergias,
- justificación clínica para seleccionar el medicamento,
- si la afección por tratar es consecuente con las indicaciones aprobadas por la FDA y/o cumple con los criterios aprobados de uso seguro,
- resultado previsto de la terapia y los métodos que se utilizarán para medir el resultado,
- duración prevista de la terapia,
- experiencia previa con este medicamento, si corresponde,
- terapias de medicamentos anteriores, respuestas al medicamento y efectos adversos,
- terapia de medicamentos concurrente,
- antecedentes de cumplimiento,
- conocimiento del medicamento por parte del recetador,
- relación costo-eficacia del medicamento sobre los costos generales de atención médica, y
- si usted trató o no de encontrar un suministro de medicamentos adecuado del formulario y no lo logró.

Declaración sobre uso de medicamentos fuera de lo indicado

Molina cubrirá el uso fuera de lo indicado de un medicamento para brindarle tratamiento para una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal si el medicamento (1) ha sido aprobado por la FDA para, por lo menos, una indicación y (2) es reconocido como un medicamento eficaz para el tratamiento de la indicación en

cualquier compendio de referencia de medicamentos estándar o cualquier bibliografía médica revisada por colegas. El consumo de medicamentos fuera de lo indicado debe ser médicamente necesario para tratar su condición cubierta y debe tener una autorización previa. No le denegaremos la cobertura del uso del medicamento fuera de indicación únicamente porque el medicamento no esté en el Formulario de medicamentos.

Costos compartidos por medicamentos recetados

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

Sincronización del medicamento recetado

Molina proporciona una sincronización de medicamentos recetados, específica a las leyes aplicables dentro del Estado de Washington. La sincronización de medicamentos recetados es aplicable a los medicamentos que figuran en el formulario de medicamentos de Molina Healthcare y a cualquier medicamento que no figura en el formulario con autorización previa.

Puede solicitarle a un proveedor participante que le proporcione la sincronización de un medicamento recetado junto con otros medicamentos que esté tomando. Teniendo en cuenta la determinación del proveedor participante de que el surtido o la renovación de un medicamento recetado es lo mejor en su caso, y teniendo en cuenta la pertinencia del medicamento que se dispensará, Molina proporcionará dicho medicamento en un tiempo menor al suministro estándar de 30 días. Las solicitudes de sincronización de medicamentos recetados que son menores a un suministro de 30 días, siempre que el proveedor participante determine que no pone en riesgo su seguridad y que no se sospeche de fraude o abuso, se dispensarán en un suministro de 15 días.

Se le cobrará el costo compartido para el medicamento recetado igual al 50 % del costo compartido para el medicamento recetado indicado en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington.

Además, los procedimientos de farmacia de Molina le permitirán, sin necesidad de consultar a un médico, de receta o renovación por parte de un médico, abastecerse de una renovación temprana de productos oftálmicos tópicos si se cumplen todos los criterios siguientes:

- (1) La renovación es solicitada por un paciente a partir del 70 % de los días de uso previstos con respecto a:
 - (a) La fecha en que se dispensó la receta médica original al paciente; o
 - (b) La fecha en que se le dispensó al paciente la última renovación de la receta médica;
- (2) El recetador indica en la receta médica original que se necesitará una cantidad específica de renovaciones; y
- (3) La renovación no supera la cantidad de renovaciones indicada por el recetador, mencionada en la subsección (2) de esta sección.

Nivel 1: Medicamentos de marca y genéricos de menor costo

Los medicamentos de este nivel que se encuentran en el formulario incluyen medicamentos genéricos y de marca de menor costo. Los medicamentos especializados no están incluidos en este nivel.

Los medicamentos de marca y genéricos de menor costo son los medicamentos que muestran que, debido a la efectividad clínica y las diferencias de costo, se designan como “nivel 1” en el formulario de medicamentos de atención médica de Molina.

Nivel 2: Medicamentos de marca y genéricos preferidos

Los medicamentos de este nivel que se encuentran en el formulario incluyen medicamentos genéricos y de marca preferidos. Los medicamentos especializados no están incluidos en este nivel.

Los medicamentos de marca y genéricos preferidos son los medicamentos que muestran que, debido a la efectividad clínica y las diferencias de costo, se designan como “nivel 2” en el formulario de medicamentos de atención médica de Molina.

Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos

Los medicamentos de este nivel que se encuentran en el formulario incluyen medicamentos de marca no preferidos. Los medicamentos especializados no están incluidos en este nivel.

Los medicamentos de marca no preferidos son los medicamentos que se indican en el formulario de medicamentos de Molina que se designan como “nivel 3” debido a la efectividad clínica y costos de las diferencias menores. Generalmente existen alternativas terapéuticas preferidas y a menudo menos costosas en una categoría más baja.

Nivel 4: Medicamentos especializados de marca y genéricos

Los medicamentos de este nivel que se encuentran en el formulario incluyen medicamentos especializados genéricos y de marca, incluidos biosimilares.

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

- Solo están aprobados para tratar grupos de pacientes, indicaciones o afecciones limitadas, lo que incluye, sin limitación, las inyecciones de hormonas de crecimiento y medicamentos para tratamientos de infertilidad.
- Normalmente se inyectan, se administran por infusión o requieren supervisión cercana de parte de un médico o la persona clínicamente capacitada.
- Tienen disponibilidad limitada, requerimientos especiales de administración, manejo y entrega, o requieren de apoyo adicional al paciente, motivos por los cuales el medicamento es difícil de obtener por medio de las farmacias tradicionales.
- Un biosimilar, un producto biológico que es muy similar y no presenta diferencias clínicas significativas con un producto de referencia existente aprobado por la FDA.

Molina puede requerir que los medicamentos especializados se obtengan de una farmacia o centro de un proveedor participante especializado para la cobertura. Nuestra farmacia especializada coordinará con su médico o usted la entrega de medicamentos a su casa o al consultorio de su proveedor.

Cubrimos medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral usados para matar o desacelerar el crecimiento de las células cancerígenas al igual que los medicamentos contra el cáncer suministrados por vía intravenosa o inyectados. Los costos compartidos máximos para un medicamento anticanceroso administrado por vía oral son para un suministro de hasta 30 días y no están sujetos a un deducible.

Nivel 5: Medicamentos preventivos

Los medicamentos preventivos del formulario son medicamentos que figuran en el formulario de medicamentos de Molina cuyo uso se considera para fines preventivos, lo que incluye todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos que estén aprobados por el FDA, o si se los receta principalmente (1) para prevenir el inicio sintomático de un afección en una persona que ha desarrollado factores de riesgo de una enfermedad que

todavía no se ha vuelto clínicamente evidente o (2) para prevenir la recurrencia de una enfermedad o afección de la que el paciente se ha recuperado. No se considera preventivo a un medicamento si es recetado para tratar una enfermedad, lesión o afección sintomática existente. Los medicamentos preventivos del formulario pueden incluir medicamentos de marca o genéricos.

Acceso a los medicamentos que no están cubiertos

Molina tiene un proceso que le permite solicitar y obtener acceso a los medicamentos clínicamente apropiados que no están cubiertos por su producto.

Molina Healthcare puede cubrir los medicamentos específicos que no figuren en el formulario de medicamentos cuando el recetador documente en su historia clínica y certifique que la alternativa del formulario de medicamentos no ha sido efectiva en el tratamiento de la enfermedad o afección del miembro, o que causa o puede causar razonablemente, según el recetador, una reacción perjudicial o adversa en el miembro.

Si su médico receta un medicamento que no está incluido en el formulario de medicamentos, su médico debe presentar una solicitud de autorización previa al departamento de farmacia de Molina Healthcare.

- Si usted no obtiene una autorización previa de Molina, le enviaremos una carta a usted y a su médico indicando por qué fue denegado el medicamento. Usted puede comprar el medicamento al costo total que cobre la farmacia.
- Si obtiene una autorización previa de Molina, nos comunicaremos con su médico. Usted puede comprar el medicamento al costo compartido del nivel 3 para medicamentos no especializados o del nivel 4 para medicamentos especializados.

Para sustituir un medicamento genérico del formulario por un medicamento de marca que no se encuentre en el formulario, puede comprar el medicamento de marca al siguiente costo compartido:

- El costo compartido del nivel 3 para medicamentos no especializados o del nivel 4 para medicamentos especializados.
- La diferencia en el costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca del formulario.

Si está tomando un medicamento que ya no aparece en nuestro formulario de medicamentos, su médico puede solicitar que continuemos cubriéndolo mediante el envío de una solicitud de autorización previa para el medicamento.

El medicamento debe ser seguro y efectivo para su afección médica. Su médico debe escribir su receta médica por la cantidad normal del medicamento.

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

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

Usted o su proveedor participante recibirán un aviso respecto de nuestra decisión a más tardar:

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

Si se le deniega la solicitud inicial, usted o su proveedor participante pueden solicitar la revisión de una Organización de Revisión Independiente (IRO). Usted o su proveedor participante serán notificados de la decisión de la IRO a más tardar:

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

Proceso de Autorización Previa

Usted puede llamar a Molina Healthcare al 1 (888) 858-3492 para solicitar una autorización previa de medicamentos recetados. Se puede solicitar una revisión de atención médica urgente de un medicamento recetado para la atención o el tratamiento en que el paso del tiempo pueda poner seriamente en riesgo su salud. Molina tomará una decisión de la solicitud de revisión de atención médica urgente de un medicamento recetado dentro de las 48 horas de recibida la solicitud y toda la información necesaria. Ante solicitudes de revisión de un medicamento recetado para atención médica no urgente, las solicitudes de autorización previa se procesarán en cinco días naturales a partir de la recepción por parte de Molina de la solicitud y toda la información necesaria.

Si es necesaria información adicional para hacer la determinación de la autorización previa del medicamento recetado, Molina aprobará o denegará la solicitud dentro de las 48 horas de recibida la información adicional para la solicitud de revisión de atención médica urgente de un medicamento recetado o cuatro días naturales en el caso de una solicitud de revisión de atención médica no urgente. Denegaremos una solicitud autorización previa si no se brinda la información solicitada.

Si una solicitud de medicamento recetado no es médicamente necesaria, puede ser denegada. Usted recibirá una carta en la que se indique por qué fue denegada. Su médico o usted podrán apelar la decisión. La carta de denegación le indicará cómo presentar la apelación. Estas instrucciones se encuentran en la sección "Quejas y apelaciones".

Podemos explicarle cómo se toman las decisiones de autorización previa. Podemos enviarle una copia del proceso de aprobación si así lo solicita.

Medicamentos preventivos y suplementos de venta libre

Los medicamentos y suplementos de venta libre que de acuerdo con las leyes estatales y federales deben estar cubiertos por la atención médica preventiva están disponibles sin cargo cuando los receta un proveedor participante.

- Los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos de venta libre aprobados por la FDA no requieren una receta médica.
- Ácido fólico para las mujeres que tengan planificado un embarazo o que puedan quedar embarazadas
- Vitamina D para adultos residentes de la comunidad de 65 años o más para promover el fortalecimiento óseo
- Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses de edad con riesgo incrementado de padecer anemia ferropénica
- Aspirina para adultos para evitar enfermedades cardiovasculares

Medicamentos para dejar de fumar

Cubrimos los medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar. Tampoco tendrá costos compartidos para los medicamentos para dejar de fumar. Su PCP le ayuda a decidir cuáles son los medicamentos para dejar de fumar más indicados para usted. Puede obtener un suministro de medicamentos para dejar de fumar de hasta 3 meses.

Disponibilidad de pedido por correo de los medicamentos recetados del formulario

Molina le ofrece la opción de pedido por correo de medicamento recetado del formulario. Los medicamentos recetados del formulario pueden enviarse por correo dentro de los 10 días posteriores a la solicitud de pedido y aprobación. El costo compartido es un suministro de 90 días aplicado dos veces al costo compartido de copago o coseguro apropiados en función de la categoría de medicamento por un mes.

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

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

Terapia de medicamentos para el cáncer

Según lo requiere la ley estatal, están cubiertos los medicamentos de terapia para el cáncer y los costos razonables para administrarlos. Estos medicamentos están cubiertos independientemente de si la FDA ha aprobado el medicamento para el cáncer con el fin de ser utilizado para el tipo de tumor para el cual se están utilizando los medicamentos.

Medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral

Cubrimos los medicamentos anticancerosos autoadministrados recetados que se utilizan para matar las células cancerígenas o enlentecer su crecimiento de forma comparable con nuestra cobertura para medicamentos contra el cáncer administrados por un proveedor de atención médica o en un centro de salud.

Suministros para diabéticos

Los suministros para personas diabéticas, como jeringas para insulina, lancetas y dispositivos de punción, dispositivos de control de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir el nivel de glucosa en sangre y tiras reactivas para orina son suministros cubiertos. Los sistemas tipo pluma para la administración de insulina también están cubiertos.

Límite de días de suministro

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

Suministro de emergencia

"Suministro de emergencia" quiere decir una cantidad limitada de medicamento administrado que cubre el tiempo necesario para el procesamiento de una solicitud de autorización previa. Solo se aprobará y pagará la dosis del suministro de emergencia del medicamento.

El suministro de emergencia puede ser apropiado en circunstancias en las que el usted presenta, en una farmacia contratada, una "necesidad terapéutica urgente" de un medicamento recetado que requiere una autorización previa debido a restricciones del formulario o de administración de utilización. Una farmacia de la red puede hacer una excepción única para proporcionarle el suministro de emergencia sin autorización previa si:

- la farmacia de la red no puede comunicarse con el departamento de autorización previa de Molina por teléfono porque se encuentran fuera del horario de atención;
- Molina está disponible para responder por teléfono a la farmacia proveedora con respecto al beneficio, pero nosotros no podemos comunicarnos con el proveedor que hace la receta para una consulta completa;
- usted tiene una necesidad terapéutica urgente en la que el paso del tiempo (es decir, el plazo requerido para una revisión de urgencia) sin tratamiento podría resultar en una visita inminente a la sala de emergencias, admisión en un hospital O BIEN podría poner en grave peligro la vida o la salud tanto de usted como de otras personas en contacto con usted.

La dosis del suministro de emergencia debe ser el tamaño mínimo del paquete que no se pueda romper (por ejemplo, inyectable) o el suministro para 7 días o la cantidad recetada, el menor de ambos. En caso de que el medicamento deba ser consumido en forma continua para el tratamiento más allá de la autorización del suministro de emergencia, Molina puede aplicar restricciones de formulario o de administración de utilización que serán revisadas según nuestro procedimiento estándar.

La lista de medicamentos para suministro de emergencia, para tratar necesidades terapéuticas urgentes, es la siguiente:

- Antibióticos y antivirales para infecciones agudas
- Medicamentos para enfermedades de salud mental
- Medicamentos anticoagulantes/antiplaquetarios
- Antieméticos (para náuseas inminentes y vómitos)
- Medicamentos antirrechazo/inmunosupresores para pacientes trasplantados
- Antirretrovirales (terapia actual continuada, no nuevos inicios excepto uso de emergencia)
- Medicamentos cardiovasculares para tratamiento agudo únicamente (por ejemplo, antiarrítmicos, antihipertensivos)
- Inyecciones de epinefrina
- Medicamentos contra el dolor de liberación inmediata disponibles generalmente (no incluye fentanilo transmucoso de liberación inmediata)
- Medicamentos para ataques de gota (agudos)
- Insulina (terapia actual continuada, no nuevos inicios)
- Naloxona
- Tratamientos para sarna y piojos con receta médica
- Inhaladores de rescate y dispositivos de apoyo
- Medicamentos para convulsiones/epilepsia
- Triptanos

Usted será responsable por el costo compartido del suministro para 30 días. El costo compartido se basa en la categoría en que Molina ubicó al medicamento. También puede incluir deducibles, coseguros, copagos y cargos similares. Para obtener información sobre costos compartidos, consulte el Programa de beneficios de este Contrato.

Tenga en cuenta que los medicamentos especializados para afecciones crónicas, como medicamentos oncológicos, para hepatitis C, biológicos, tratamientos para esclerosis múltiple y reemplazo de enzimas y todos los medicamentos enumerados en la Categoría 4 no cumplen con los requisitos de necesidades terapéuticas urgentes y no están cubiertos para el suministro de emergencia. El suministro de emergencia tampoco está cubierto en los siguientes casos:

- Farmacias fuera de la red/no contratadas
- La renovación del suministro se solicita demasiado rápido
- Se superaron los límites de cantidad

SUS DERECHOS A LOS MEDICAMENTOS RECETADOS

Usted tiene derecho a recibir servicios de farmacia seguros y eficaces. También tiene derecho a saber qué medicamentos están cubiertos por su plan y los límites que se aplican. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de sus

beneficios de medicamentos recetados, comuníquese con nosotros llamando al 1-(888) 858-3492 o visitando MolinaMarketplace.com. Atendemos de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:30 p.m., hora del Pacífico. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamar sin cargo a nuestro TTY especial para personas sordas o con problemas de audición al (800) 735-2989.

Si desea recibir más información sobre sus derechos, o si tiene inquietudes sobre su plan, puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington llamando al 1-800-562-6900 o en www.insurance.wa.gov. Si tiene inquietudes sobre el farmacéutico o las farmacias que le prestan servicio, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Washington llamando al 360-236-4700, o bien en www.doh.wa.gov, o HSQACSC@doh.wa.gov

SERVICIOS AUXILIARES

Equipo médico duradero

Si necesita equipo médico duradero, Molina Healthcare alquilará o comprará el equipo por usted. Es necesaria una autorización previa (aprobación) de Molina Healthcare para el equipo médico duradero. El equipo médico duradero debe ser proporcionado a través de un proveedor contratado por Molina Healthcare. Una vez que se obtiene una autorización previa, el equipo médico duradero estará cubierto para el uso hospitalario o ambulatorio. Cubrimos impuestos sobre las ventas, reparaciones, mantenimiento, suministros de reparación, entrega y otros suministros relacionados razonables para un equipo médico duradero. Usted puede ser responsable de reparaciones de equipo médico duradero si se deben a mal uso o pérdida. El equipo médico duradero incluye, entre otros:

- oxígeno y equipo de oxígeno;
- monitores de apnea;
- ayudas pulmonares y suministros relacionados;
- máquinas nebulizadoras, máscaras faciales, tubos, medidores de flujo respiratorio máximo y suministros relacionados;
- aparatos espaciadores para inhaladores de dosis medidas;
- suministros de colostomía (se limita a bolsas, placas faciales, cinturones, catéteres de irrigación y barreras para la piel);
- equipo para mejorar la movilidad.

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

- monitores de glucosa en sangre diseñados para ayudar a los miembros con visión reducida o ciegos;
- bombas de insulina y todos los suministros relacionados;
- aparatos podiátricos para prevenir o tratar problemas del pie relacionados con la diabetes;
- ayudas visuales, excluidos lentes, para ayudar a las personas con visión reducida con la dosificación correcta de insulina.

Dispositivos protésicos y ortóticos

No cubrimos la mayoría de los dispositivos protésicos y ortóticos, pero cubrimos los dispositivos implantados internamente y los dispositivos externos que se describen en la sección "Aparatos protésicos y ortóticos", si se cumplen todos los requisitos siguientes:

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

Cuando cubrimos un dispositivo ortótico y ortopédico, incluidos, sin limitación, implantes testiculares colocados como parte de una cirugía reconstructiva cubierta, prótesis mamarias necesarias después de una mastectomía, y prótesis para reemplazar de forma total o parcial una parte del cuerpo externa facial, la cobertura incluye la colocación, el ajuste, la reparación o el reemplazo del dispositivo (salvo en caso de pérdida o mala utilización) y los servicios para determinar si necesita o no un dispositivo ortótico u ortopédico. Si cubrimos un dispositivo de reemplazo, usted paga los costos compartidos que se aplicarían para la obtención de dicho dispositivo, según se especifica a continuación.

Dispositivos implantados internamente

Cubrimos dispositivos ortopédicos y ortóticos, tales como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos de audición osteointegrados y articulaciones de la cadera, si estos aparatos se implantan internamente durante una cirugía que esté cubierta de otra manera por Molina Healthcare. Para los dispositivos que se implantan internamente, consulte las secciones "Servicios hospitalarios para pacientes internados" o "Servicios de atención médica ambulatoria en un hospital/centro" (según corresponda), en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc., para consultar los costos compartidos aplicables a esos dispositivos. Los implantes relacionados con la disfunción sexual como diagnóstico primario no se incluyen en este beneficio.

Dispositivos externos

Cubrimos los siguientes dispositivos ortopédicos y ortóticos externos:

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

- Prótesis utilizadas para reemplazar una parte faltante (tales como una mano, brazos o piernas) que sea necesaria para aliviar o corregir una enfermedad, lesión o defectos congénitos, incluidos los aparatos ortopédicos (no los aparatos ortopédicos de ortodoncia), limitados a equipos médicamente adecuados y sujetos a autorización previa. La reparación o el reemplazo de dicha prótesis es un servicio cubierto únicamente cuando se considere médicamente necesario y están sujetos a una autorización previa.

Para dispositivos externos, se aplicarán los costos compartidos para equipo médico duradero.

Atención médica domiciliaria (hasta 130 consultas por año)

Cubrimos estos servicios de atención médica domiciliaria, es decir, servicios de salud proporcionados en una base de tiempo parcial, intermitente a una persona confinada a su casa debido a una enfermedad física, cuando dichos servicios sean médicamente necesarios, remitidos por su PCP y aprobados por Molina Healthcare:

- visitas de medio tiempo por parte de enfermeras especializadas;
- consultas de enfermeras;
- servicios de atención médica en el hogar;
- fisioterapia, terapia ocupacional o del habla;
- servicios médicos sociales;
- servicios de auxiliares médicos domiciliarios;
- suministros médicos;
- aparatos médicos necesarios.

Los siguientes servicios de atención médica domiciliaria están cubiertos por su Política.

- hasta dos horas por consulta con una enfermera, un trabajador social médico, y un terapeuta físico, ocupacional o del habla, y hasta cuatro horas por consulta con un auxiliar médico domiciliario;
- hasta un máximo de 130 visitas por año natural (incluidas todas las visitas de atención médica domiciliaria).

Debe recibir una autorización previa para servicios de atención médica domiciliaria luego de las primeras siete (7) consultas. Consulte la sección “Exclusiones” de esta Política para obtener una descripción de las limitaciones de los beneficios y las excepciones aplicables.

SERVICIOS DE TRANSPORTE

Transporte médico de emergencia

Cubrimos servicios de transporte de emergencia (ambulancia terrestre y aérea) o transporte en ambulancia proporcionados a través del sistema de auxilio para emergencias "911". Estos servicios están cubiertos solo cuando cualquier otro tipo de transporte puede poner en riesgo su salud o seguridad. Los servicios de transporte médico de emergencia cubiertos se prestarán al costo compartido identificado en el Programa de beneficios, hasta la menor Cantidad autorizada de Molina para dichos servicios. Tenga en cuenta lo siguiente: Usted puede ser responsable de los cargos del proveedor que excedan la cantidad autorizada cubierta de Molina por este beneficio para servicios de transporte médico de emergencia prestados por un proveedor no participante.

Transporte médico para casos que no sean de emergencia

Cubrimos transporte médicamente necesario para casos que no sean de rutina ni de emergencia, tales como transporte en camioneta o ambulancia entre hospitales. Puede que se requiera autorización previa. Los servicios de transporte médico que no sea de emergencia cubiertos se prestarán al costo compartido identificado en el Programa de beneficios para servicios hospitalarios con internación.

OTROS SERVICIOS

Servicios de diálisis

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

- Los servicios son proporcionados dentro de nuestra área de servicio.
- Usted o un proveedor participante le notifican a Molina antes de que se provean los servicios. (No se necesita autorización previa).

Estos servicios están cubiertos para pacientes internados, ambulatorios y en el hogar.

Servicios de audición

No cubrimos aparatos de corrección auditiva (que no sean los dispositivos implantados internamente, según se describe en la sección de "Dispositivos ortopédicos y ortóticos").

Cubrimos aquellos exámenes de rutina de la audición que constituyen servicios de atención médica preventiva sin cargo alguno.

EXCLUSIONES

¿Qué está excluido de la cobertura según mi plan?

En la sección "Exclusiones", se enumeran los artículos y servicios específicos excluidos de la cobertura conforme a esta Política. Estas exclusiones se aplican a todos los servicios que, de otra manera, serían cubiertos conforme a esta Política, sin tener en cuenta si los servicios se encuentran dentro del alcance de la licencia o del certificado de un proveedor. Exclusiones adicionales que solo se aplican a un beneficio particular aparecen en la descripción de ese beneficio en la sección "¿Qué cubre mi Plan?".

Inseminación artificial y concepción por medios artificiales

Todos los servicios relacionados con la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales, como trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos (GIFT), semen y óvulos (y servicios relacionados con su obtención y almacenamiento), fertilización *in vitro* (IVF) y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT).

Cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica no está cubierta.

Ciertos exámenes y servicios

Exámenes físicos y otros servicios 1) necesarios para obtener o conservar un empleo o la participación en programas de empleo; 2) necesarios para obtener un seguro médico o el otorgamiento de una licencia; o 3) en orden judicial o requeridos para obtener la libertad vigilada o condicional. Esta exclusión no se aplica si un médico proveedor participante determina que los servicios son médicamente necesarios.

Servicios cosméticos

Servicios que están diseñados principalmente para cambiar o mantener su apariencia, excepto que esta exclusión no se aplique a ninguno de los siguientes:

- Los servicios cubiertos en "Cirugía reconstructiva", en la sección "¿Qué cubre mi plan?".
- Los siguientes dispositivos cubiertos en "Aparatos protésicos y ortopédicos" en la sección "¿Qué cubre mi Plan?": implantes testiculares realizados como parte de una cirugía reconstructiva cubierta, prótesis mamarias necesarias luego de una mastectomía y prótesis para reemplazar una parte externa del rostro, de forma total o parcial.

- Cirugía médicamente necesaria debida a disforia de género.

Cuidado de custodia

Asistencia con actividades de la vida cotidiana (por ejemplo, caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar medicamentos).

Esta exclusión no aplica a la asistencia en actividades de la vida diaria que se proporciona como parte de la cobertura de cuidados paliativos, centro de enfermería especializada o atención en hospital para pacientes internados.

Servicios dentales y de ortodoncia

Servicios dentales después del tratamiento por lesión en un diente sano natural. Sin embargo, los servicios o aparatos necesarios para el tratamiento médico o resultantes de este están cubiertos si el servicio tiene las siguientes características: 1) es de emergencia en naturaleza; o 2) requiere la extracción de un diente para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación para la enfermedad neoplásica.

Nutricionista

El servicio de un nutricionista no es un beneficio cubierto. Esta exclusión no aplica a los servicios que brinda un hospicio o a los Servicios cubiertos que se describen en la sección denominada “Fenilcetonuria (PKU) y otros errores innatos del metabolismo”.

Materiales desechables

Suministros desechables para uso en el hogar, como vendajes, gasa, cinta adhesiva, antisépticos, apósitos, vendas tipo Ace y pañales, protectores absorbentes y otros productos para incontinencia.

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

Medicamentos para la disfunción eréctil

Los medicamentos para tratar la disfunción eréctil no están cubiertos, a menos que lo exija la ley del estado.

Servicios experimentales o en investigación

Cualquier servicio médico, incluidos los procedimientos, medicamentos, centros y dispositivos que, según la determinación de Molina Healthcare, no han demostrado ser seguros ni eficaces en comparación con los servicios médicos convencionales. Al determinar si los servicios son experimentales o en proceso de investigación, Molina tendrá en cuenta si los servicios forman parte del uso general en la comunidad médica en el estado de Washington, si los servicios están bajo evaluaciones e investigaciones científicas continuas, si los servicios muestran un beneficio comprobable para una enfermedad particular y si se probó que son seguros y eficaces.

Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes:

- Los servicios cubiertos en “Ensayos clínicos aprobados”, en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

Consulte la sección de "Revisión externa o apelación" para obtener información acerca de la revisión médica independiente relacionada con la denegación de las solicitudes de servicios experimentales o de investigación.

Terapia genética

Molina no cubre la terapia genética.

Tratamiento contra la caída del cabello o para su crecimiento

No cubrimos los artículos y servicios para estímulo, la prevención u otro tratamiento contra la pérdida o para el crecimiento del cabello.

Servicios por infertilidad

No están cubiertos los servicios relacionados con el tratamiento de la infertilidad y la inversión de la esterilización voluntaria. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos para el diagnóstico de la infertilidad.

Atención intermedia

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

Centro de atención médica intermedia (ICF)

Un centro de salud diseñado para proporcionar un cuidado de custodia para personas que no pueden cuidarse por sí mismas debido a alguna debilidad mental o física, pero sin tener el grado de cuidado proporcionado en un hospital o en un centro de enfermería especializada.

Artículos y servicios que no son para la atención médica

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

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

Artículos y servicios para corregir defectos de refracción del ojo

Molina no cubre los artículos y servicios (como la cirugía de la vista o lentes de contacto para modificar los ojos) para la corrección de defectos de refracción del ojo, como miopía, hipermetropía o astigmatismo, excepto los que figuran en la lista “Servicios pediátricos para la vista” en la sección “¿Qué cubre mi plan?”.

Anticonceptivos para hombres

Los preservativos no están cubiertos.

Nutrición oral

Nutrición oral para pacientes ambulatorios, tales como suplementos nutricionales o dietéticos, fórmulas especializadas, suplementos, suplementos a base de hierbas, ayuda para pérdida de peso, fórmulas y alimentos.

Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes:

- Fórmulas y productos alimenticios especiales cuando sean recetados para el tratamiento de fenilcetonuria u otros defectos congénitos del metabolismo que incluyan aminoácidos, de acuerdo con la sección de “fenilcetonuria (PKU)” de esta Política.
- Formula elemental para el trastorno gastrointestinal eosinofílico asociado.

Servicios de atención privada de enfermería

No cubrimos los servicios de atención privada de enfermería.

Atención residencial

Atención en un centro donde usted permanezca durante la noche, salvo que esta exclusión no aplique cuando la estancia durante la noche sea parte de la atención cubierta en un hospital, un centro de enfermería especializada, servicios de respiro para pacientes internados cubiertos en la sección “Atención de cuidados paliativos”, un establecimiento con licencia que proporciona servicios residenciales para crisis cubiertos en “Hospitalización psiquiátrica y programas de tratamiento psiquiátrico intensivo” de la sección “Servicios de Salud Mental”, o un centro autorizado de proporcionar servicios de transición de recuperación residencial cubiertos en la sección de “Servicios de trastorno por abuso de sustancias”.

Artículos y servicios de atención podológica de rutina

Los artículos y servicios de atención podológica de rutina que no sean médicamente necesarios (por ejemplo, médicamente necesarios para el tratamiento de diabetes)

Servicios no aprobados por la Administración Federal de Medicamentos y Alimentos

Los medicamentos, los suplementos, las pruebas, las vacunas, los aparatos, los materiales radiactivos y cualquier otro servicio que por ley requieran la aprobación de la Administración Federal de Medicamentos y Alimentos (FDA) para ser vendidos en los Estados Unidos, pero que no estén aprobados por la FDA. Esta exclusión se aplica a los servicios proporcionados en cualquier lugar, incluso fuera de los Estados Unidos.

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

Consulte la sección "Revisión externa o apelación" para las denegaciones de terapias médicas experimentales o de investigación, para obtener información acerca de la Revisión Médica Independiente relacionada con la denegación de las solicitudes de servicios experimentales o de investigación.

Servicios proporcionados por personas que no tienen licencia

No cubrimos los servicios cubiertos prestados por personas que no requieren licencias o certificados estatales para proporcionar servicios de atención médica, excepto cuando en esta Política se especifique lo contrario.

Servicios relacionados con un servicio no cubierto

Cuando un servicio no está cubierto, todos los servicios relacionados con el servicio no cubierto están excluidos, excepto los servicios que Molina, de otra forma, cubriría para el tratamiento de complicaciones del servicio no cubierto. Molina cubre todos los servicios básicos médicamente necesarios para complicaciones de un servicio no cubierto. Por ejemplo, si usted se somete una cirugía bariátrica o cosmética sin cobertura, Molina no cubrirá los servicios que reciba en la preparación para la cirugía o para la atención de seguimiento. Si posteriormente sufre una complicación potencialmente mortal, como una infección grave, esta exclusión no se aplicaría y Molina cubriría los servicios que, de otra manera, cubriríamos para el tratamiento de esta complicación.

Disfunción sexual

El tratamiento de la disfunción sexual, sin importar la causa, incluidos, entre otros, los dispositivos, implantes, procedimientos quirúrgicos y medicamentos, no está cubierto, a menos que así lo exija la ley estatal.

Sustitución

Servicios para cualquier persona en relación con un acuerdo de madre sustituta, con la excepción de los servicios cubiertos que, de otra manera, se proporcionen a un miembro que es un sustituto. Un acuerdo de madre sustituta es aquel en el que una mujer (la madre sustituta) acuerda quedar embarazada y entregar al bebé a otra persona o personas que pretenden criar al niño.

Gastos de viaje y alojamiento

La mayoría de los gastos de viaje y alojamiento no están cubiertos. Molina Healthcare puede pagar ciertos gastos que Molina Healthcare autorice previamente de acuerdo con las pautas de alojamiento de viaje y de Molina. Las pautas de Molina Healthcare sobre viajes y alojamiento están disponibles en nuestro Centro de Apoyo al Cliente, llamando al número de teléfono gratuito 1(888) 858-3492. Puede llamar sin cargo a nuestro TTY especial para personas sordas o con problemas de audición al (800) 735-2989. Puede marcar 711 para el servicio de telecomunicaciones.

Servicios prestados fuera de los Estados Unidos (o del área de servicio)

No están cubiertos los servicios ni los suministros proporcionados a un miembro fuera de los Estados Unidos, si el miembro viajó al lugar con el propósito de recibir servicios médicos, materiales o medicamentos. Además, los servicios de atención médica rutinaria, atención médica preventiva, atención primaria, atención de un médico especialista y servicios para pacientes internados no están cubiertos cuando sean suministrados fuera de los Estados Unidos o en cualquier otro lugar fuera del área de servicio, salvo que sean servicios de emergencia proporcionados a un cliente mientras viaja. Cuando se produce la defunción fuera de los Estados Unidos, la evacuación médica y repatriación de restos no está cubierta.

Responsabilidad de terceros

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

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

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

INDEMNIZACIÓN AL TRABAJADOR

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

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

RENOVACIÓN Y FINALIZACIÓN

¿Cómo se renueva mi cobertura de Molina Healthcare?

La cobertura se renovará el primer día de cada mes, al momento en que Molina Healthcare reciba el pago de primas prepagas debidas. La renovación está sujeta al derecho de Molina Healthcare a enmendar esta Política. Usted debe seguir los procedimientos requeridos por el Intercambio de Beneficios de Salud para volver a determinar su elegibilidad de inscripción todos los años durante el período de inscripción abierta anual del Intercambio de Beneficios de Salud.

Cambios en primas, deducibles, copagos y Servicios cubiertos:

Cualquier cambio en este Contrato, incluso, entre otros, los cambios en las primas o los servicios cubiertos, el deducible, el copago, el coseguro y el máximo anual de gastos de su bolsillo, entra en vigor después de haber enviado un aviso con 60 días de anticipación a la dirección del suscriptor que figura en los registros de Molina. El Mercado de Seguros Médicos determina si usted es elegible para recibir créditos tributarios para reducir sus primas.

¿Cuándo termina mi membresía en Molina?

(Finalización de servicios cubiertos)

La fecha de finalización de su cobertura es el primer día que no esté cubierto por Molina (por ejemplo, si su fecha de finalización es el 1 de julio de 2018, su último minuto de cobertura fue a las 11:59 p.m. del 30 de junio de 2018). Si su cobertura finaliza por cualquier motivo, usted debe pagar todas las sumas adeudadas relacionadas con su cobertura con Molina, incluidas las primas, durante el período anterior a la fecha de finalización.

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

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

- **Ya no cumple con los requisitos de elegibilidad:** Usted ya no cumple con la edad u otros requisitos de elegibilidad para la cobertura conforme a esta Política, según lo exigido por Molina o el Intercambio de Beneficios de Salud. Ya no vive en el área de servicio de Molina para esta Política. El Intercambio

de Beneficios de Salud le enviará una notificación de cualquier determinación de elegibilidad. Molina le enviará una notificación cuando sepa que se ha mudado fuera del área de servicio.

- **Para la pérdida de elegibilidad no relacionada con la edad,** la cobertura finalizará a las 11:59 p.m. del último día del mes posterior al mes en que se hayan enviado cualquiera de esos avisos, a menos que usted solicite una fecha de vigencia de finalización previa.
- **Para hijos dependientes que alcancen el límite de edad de 26 años,** la cobertura en conformidad con esta Política para un hijo dependiente terminará a las 11:59 p. m del último día del mes en el cual el hijo dependiente alcance el límite de edad de 26 años, a menos que el hijo sea discapacitado y cumpla con los criterios especificados. Consulte la sección titulada “Límite de edad para los hijos (hijos con discapacidad)”.
- **Para un miembro no dependiente con cobertura de niño único que alcanza el límite de edad,** la cobertura del hijo único de conformidad con esta Política, incluida la cobertura de dependientes de miembros con cobertura de hijo único, finalizará a las 11:59 p.m. del último día del mes en el cual el menor no dependiente alcance el límite de edad de 21 años. Cuando la cobertura solo para niños de conformidad con esta Política termina cuando el miembro ha alcanzado los 21 años, el miembro y cualquier dependiente pueden ser elegibles para inscribirse en otros productos ofrecidos por Molina a través del Intercambio de Seguros.
- **Si solicita la cancelación de inscripción:** Decide finalizar su membresía y cancelar la inscripción en Molina por medio de un aviso al Intercambio de Beneficios de Salud. Su membresía finalizará a las 11:59 p.m. del 14.º día posterior a la fecha de su solicitud o una fecha posterior si así lo solicita. Molina puede, a su criterio, aceptar una solicitud de finalización de su membresía en menos de 14 días.
- **Tener cobertura solo para niños:** La cobertura solo para niños de conformidad con esta Política, incluida la cobertura de los miembros de cobertura solo para niños, terminará a las 11:59 p.m. del último día del año natural en el cual el miembro no dependiente alcanza los 21 años. Cuando la cobertura solo para niños de conformidad con esta Política termina cuando el miembro ha alcanzado los 21 años, el miembro y cualquier dependiente pueden ser elegibles para inscribirse en otros productos ofrecidos por Molina a través del Intercambio de Seguros.
- **Cambio en los planes de salud del Intercambio de Beneficios de Salud:** Decide cambiar de Molina a otro plan de salud ofrecido por medio del Mercado de Beneficios de Salud durante un período de inscripción abierta anual u otro período especial de inscripción para la que se determinó elegible de acuerdo con los procedimientos de inscripción especial del Intercambio de Beneficios de Salud, o cuando procure inscribir a un nuevo dependiente. Su membresía finalizará a las 11:59 p.m. del día anterior a la fecha de vigencia de la cobertura a través de su nuevo plan de salud.
- **Fraude o falsificación:** Usted realiza cualquier acto o práctica que constituya un fraude, o una falsificación de hechos materiales intencional según los términos de su cobertura con Molina. En tal caso, le enviaremos un aviso de finalización, y su membresía finalizará a las 11:59 p.m. en el séptimo día desde la fecha en que enviamos el aviso de finalización por correo. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:
 - Tergiversar información de elegibilidad.
 - Presentar una receta médica u orden del médico no válida.
 - Hacer mal uso una tarjeta de identificación del miembro de Molina Healthcare (o permitir que alguien más la utilice).

Después de sus primeros 24 meses de cobertura, Molina no podrá finalizar su cobertura debido a cualquier inexactitud, declaración errónea u omisión intencional en su formulario de solicitud.

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

- **Suspensión:** Si Molina deja de proporcionar o coordinar la prestación de los beneficios de salud para las políticas de planes de servicio de atención médica nuevos o existentes, en ese caso Molina le

proporcionará una notificación por escrito por lo menos 90 días antes de la suspensión de dichas políticas.

- **Retiro del plan:** Molina retira esta Política del mercado, en cuyo caso le proporcionará una notificación por escrito por lo menos 180 días antes de la fecha de finalización.
- **Incumplimiento de pago de primas:** Si usted no paga las primas exigidas antes de la fecha de vencimiento, Molina podrá cancelar su cobertura como se describe a continuación.

Su cobertura en virtud de ciertos Servicios cubiertos finalizará si lo hace su elegibilidad para dichos beneficios. Si solo finalizan determinados servicios cubiertos porque un miembro alcanza la mayoría de edad, la cobertura de estos beneficios según esta Política finalizará a las 11:59 p.m. del último día del mes en que el miembro ha alcanzado la edad límite, sin que se vea afectada la cobertura de ese miembro de acuerdo con el resto de esta Política. Cualquier miembro dependiente que ya no es elegible para permanecer en la cobertura debido a la finalización de su matrimonio o a la muerte del suscriptor principal, tendrá el derecho de continuar con esta Política sin presentar prueba alguna de asegurabilidad. Póngase en contacto con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina al 1 (888) 858-3492 o marque 711 para usar el Servicio de retransmisión nacional para sordos o personas con problemas de audición para que lo ayuden en la transferencia de su cobertura.

PAGOS DE PRIMAS Y FINALIZACIÓN POR FALTA DE PAGO

Avisos de primas/Finalización por falta de pago de primas

Las obligaciones de pago de primas son las siguientes:

- El pago de su prima para la cobertura del mes próximo vence a más tardar el 25.º día de dicho mes. Esta es la **“Fecha de vencimiento”**. Molina Healthcare le enviará una factura antes de la fecha de vencimiento para el siguiente mes de cobertura. Si Molina Healthcare no recibe el total del pago de la prima vencida hasta la fecha de vencimiento inclusive, Molina Healthcare enviará una notificación de no recepción del pago de la prima y de cancelación de la cobertura (el **“Aviso de pago atrasado”**) a la dirección registrada del suscriptor. Este aviso de pago atrasado incluirá, entre otros datos, lo siguiente:
- Una declaración de que Molina Healthcare no ha recibido el pago total de la prima, y que extinguiremos este contrato por falta de pago si no recibimos las primas requeridas antes de la fecha de vencimiento del período de gracia, según se describe en el aviso de pago atrasado.
- La suma de la prima vencida.
- La fecha y hora específica de vencimiento de la membresía del suscriptor y cualquier dependiente inscrito si no recibimos las primas exigidas.

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

- Un período de gracia de 30 días para realizar el pago total de la prima adeudada, si no recibe el pago por adelantado del crédito fiscal anticipado para la prima. Molina procesará el pago para los servicios cubiertos recibidos durante el período de gracia. Seguirá siendo responsable de cualquier prima impaga que le adeude a Molina Healthcare por el período de gracia; o
- Un período de gracia de 3 meses para realizar el pago total de la prima adeudada si usted recibe el pago por adelantado del crédito fiscal anticipado para la prima. Molina retendrá el pago de los servicios cubiertos recibidos luego del primer mes del período de gracia hasta que recibamos las primas atrasadas. Si no se reciben las primas al final del período de gracia de tres meses, usted será responsable del pago de los servicios cubiertos recibidos durante el segundo y el tercer mes. Además, usted seguirá siendo responsable de cualquier prima adeudada a Molina Healthcare durante el período de gracia si recibe el pago por adelantado del crédito fiscal anticipado para la prima.

Durante el período de gracia correspondiente para usted, puede evitar que se cancele o que no se renueve este Acuerdo realizando el pago total de la prima que le debe a Molina Healthcare. Si no realiza el pago total de la prima antes de que finalice el período de gracia, este Contrato se cancelará.

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

- del último día del mes anterior al comienzo del período de gracia si no recibe el pago por adelantado del crédito fiscal anticipado para la prima; o
- último día del primer mes del período de gracia si usted recibe el pago por adelantado del crédito fiscal anticipado para la prima.

Reinscripción posterior a la baja por falta de pago

Si se rescinde su contrato por incumplimiento del pago de las primas y desea volver a inscribirse en Molina (durante el período de inscripción abierta o el período de inscripción especial) durante el siguiente año del plan, es posible que le exijamos que pague las primas adeudadas más el pago del primer mes de prima en su totalidad, antes de que aceptemos su inscripción.

Aviso de finalización por falta de pago:

Al momento de la finalización de este Contrato, Molina Healthcare enviará por correo un aviso de finalización a la dirección del suscriptor registrada en el que se especifiquen la fecha y hora en que terminó la membresía.

Si Usted reclama que dimos por terminado el derecho del Miembro para recibir Servicios Cubiertos por el estado de salud del Miembro o por los requerimientos de servicios de atención médica, puede solicitar una revisión o apelar Nuestra decisión. Consulte la sección de esta Política titulada “Quejas y apelaciones”.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro de Molina Healthcare? Estos derechos y responsabilidades están publicados en la página web de Molina Healthcare: MolinaMarketplace.com.

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad por todas las personas que trabajan con Molina.
- Obtener información acerca de Molina, nuestros proveedores, nuestros médicos, nuestros servicios, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Elegir a su médico “principal” de la lista de proveedores participantes de Molina (a este médico se le llama médico de atención primaria o médico particular).
- Estar informado sobre su salud. Si tiene una enfermedad, tiene el derecho a ser notificado sobre todas las opciones de tratamiento, sin importar el costo o la cobertura de beneficios. Tiene derecho a que le respondan todas sus inquietudes acerca de su salud.
- Ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica. Usted tiene derecho a rechazar un tratamiento médico.
- Tiene derecho a la privacidad. Mantenemos su historia clínica de forma privada*.
- Ver su historia clínica. También tiene derecho a obtener una copia de su historia clínica y corregirla, cuando la ley lo permita*.
- Presentar una queja acerca de su atención o de Molina. Puede llamarnos, enviarnos un fax, un correo electrónico o escribir al Centro de Apoyo al Cliente de Molina.
- Apelar las decisiones de Molina. Tiene derecho a que una persona hable por usted durante la presentación de su queja.

- Cancelar la inscripción en Molina (dejar la Política de Molina).
- Pedir una segunda opinión acerca de su afección.
- Solicitar que una persona fuera de Molina investigue terapias que sean experimentales o de investigación.
- Decidir por adelantado cómo desea que lo atiendan en caso de tener una enfermedad o lesión potencialmente mortal.
- Obtener servicios de intérprete las 24 horas al día sin costo para ayudarlo a hablar con su médico o con nosotros si usted prefiere hablar en un idioma que no sea inglés.
- Obtener información acerca de Molina, sus proveedores o su salud en el idioma que prefiera.
- Solicitar y obtener materiales en otros formatos como letra de molde más grande, audio y sistema Braille, si los solicita con suficiente tiempo para preparar el formato solicitado y de conformidad con las leyes estatales vigentes.
- Obtener información libre sobre los criterios de necesidad médica debido a determinaciones adversas de beneficios.
- Obtener una copia de la lista de medicamentos aprobados (formulario de medicamentos) de Molina previa solicitud.
- Presentar una queja si usted no recibe medicamentos médicamente necesarios después de una consulta de emergencia en un hospital que tiene un contrato con Molina.
- No ser maltratado por Molina ni sus médicos por actuar conforme a cualquiera de estos derechos.
- Hacer recomendaciones acerca de la política sobre los derechos y responsabilidades de los miembros de Molina.
- No ser sometido a controles o aislamiento tendientes a presionar, castigar o buscar venganza.
- Presentar una queja o un reclamo si considera que Molina no cubre sus necesidades lingüísticas.

* Sujeto a las leyes estatales y federales

Sus responsabilidades

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

Aprender y hacer preguntas acerca de sus beneficios de salud. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios, llame al número de teléfono gratuito, 1 (888) 858-3492.

- Brindar información a su médico, proveedor o a Molina Healthcare que sea necesaria para recibir atención.
- Formar parte activa en las decisiones sobre su atención médica.
- Seguir sus planes de atención, los que usted ha acordado con su médico.
- Desarrollar y mantener una buena relación médico-paciente. Cooperar con su médico y su personal. Cumplir con las citas y llegar a tiempo. Si va a llegar tarde o no puede asistir a su cita, llame al consultorio del médico.
- Entregar su tarjeta de Molina cuando obtenga atención médica. No entregar su tarjeta a otras personas. Informe a Molina acerca de cualquier fraude o acto indebido.
- Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordados en la medida en que le resulte posible.

Participe activamente en su atención médica

Planifique con antelación.

- Programe sus citas en un horario que le resulte conveniente.
- Solicite su cita en un horario en el que el consultorio no tenga tanta gente si le preocupa esperar mucho.
- Mantenga una lista de preguntas que desee preguntarle a su médico.

- Solicite la renovación de su receta médica antes de quedarse sin el medicamento.

Aproveche al máximo las consultas al médico

- Haga preguntas a su médico.
- Haga preguntas acerca de los posibles efectos secundarios de cualquier medicamento recetado.
- Informe a su doctor si toma algún té o consume hierbas. También informe a su médico acerca de cualquier tipo de vitaminas o medicamentos de venta libre que está tomando.

Visite a su doctor cuando esté enfermo

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

Si desea obtener más información, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina sin costo al 1 (888) 858-3492. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamar sin cargo a nuestro TTY especial para personas sordas o con problemas de audición al (800) 735-2989. Atendemos de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:30 p.m., hora del Pacífico.

SERVICIOS DE MOLINA HEALTHCARE

Molina Healthcare mejora continuamente los servicios

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

Si usted desea obtener más información acerca de qué acciones tomamos para mejorar, llame al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare, 1 (888) 858-3492.

La privacidad de su atención médica

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Lea nuestra Notificación de las normas de privacidad en la portada de esta Política.

Tecnología nueva

Molina Healthcare siempre está buscando formas de cuidar mejor de nuestros miembros. Tenemos en marcha un proceso que busca tecnología médica, medicamentos y dispositivos nuevos para proporcionar posibles beneficios adicionales.

Nuestros directores médicos encuentran procedimientos, tratamientos, medicamentos y dispositivos nuevos cuando están disponibles. Presentan información de investigación al Comité de gestión de utilización. Estos médicos revisan la tecnología. Ellos sugieren si se puede agregar como tratamiento nuevo para los miembros de Molina Healthcare. Para obtener más información sobre la nueva tecnología, llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare.

¿Qué debo pagar?

Consulte el “Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Washington, Inc.” que se encuentra en la portada de esta Política para conocer sus responsabilidades en relación con los costos compartidos para los servicios cubiertos.

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

- Solicita y obtiene los servicios médicos que no están cubiertos, tales como cirugía cosmética.
- Solicita y obtiene servicios de atención médica de un médico u hospital que no sea un proveedor participante de Molina Healthcare sin obtener una aprobación de Molina Healthcare. La excepción se da en el caso de servicios de emergencia.

Si Molina Healthcare no le paga a un proveedor contratado por Molina (también conocido como un proveedor participante) para brindarle servicios cubiertos, usted no es responsable de pagar al proveedor ninguna cantidad que adeudemos nosotros. Esto no se aplica a los proveedores no participantes que no tienen contrato con Molina Healthcare. Los beneficios por los servicios proporcionados a su hijo dependiente menor de edad pueden pagarse a un tercero si:

- El tercero es nombrado en una orden judicial como el curador de administración o tutela del niño.
- Molina Healthcare ya no ha pagado alguna parte del reclamo.

Para que los beneficios que serán pagaderos a un curador de administración o tutela de un niño, el curador de administración o tutela debe presentar a Molina Healthcare, con un formulario de reclamo, constancia de pago de los gastos y una copia certificada de la orden judicial que nombre a esa persona como curador de administración o tutela. Molina puede deducir de los pagos de beneficios cualquier suma que le deba el receptor del pago. Se considerará que el pago a usted o a su proveedor, o la deducción realizada por Molina Healthcare de pagos de beneficios de las sumas adeudadas a Molina Healthcare satisfacen sus obligaciones hacia usted en virtud del plan. Usted recibirá una explicación de beneficios para que usted sepa lo que se ha pagado. Todos los beneficios pagados en virtud de esta Política en nombre de un hijo dependiente cubierto al cual la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Washington le proporciona beneficios de asistencia financiera y médica deben ser pagados a dicho departamento cuando el padre o la madre que adquirió la póliza individual tenga la tenencia del niño o acceso a este en virtud de una orden judicial, o no tenga derecho a la tenencia del niño ni acceso a este y esté obligado por el tribunal a pagar la manutención. Molina Healthcare debe recibir en su oficina de Washington una notificación por escrito adjunta al reclamo cuando se presenta el reclamo por primera vez, y la notificación debe indicar que todos los beneficios pagados de acuerdo con esta sección deben pagarse directamente a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Washington.

¿Qué ocurre si he pagado una factura o una receta médica?

(Disposiciones sobre reembolsos)

Mientras la mayoría de los reclamos por el pago de servicios cubiertos serán presentados directamente por sus proveedores participantes, usted puede presentar los cargos en los que incurra por servicios cubiertos. Estos pueden ser presentados por usted como un reclamo a Molina Healthcare. Por ejemplo, usted podría haber recibido servicios de emergencia de un proveedor no participante. Con la excepción de cualquier suma de costo compartido requerida (tales como un copago o coseguro), si usted ha pagado por un servicio cubierto o una receta médica que se aprobó o que no requiere aprobación, Molina Healthcare se le reembolsará.

Deberá enviarnos por correo o por fax una copia del recibo del médico, del hospital o de la farmacia y una copia de su recibo. Si el recibo es por una receta médica, será necesario que incluya una copia de la etiqueta de la receta médica. Envíe por correo esta información al Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare. La dirección se encuentra en la página de bienvenida de esta Política. Todas las reclamaciones deben presentarse en forma oportuna dentro de los siguientes 90 días a partir de la fecha en que usted reciba los servicios o suministros. Los reclamos que no se presenten y que Molina Healthcare reciba dentro de los doce (12) meses posteriores a esa fecha no se considerarán para el pago de los beneficios, salvo cuando falte capacidad legal.

Después de recibir Su reclamo, nosotros le notificaremos por escrito acerca de la aceptación o rechazo del reclamo dentro de los 15 días laborales posteriores a recibir toda la información que necesitamos para procesar el reclamo.

Si necesitamos más tiempo, le notificaremos los motivos por los que necesitamos más tiempo y aceptaremos o rechazaremos el reclamo dentro de 45 días. Si Su reclamo es aceptado, le enviaremos un cheque dentro de los 5 días laborales posteriores a Su aviso. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar como se explica en la sección Quejas y apelaciones de esta Política.

¿Cómo paga Molina Healthcare mi atención de salud?

Molina tiene contratos con los proveedores de muchas maneras. A algunos proveedores participantes de Molina se les paga una suma fija por cada mes que usted está asignado a su atención, ya sea que usted lo consulte o no. También hay algunos proveedores que reciben pagos en función de pago por cada servicio. Esto significa que se les paga por cada procedimiento que llevan a cabo. Algunos proveedores pueden recibir incentivos por brindar atención médica preventiva de calidad. Molina no ofrece incentivos financieros para las decisiones de administración de utilización que pueden provocar denegaciones de remisiones o subutilización. Para obtener más información acerca de cómo se les paga a los proveedores, llame sin cargo al Centro de Apoyo al Cliente de Molina al 1 (888) 858-3492. Atendemos de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:30 p.m., hora del Pacífico. También puede llamar al consultorio de su proveedor o grupo médico de su proveedor para obtener esta información.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Esta disposición sobre coordinación de beneficios (“**COB**”, por sus siglas en inglés) se aplica cuando una persona tiene cobertura para atención médica en más de un plan. El término **Plan** se define a continuación. El orden de las reglas de determinación de beneficio rige el orden en que cada plan pagará un reclamo de beneficios. El plan que paga primero se denomina “**Plan primario**”. El plan primario debe pagar beneficios de acuerdo con las disposiciones de la Política, sin considerar la posibilidad de que el otro plan puede cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el “**Plan secundario**”. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes no excedan el 100 % de los gastos de asignación totales.

Definiciones

Un “**plan**” proporciona beneficios o servicios de atención médica o dental o tratamiento. Si se utilizan contratos diferentes para brindar cobertura coordinada a miembros de un grupo, dichos contratos se consideran parte del mismo plan y no hay COB entre estos. Sin embargo, si las reglas de COB no se aplican a todos los acuerdos, o a todos los beneficios en el mismo acuerdo, el acuerdo o beneficio por el cual el COB no se aplica es tratado como un plan independiente.

- (1) El **plan** incluye lo siguiente: Los acuerdos de seguros por discapacidad generales, individuales o grupales, y los acuerdos individuales o grupales emitidos por contratistas de servicios de atención médica o por organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), planes de panel cerrado u otras formas de cobertura grupal; los componentes de atención médica de contratos de atención a largo plazo, como la atención de enfermería especializada; y Medicare y cualquier otro plan gubernamental y federal, según lo permite la ley.
- (2) El **plan** no incluye lo siguiente: Indemnización hospitalaria o cobertura de pago fijo u otras indemnizaciones fijas o coberturas de pago fijo; cobertura únicamente de accidentes; cobertura de enfermedad especificada o de accidente especificado; cobertura médica de beneficio limitado, según lo define la ley estatal; tipo de cobertura de accidente escolar; beneficios para los componentes no médicos de las políticas de atención a largo plazo; políticas de seguros de automóviles requeridas por estatuto para proporcionar beneficios médicos; políticas suplementarias de Medicare; cobertura Medicaid; o cobertura bajo otros planes gubernamentales federales, a menos que lo permita la ley; beneficios proporcionados como parte de un acuerdo directo con una práctica de atención médica primaria directa de paciente-proveedor según lo define la ley.

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

“**Este plan**” hace referencia, en una disposición sobre la **COB**, a la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica a los que se aplica la disposición sobre la **COB** y que pueden reducirse a causa de los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporcione beneficios de atención médica se la considera separada de este plan. Un contrato puede aplicar una cláusula de la **COB** para ciertos beneficios, tales como los beneficios dentales, para coordinar solo con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de la **COB** para coordinar otros beneficios.

El orden de las reglas de determinación de beneficio determina si este plan es un plan primario o secundario cuando la persona que tiene cobertura para atención médica con más de un plan. Cuando este plan es el primario, determina primero el pago de sus beneficios antes que los de cualquier otro plan, sin considerar los beneficios de otros planes. Cuando el plan es secundario, determina sus beneficios después de aquellos de otro plan y debe hacer un pago en una suma para que, si se combina con la suma pagada por el plan primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes para el reclamo sean iguales al 100 % del gasto de asignación total por dicho reclamo. Esto significa que cuando este plan es secundario, debe pagar la suma que, cuando se combina con lo que abonó el plan primario, hace un total del 100 % del gasto de asignación más alto. Además, si este plan es secundario, debe calcular sus ahorros (la suma pagada descontada de la suma que se hubiera pagado si hubiera sido el plan primario) y registrar esos ahorros como una reserva de beneficio para la persona cubierta. Esta reserva se debe utilizar para pagar cualquier gasto durante el año natural, ya sea un gasto de asignación bajo este plan o no. Si este plan es secundario, no se requerirá que pague la suma en exceso de su beneficio máximo más cualquier ahorro acumulado.

“**Gasto de asignación**”, excepto como se detalla a continuación, se refiere a cualquier gasto de atención médica, incluidos los coseguros o copagos y sin la reducción de ningún deducible aplicable, que está cubierto en su totalidad o en parte por cualquiera de los planes que cubren a la persona. Cuando se coordinan los beneficios, cualquier plan secundario debe pagar una suma, que, junto con el pago realizado por el plan primario, no puede ser menor al mismo gasto de asignación que el plan secundario hubiera pagado si hubiera sido el plan primario. En ningún caso se requerirá que un plan secundario pague la suma en exceso de su beneficio máximo más los ahorros acumulados. Cuando Medicare, Parte A, Parte B, Parte C o Parte D es primario, la suma de asignación de Medicare es el gasto de asignación.

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

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

Un “**plan de panel cerrado**” es un plan que brinda beneficios de atención médica a las personas cubiertas en forma de servicios a través de un panel de proveedores que están empleados principalmente por el plan, y excluye la cobertura de servicios proporcionados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o remisión por parte de un miembro del panel.

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

Orden de las reglas de determinación de beneficios

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

- A. El plan primario paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus disposiciones de cobertura y sin importar los beneficios de cualquier otro plan.
- B. (1) Con excepción de lo mencionado en el párrafo (2), un Plan que no contiene una disposición de coordinación de beneficios coherente con esta norma siempre será el primario, a menos que las disposiciones de ambos planes indiquen que el plan en cumplimiento es primario.

(2) La cobertura que se obtenga en virtud de la membresía en un grupo, diseñada para complementar una parte de un paquete de beneficios básicos y que establece que esta cobertura complementaria debe ser excedente de cualquier otra parte del plan ofrecida por el titular del Contrato. Ejemplos de estos tipos de situaciones son las coberturas de servicios médicos principales que se superponen sobre los beneficios hospitalarios y quirúrgicos básicos del plan, así como las coberturas de tipo de seguro que se confeccionan en relación con un **plan de panel cerrado** para proporcionar beneficios fuera de la red.
- C. Un plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro plan en el cálculo del pago de sus beneficios solo cuando es secundario a ese otro plan.
- D. Cada plan determina su orden de beneficios con la primera de las siguientes reglas que corresponda:
 - (1) No dependiente o dependiente. El plan que cubre a la persona de cualquier forma menos dependiente, por ejemplo, como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado, se considera el plan primario. El plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario con respecto al plan que cubre a la persona como dependiente, y primario respecto del plan que cubre a la persona que no sea dependiente (p. ej., un empleado jubilado), entonces, el orden de los beneficios entre los dos planes se revierte para que el plan que cubre la persona como empleado, miembro, titular de la política, suscriptor o jubilado sea el plan secundario, y el otro sea el primario.
 - (2) Hijo dependiente cubierto por más de un plan. A menos que exista una sentencia judicial que indique lo contrario, cuando un hijo dependiente está cubierto por más de un plan, el orden de los beneficios se determina de la siguiente manera:
 - (a) Para un hijo dependiente cuyos padres estén casados o vivan juntos, se hayan o no casado alguna vez:
 - (b) El plan del padre o la madre cuyo cumpleaños caiga antes en el año natural es el plan primario; o bien
 - (c) Si ambos padres tienen la misma fecha de cumpleaños, el plan que haya cubierto al padre o la madre durante más tiempo será el primario.
 - (d) Para un hijo dependiente cuyos padres estén divorciados, separados o ya no viven juntos, así hayan estado casados alguna vez o no, aplicará alguna de las siguientes opciones:

- (i) Si una sentencia judicial determina que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica o de la cobertura para atención médica del hijo dependiente y el plan de dicho padre tiene conocimiento real de tal determinación, ese plan será el primario. Esta regla aplica para los períodos de determinación de reclamos que comiencen después de que el plan reciba el aviso de la sentencia judicial.
 - (ii) Si una sentencia judicial establece que un padre debe asumir la responsabilidad financiera primaria para el hijo dependiente, pero no se menciona la responsabilidad frente a los gastos de atención médica, el plan del padre que asume la responsabilidad financiera es primario.
 - (iii) Si una sentencia judicial determina que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o de la cobertura para atención médica del hijo dependiente, el orden de beneficios está determinado por las disposiciones del subpárrafo (a) anterior.
 - (iv) Si una sentencia judicial determina que ambos padres tienen custodia compartida sin especificar que uno es responsable de los gastos de atención médica o de la cobertura para atención médica del hijo dependiente, el orden de beneficios está determinado por las disposiciones del subpárrafo (a).
 - (v) Si no hay una sentencia judicial que determine la responsabilidad de los gastos de atención médica o de la cobertura para atención médica del hijo dependiente, el orden de beneficios para el niño será el siguiente:
 - El plan que cubre al **padre que tiene la tenencia**; primero, el plan que cubra al cónyuge del **padre que tiene la tenencia**, segundo,
 - el plan que cubre al **padre sin la custodia**, tercero, y luego
 - el plan que cubre al cónyuge del **padre sin la custodia**, por último.
 - (e) Para un hijo dependiente cubierto por más de un plan de personas que no sean sus padres, las disposiciones de los párrafos (a) o (b) anteriores determinan el orden de los beneficios como si esas personas fueran los padres del niño.
- (3) Empleado activo o empleado retirado o despedido. El plan que cubra a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no esté ni despedido ni jubilado, será el plan primario. El plan que cubra a esa misma persona como empleado jubilado o despedido será el plan secundario. Lo mismo será verdad si una persona es dependiente de un empleado activo, y esa misma persona es dependiente de un empleado retirado o despedido. Si el otro plan no tiene esta regla, y, como resultado, los planes no acuerdan el orden de los beneficios, esta regla se ignorará. Esta regla no se aplica si la regla de la sección D (1) puede determinar el orden de beneficios.
- (4) Continuidad de la cobertura por el estado o COBRA. Si una persona cuya cobertura está proporcionada de acuerdo con COBRA o con un derecho de continuidad proporcionado por otras leyes estatales o federales está cubierta por otro plan, será el plan primario aquel que cubra a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado, o que la cubra como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado; y la cobertura COBRA, estatal u otro tipo de continuidad de la cobertura federal será el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta regla, y, como resultado, los planes no acuerdan el orden de los beneficios, esta regla se ignorará. Esta regla no se aplica si la regla de la sección D (1) puede determinar el orden de beneficios.
- (5) Mayor o menor duración de la cobertura. El plan que cubre a la persona como empleado, miembro, titular de la política, suscriptor o jubilado durante más tiempo será el plan primario, y el plan que cubre a la persona durante el período más corto será el secundario.

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

Efecto en los beneficios de este plan

Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios de modo que el total de los beneficios pagados o proporcionados por todos los planes durante un período de determinación de reclamo no superen los gastos de asignación totales. En la determinación de la suma que se pagará ante cualquier reclamo, el **plan secundario** debe hacer el pago en una suma de manera que, cuando se combine con la suma pagada por el plan primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes para el reclamo sean iguales al 100 % del gasto de asignación total para ese reclamo. El **gasto total de asignación** es el **gasto de asignación** más elevado del **plan primario** o el **plan secundario**. Además, el **plan secundario** deberá acreditar a su plan toda suma deducible que se hubiera acreditado a su deducible en la ausencia de la otra cobertura para atención médica.

Derecho a recibir y divulgar la información necesaria

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

Facilidad de pago

Si los pagos que deberían haberse realizado conforme a este plan son realizados por otro plan, el emisor tiene el derecho, a su discreción, de abonarle al otro plan la suma que determine apropiada para satisfacer la intención de esta disposición. Las sumas pagadas al otro plan se consideran beneficios pagados en virtud de este plan. Respecto de esos pagos, el emisor queda completamente libre de responsabilidad con respecto a este plan.

Derecho de recuperación

El emisor tiene el derecho de recuperar el pago en exceso siempre que haya abonado los gastos de asignación en exceso de la cantidad máxima de pagos necesarios para satisfacer la intención de esta provisión. El emisor puede recuperar el pago en exceso de una persona a quien o para quien se realizó el pago o cualquier otro emisor o plan.

Disputas de coordinación

Si usted considera que no hemos pagado un reclamo correctamente, primero debe intentar resolver el problema comunicándose con nosotros. Siga los pasos que se describen en la sección “Quejas”, a continuación. Si aún no está satisfecho, puede llamar a la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington para recibir instrucciones acerca de cómo presentar una queja al consumidor. Llame al 1 (800) 562-6900 o al 1 (360) 725-7080 o visite la página web de la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington en www.insurance.wa.gov.

Aviso para personas cubiertas

Si está cubierto por más de un plan de beneficios de salud, y no sabe cuál es su plan primario, usted o su proveedor deben comunicarse con cualquiera de sus planes de salud para verificar cuál es el plan primario. El plan de salud que usted contacta es responsable de trabajar con el otro plan para determinar cuál es el plan primario y se lo harán saber dentro de treinta días naturales.

Nota: Todos los planes de salud tienen requisitos de presentación de reclamos oportunos. Si usted o su proveedor no pueden presentar su reclamo ante un plan de salud secundario dentro del tiempo límite de presentación de reclamos del plan, este puede denegar el reclamo. Si experimenta retrasos en el procesamiento de su reclamo por parte del plan de salud primario, usted o su proveedor necesitarán presentar su reclamo al plan de salud secundario dentro del tiempo límite para presentar reclamos para evitar la denegación de este. Para evitar retrasos en el procesamiento de facturas y reclamos, si está cubierto por más de un plan, debe informarles prontamente a sus proveedores y planes de cualquier cambio en su cobertura. Los límites de tiempo para los planes primarios y secundarios pueden ser no menos favorables que lo que se estipula en la ley.

Directivas anticipadas

Una directiva anticipada es un formulario que informa a los proveedores médicos qué tipo de atención usted desea obtener en caso de no poder hablar por sí mismo. Una directiva anticipada se escribe antes de tener una emergencia. Es una manera de evitar que otras personas tomen decisiones importantes sobre la atención de su salud si usted no está en condiciones de tomar esas decisiones. Un “poder notarial duradero para la atención médica” y una “declaración de ley de muerte natural” son ejemplos de directivas anticipadas. Usted tiene derecho a formular una directiva anticipada. Su PCP puede responder preguntas sobre las directivas anticipadas. Puede llamar a Molina para obtener información en relación con la ley estatal sobre directivas anticipadas y los cambios a las leyes de directivas anticipadas. Molina actualiza la información sobre las directivas anticipadas a más tardar noventa (90) días naturales a partir de la fecha en que recibe el aviso de cambios a las leyes estatales. Para obtener más información, llame al número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente de Molina al 1 (888) 858-3492. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque 711 para usar el Servicio de retransmisión nacional.

QUEJAS Y APELACIONES

Definiciones utilizadas en reclamos y apelaciones

El término "Determinación adversa con relación a un beneficio" representa cualquiera de los siguientes: denegación, reducción o finalización, falla para proveer o realizar un pago (en su totalidad o en parte) para un beneficio, lo que incluye una denegación, reducción, finalización o falla para proveer o realizar un pago que se basa en la determinación de la elegibilidad del miembro o solicitante para participar en este plan, como así también la falta de cobertura de un artículo o servicio para los cuales los beneficios se proveerían de otra forma porque está determinado como experimental o de investigación o no médicamente necesario o apropiado.

"Revisión externa de determinación adversa de beneficios" se refiere a una solicitud de un miembro o de un representante designado del miembro para que una Organización de Revisión Independiente determine si las decisiones de revisión interna de Molina son las correctas.

"Decisión final sobre la revisión externa" se refiere a la determinación de una Organización de Revisión Independiente como conclusión de una revisión externa de una determinación adversa de beneficios.

"Determinación de beneficios adversa, interna y final" se refiere a una Determinación de beneficios adversa que fue ratificada por Molina en la finalización del proceso de Revisión interna o Apelación, o una Determinación de beneficios adversa para la cual se agotó el proceso de Revisión interna o Apelación.

"Reclamo" se refiere a la queja verbal o por escrito presentada por un miembro o en representación de este respecto a problemas en la prestación de servicios diferentes a la denegación del pago de servicios médicos o la falta de prestación de estos, incluidos la falta de satisfacción con la atención médica, el tiempo de espera para los servicios médicos, la mala actitud del proveedor o del personal o la falta de satisfacción de algún servicio brindado por Molina.

"Organización de Revisión Independiente" se refiere a una organización de revisión independiente certificada, establecida por el Comisionado de Seguros del Estado de Washington, que no está afiliada a Molina. "Revisión interna de determinación adversa de beneficios" se refiere a la solicitud de un miembro o en representación de un miembro de revisión y reconsideración de una determinación adversa de beneficios.

¿Qué pasa si tengo una queja (Reclamo)?

Si tiene algún problema con cualquier servicio de Molina, queremos ayudarlo a solucionarlo. Molina reconoce el hecho de que los miembros pueden no estar satisfechos con la atención y los servicios proporcionados por nuestros médicos, hospitales y otros proveedores contratados. Deseamos saber acerca de sus problemas y quejas. Puede presentar una queja (también llamado reclamo) en persona, por escrito o por teléfono. Debe presentar su reclamo en un plazo de ciento ochenta (180) días desde el día que ocurrió el incidente o acción que haya ocasionado que usted esté insatisfecho. Nunca tomaremos represalias contra un miembro de ningún modo por presentar una queja.

Usted o una persona designada por usted para que lo ayude puede comunicarse con nosotros por teléfono o por escrito a la siguiente dirección:

- Llame al número de teléfono gratuito de Molina, 1 (888) 858-3492, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:30 p.m., hora del Pacífico. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque 711 para usar el Servicio de telecomunicaciones. Si necesita ayuda para presentar una Queja en un idioma que no sea el inglés, o necesita un formato accesible, nuestro Centro de Apoyo al Cliente puede hacer los arreglos para la ayuda de un traductor o un intérprete.
- También puede enviarnos su queja por escrito por correo o presentarlo en línea en nuestra página web. Nuestra dirección es la siguiente:

Molina Healthcare Grievance and
Appeals Unit P.O. Box 4004
Bothell, WA 98041 MolinaMarketplace.com

Le enviaremos una carta de recepción de su reclamo dentro de los 72 días posteriores a la recepción de la solicitud. Los reclamos se resolverán dentro de los treinta (30) días naturales.

Revisión de determinación adversa de beneficios

Cuando usted recibe una determinación adversa de beneficios, puede elevar a Molina una solicitud de revisión interna de dicha determinación. Procesaremos su solicitud de revisión interna oral o escrita, también llamada apelación, de una determinación adversa de beneficios. Nunca tomaremos represalias contra un miembro de ningún modo por presentar una queja. Existen dos niveles de apelaciones: la revisión interna y la revisión externa. Cuando la revisión interna es final, puede solicitar una revisión externa de la determinación adversa de beneficios interna final, según se explica a continuación.

Revisión interna de determinación adversa de beneficios

Las solicitudes para una Revisión interna o apelación de determinaciones de beneficios adversas deben recibirse dentro de los 180 días posteriores a la fecha en la que recibió la determinación adversa de beneficios. Las solicitudes para una Revisión interna o apelación se pueden realizar llamando a Molina al 1 (888) 858-3492 de 7:30 a.m. a 6:30 p.m., hora del Pacífico, de lunes a viernes, o por escrito a la siguiente dirección postal o dirección de correo electrónico:

Molina Healthcare Grievance and
Appeals Unit P.O. Box 4004
Bothell, WA 98041 MolinaMarketplace.com

Le enviaremos una carta de recepción de su solicitud de Revisión interna o apelación dentro de los 72 días posteriores a la recepción esta. Los procedimientos de Revisión interna o apelación de Molina se completarán dentro de los catorce (14) días naturales para las determinaciones de beneficio adversas y veinte (20) días laborales para las apelaciones que involucran procedimientos experimentales o en investigación. Podemos extender el tiempo que nos lleva tomar una decisión de hasta 16 días adicionales si le hacemos saber de la extensión y de la razón de esta. Cualquier extensión adicional por nuestra parte está sujeta a su consentimiento informado por escrito de una extensión. Una extensión no prolongará el tiempo para la determinación más allá de los veinte (20) días naturales sin su consentimiento por escrito.

Puede presentar información, comentarios, registros y otros artículos que lo ayuden en la revisión. Puede revisar y copiar nuestros registros e información relevante al reclamo sin costo alguno. Tendremos en consideración toda la información presentada antes de tomar la determinación. Nuestra revisión será realizada por personas que no hayan participado en la decisión original, y si la determinación adversa de beneficios incluía criterios médicos, el revisor consultará a un profesional de atención médica o será un profesional de atención médica que tenga el entrenamiento y la experiencia apropiados en el campo de la medicina que abarque su afección o enfermedad y realice una determinación que esté dentro del estándar de atención de su afección o enfermedad.

Si recibe servicios que están sujetos a una Revisión interna o apelación, dichos servicios continuarán hasta que se resuelva la Revisión interna o apelación, si usted solicita la continuación. Sin embargo, si Molina se impone en la determinación final de la Revisión interna o apelación, usted puede ser responsable de los costos de la cobertura recibida durante el período de revisión.

Después de que se complete la revisión interna o apelación, le enviaremos la decisión por escrito sobre la determinación de su apelación, no más de dos (2) días laborales después de que se haya completado la revisión, y le proporcionaremos información acerca de lo que tuvimos en cuenta, incluida la base clínica de nuestra determinación y de qué manera puede obtener los criterios de revisión clínica utilizados para tomar la decisión. Si corresponde, también le proporcionaremos la información para obtener una Revisión externa o apelación de una Determinación de beneficio adversa, interna y final. Nuestra decisión y cualesquiera documentos relacionados con la decisión se le entregarán a la dirección que tengamos en nuestros registros como suya, o bien, con su consentimiento por escrito, los enviaremos por medios electrónicos.

Revisión acelerada de determinación adversa de beneficios

Puede solicitar una revisión interna o apelación acelerada de una determinación adversa de beneficios si se aplica una de las siguientes condiciones:

- Si usted ya está recibiendo o tiene recetado un tratamiento o beneficios que podrían finalizar a causa de una determinación adversa.
- Si su proveedor considera que un retraso en el tratamiento en función del tiempo de revisión estándar puede poner en serio riesgo su vida, su salud en general o su posibilidad de recuperar su funcionamiento óptimo, o que lo haría padecer un dolor grave e intolerable.
- Si la determinación adversa está relacionada con una admisión, con la disponibilidad de la atención médica, con una estadía continuada o con servicios médicos de emergencia y usted no ha recibido el alta de la sala de emergencias o servicios de transporte.

Las solicitudes para una Revisión interna o apelación acelerada pueden realizarse por escrito o por teléfono. Usted, una persona designada por usted para que lo ayude o su proveedor pueden comunicarse con nosotros por teléfono o por escrito a la siguiente dirección:

Si su proveedor determina que una demora podría poner en riesgo su salud o su posibilidad de recuperar el máximo funcionamiento, Molina supondrá que hay necesidad de revisión acelerada y tratará a la revisión como tal, lo que incluye la necesidad de determinación acelerada de una revisión externa.

- Llame al número de teléfono gratuito de Molina, 1 (888) 858-3492, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:30 p.m., hora del Pacífico.
Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque 711 para usar el Servicio de telecomunicaciones.
- Molina Healthcare Grievance and Appeals Unit
P.O. Box 4004
Bothell, WA 98041
[Error! Hyperlink reference not valid.](#)

Puede presentar información, comentarios, registros y otros artículos que lo ayuden en la revisión. Puede revisar y copiar nuestros registros e información relevante al reclamo sin costo alguno. Tendremos en consideración toda la información presentada antes de tomar la determinación. Esta revisión será realizada por uno o más colegas clínicos apropiados, de la misma especialidad o similar, que comúnmente tratarían el caso sometido a revisión. Los colegas clínicos serán personas que no hayan participado en la determinación adversa de beneficios inicial.

Si Molina requiere información adicional para determinar si la decisión del servicio o el tratamiento que se revisará está cubierto en virtud de este Contrato o es elegible para recibir los beneficios, Molina solicitará esa información tan pronto como sea posible después de recibir la solicitud de revisión acelerada.

Le notificaremos a usted de nuestra decisión con respecto a una revisión interna acelerada en un plazo no mayor a 72 horas después de su contacto inicial con nosotros. Si nuestra decisión fue comunicada oralmente, nuestra decisión se emitirá por escrito en un plazo que no supere 72 horas posteriores a la fecha de la decisión.

También puede solicitar una revisión acelerada concurrente de una determinación de beneficio adversa, lo que significa que la Revisión interna o apelación y la Revisión externa o apelación están siendo gestionadas al mismo tiempo. Las revisiones aceleradas concurrentes están disponibles si una de las siguientes condiciones aplica:

- Si usted ya está recibiendo o tiene recetado un tratamiento o beneficios que podrían finalizar a causa de una determinación adversa.
- Si su proveedor considera que un retraso en el tratamiento en base al tiempo de revisión estándar puede poner en serio riesgo su vida, su salud en general o su habilidad para recuperar su funcionamiento óptimo, o que lo haría padecer un dolor grave e intolerable.
- Si la determinación adversa está relacionada con una admisión, con la disponibilidad de la atención médica, con una estadía continuada o con servicios médicos de emergencia y usted no ha recibido el alta de la sala de emergencias o servicios de transporte.

Las solicitudes de revisión acelerada concurrente pueden realizarse por escrito o por teléfono. Usted, una persona designada por usted para que lo ayude o su proveedor pueden comunicarse con nosotros por teléfono o por escrito a la siguiente dirección:

- Llame al número de teléfono gratuito de Molina, 1 (888) 858-3492, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:30 p.m., hora del Pacífico.
- Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque 711 para usar el Servicio de telecomunicaciones.
- Molina
Grievance and Appeals Unit
P.O. Box 4004
Bothell, WA 98041

MolinaMarketplace.com

Molina emitirá una respuesta formal a más tardar dentro de 72 horas después de su contacto inicial con nosotros. Consulte a continuación para obtener más información sobre la Revisión externa o apelación.

Revisión externa de determinaciones adversas de beneficios:

Dentro de los 180 días después de que usted recibió nuestra Determinación de Beneficio Adversa, interna y final, o si no hemos respondido a su solicitud para una Revisión interna o apelación dentro de los períodos de tiempo mencionados anteriormente, puede solicitar una Revisión externa o apelación de parte de una Organización de Revisión Independiente (“IRO”). Las solicitudes para una Revisión externa o apelación deben presentarse por escrito y deben enviarse a la siguiente dirección postal o dirección de correo electrónico:

Molina Healthcare Grievance and
Appeals Unit P.O. Box 4004
Bothell, WA 98041
MolinaMarketplace.com

Después de la recepción de una solicitud válida para la Revisión externa o apelación, Molina hará los arreglos para la revisión de una Organización de Revisión Independiente (IRO) sin costo alguno para usted, y le proporcionará la información de contacto de la IRO dentro de las 24 horas posteriores a que escoja la IRO. La IRO es imparcial y no está controlada por nosotros. Le proporcionaremos a la IRO la documentación de la apelación, pero usted también puede brindarle información.

El proceso de IRO es opcional y usted no tiene que pagar ninguna clase de tarifas de solicitud o procesamiento. Tiene el derecho de brindar información para respaldar su solicitud y tiene 5 días hábiles a partir de la solicitud para una Revisión externa o apelación para presentar cualquier clase de información por escrito ante la IRO. Si recibe servicios que están sujetos a una apelación, dichos servicios continuarán hasta que la IRO resuelva el asunto, si usted solicita la continuación. Si nuestra Determinación de beneficios adversa es ratificada por la IRO, usted puede ser responsable de pagar cualquier servicio que haya continuado recibiendo durante la Revisión externa o apelación.

La disputa será presentada ante los revisores médicos de la IRO, que tomarán una determinación independiente si la atención médica es médicamente necesaria o apropiada, y si se aplican las disposiciones de cobertura de esta Política a los servicios de atención médica. Todos los documentos enviados a la IRO también se pondrán a su disposición. Esto incluye todos los criterios de revisión clínica pertinentes, todas las pruebas pertinentes, recomendaciones de proveedores y una copia de este Contrato. Usted recibirá una copia de la decisión final en cuanto a la revisión externa por parte de la IRO. Si la IRO determina que el servicio es médicamente necesario o apropiado para la cobertura de esta Política, Molina proporcionará la atención médica.

Si su caso involucra un tratamiento experimental o en investigación, la IRO se asegurará que se tomen en cuenta los protocolos y experiencias clínicas y científicas adecuados.

Para los casos que no representan una urgencia, la IRO debe proporcionar su determinación con la mayor antelación posible dentro de los quince (15) días posteriores a que la IRO reciba la información necesaria o de los veinte (20) días de la recepción de su solicitud.

Puede solicitar una Revisión externa o apelación acelerada si una de las siguientes condiciones aplica:

- Usted recibe la Determinación de beneficios adversa final respecto a una admisión, la disponibilidad de atención, la estadía continua o servicios de atención médica para los cuales recibió servicios de emergencia y no ha recibido el alta de un centro.
- Usted recibe una Determinación de beneficios adversa final que involucra una afección médica para la cual el tiempo de revisión externa estándar podría poner en serio riesgo su vida o salud, o su posibilidad de recuperar el funcionamiento óptimo.
- Se otorga la solicitud para una revisión acelerada concurrente.

Si la Revisión externa o apelación es acelerada, la IRO debe notificárselo dentro de las 72 horas posteriores a su decisión final de revisión externa. Si el aviso no se presenta por escrito, la IRO debe proporcionarle una confirmación por escrito de su decisión final de revisión externa dentro de las 48 horas posteriores a la fecha de aviso de la decisión.

Para obtener más información acerca del proceso de Revisión externa o apelación, o para solicitar una apelación, llame al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare, 1 (888) 858-3492. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, marque 711 para usar el Servicio de telecomunicaciones.

Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington

Si tiene alguna pregunta o queja acerca de nuestro manejo de su reclamo o apelación, puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington. Un representante de la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington revisará sus asuntos, y si el representante no puede ayudarlo, le indicará la dirección correcta para obtener una asistencia adicional.

La División de Protección al Consumidor de la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington está designada actualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos como mediador oficial en el estado de Washington para los consumidores que tienen preguntas o quejas acerca de apelaciones de atención médica.

Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington

Llame al 1 (800) 562-6900 o

Llame al 1 (360) 725-7080.

TDD 1 (360) 586- 241

FAX: 1 (360) 586-2018

Correo electrónico CAP@oic.wa.gov

DISPOSICIONES VARIAS

Actos más allá del control de Molina

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

Renuncia

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

No discriminación

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

y/o identidad de género. Si usted considera que no ha sido tratado de manera justa, comuníquese con el número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente, 1 (888) 858-3492.

Donación de órganos o tejidos

Usted puede convertirse en un donante de órganos o tejidos. Los avances médicos en tecnología de trasplantes de órganos han ayudado a muchos pacientes. Sin embargo, la cantidad de órganos disponibles es mucho menor que la de los pacientes que necesitan un trasplante de órgano. Usted puede elegir ser donante de órganos registrándose en el Departamento de Licencias de Washington o cuando solicite o renueve su licencia de conducir, o ingresando en www.donatelifetoday.org para agregar su nombre al registro.

Contrato vinculante para los miembros

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

Asignación

No puede ceder este Contrato ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos de dinero adeudado, beneficios, reclamos ni obligaciones estipulados en el presente documento sin el consentimiento previo por escrito de Molina (que puede rechazarse a criterio de Molina).

Ley vigente

Salvo en la medida prevista por la ley federal, este Contrato se registrará conforme a la ley de Washington, y cualquier disposición que la ley federal o estatal exija que se incluya en este Contrato será vinculante para Molina Healthcare y los miembros, independientemente de que se estipule o no en este Contrato.

Invalidez

Si cualquier disposición de este Contrato no cumple con las leyes aplicables en un procedimiento judicial o en un arbitraje vinculante, dicha disposición no se considerará no válida, pero se interpretará y aplicará como si fuera de plena conformidad con el Código de Seguros, Capítulo 1271 y otras leyes aplicables, y el resto de este Contrato permanecerá en plena validez y vigente.

Avisos

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

Programas de bienestar

Su Política incluye acceso a un programa de actividades saludables. La meta del programa es animarlo a realizar una actividad saludable que apoye su salud en general. El programa es voluntario y está disponible sin costo adicional para usted. La actividad de salud que lo alentamos a realizar se describe a continuación. Para obtener más información, comuníquese con los Servicios para Miembros al número de teléfono indicado en su Tarjeta de Identificación.

Actividad saludable anual

Le recomendamos que realice la actividad saludable anual que figura a continuación durante el año natural. Tras finalizarla, Molina podrá trabajar con usted para apoyar su bienestar general.

Consulta preventiva anual

- Le ofrece la oportunidad de obtener un examen físico integral anual a través de su médico de atención primaria o un examen de evaluación de salud en su domicilio facilitado a través de Molina.

Beneficio del programa

Por participar y completar la actividad saludable anual, recibirá una tarjeta de regalo en concepto de beneficio del programa. El máximo beneficio del programa es una tarjeta de regalo por año natural. Recibirá la tarjeta de regalo de beneficio del programa por correo electrónico a la dirección que tenga registrada Molina:

Actividad de salud anual	Beneficio del programa anual
Complete una consulta preventiva anual	Se le pagarán no menos de \$50 por su participación.

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

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

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Molina Healthcare ofrece programas para ayudarlo a su familia y a usted a controlar una afección médica diagnosticada. Nuestros programas incluyen lo siguiente:

- Control del asma
- Control de la diabetes
- Control de la presión arterial alta
- Control de enfermedades cardiovasculares (CVD)
- Control de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Control de la depresión

Puede obtener información o inscribirse en cualquiera de estos programas llamando al Departamento de Administración de Salud de Molina al 1(866) 891-2320, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. (hora del Pacífico). También puede llamarnos si desea dejar de recibir materiales de programas.

Boletines de Noticias

Los boletines de noticias se publican en la página web www.MolinaHealthcare.com al menos 2 veces al año. Los artículos cubren temas solicitados por miembros como usted. Los consejos incluidos le ayudarán a usted y a su familia a mantenerse saludables.

Materiales de Educación de la salud

Entre los temas que abarcan nuestros sencillos materiales, se incluyen la nutrición, las pautas para servicios médicos preventivos, el manejo del estrés, el ejercicio, el control del colesterol, el asma y la diabetes. Para obtener estos materiales, consulte a su médico o visite nuestra página web: MolinaMarketplace.com/MPHealthEducation.

Departamento/Programa	Tipo de ayuda necesaria	Número para llamar// Información de contacto
Departamento del Centro de Apoyo al Cliente de Molina Healthcare	Si tiene algún problema con cualquiera de los servicios de Molina Healthcare, deseamos ayudar a solucionarlo. Puede llamar a nuestro Centro de Apoyo al Cliente para obtener ayuda o presentar un reclamo o una queja, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:30 p.m. hora del Pacífico. Cuando esté en duda, llámenos primero.	Número de teléfono gratuito del Centro de Apoyo al Cliente: 1 (888)858-3492 Línea TTY para sordos o personas con problemas de audición: 1 (800) 735-2989 o marcar 711 para el Servicio de Telecomunicaciones.
Educación para la salud	Para solicitar información sobre bienestar como, por ejemplo, nutrición, dejar de fumar, control de peso, manejo del estrés, seguridad del niño, asma y diabetes. Para obtener más información sobre los programas para ciertas afecciones, como el asma, la diabetes, la presión arterial alta, la enfermedad cardiovascular o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).	1 (866) 891-2320 de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., hora del Pacífico, de lunes a viernes
Línea de Consejos de Enfermeras 24 horas al día, 7 días a la semana	Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su salud o la de su familia. La Línea de Consejos de Enfermeras es atendida por enfermeras registradas.	1 (888) 275-8750 para español: 1 (866)648-3537
Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Office for Civil Rights	Si considera que no hemos protegido su privacidad y desea presentar una queja, puede presentar una (o un reclamo).	Teléfono de voz (800) 368-1019 FAX (214) 767-0432 TDD (800) 537-7697
Medicare	Medicare es un seguro médico ofrecido por el gobierno federal para la mayoría de las personas desde los 65 años. Medicare lo ayuda a pagar la atención médica, pero no cubre todos los gastos médicos.	1 (800) MEDICARE TTY para personas sordas o con problemas auditivos: 1 (877) 486-2048 www.Medicare.gov
Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington	La Oficina del Estado de Washington del Comisionado de Seguros es responsable de regular los planes de servicios de atención médica.	(800) 562-6900 o 1 (360) 725-7080 TDD: 1 (360) 586-0241 FAX: 1 (360) 586-2018 www.insurance.wa.gov