

2020

# Acuerdo y Evidencia de Cobertura Individual de Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.

## Marketplace

### Wisconsin

11002 W. Park Place  
Milwaukee, WI 53224

#### **Derecho de devolución de Acuerdo**

Lea este Acuerdo detenidamente. Si no está satisfecho con su Acuerdo, puede devolvérselo dentro de los 10 días siguientes a la recepción del Acuerdo. Si nos lo devuelve en el plazo de 10 días, trataremos este Acuerdo como si nunca se hubiera emitido. Le devolveremos todos sus pagos de Primas. Si usted devuelve este Acuerdo bajo esta cláusula, usted será responsable del pago de cualquier servicio de atención médica que usted o un Dependiente recibió antes de que usted devolviera el Acuerdo.

[MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com)



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

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

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

- Asistencia y servicios a 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 idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés
  - Intérpretes capacitados
  - Material escrito traducido a su idioma

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

Si siente que Molina no le proporcionó estos servicios o lo trató de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir la queja, lo ayudaremos. Llame a nuestro coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889 o TTY: 711.

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

También puede enviar su queja por correo electrónico a [civil.rights@molinahealthcare.com](mailto:civil.rights@molinahealthcare.com).

También puede presentar su queja ante Molina Healthcare AlertLine, las veinticuatro horas al día, los siete días a la semana en: <https://molinahealthcare.alertline.com>.

También puede presentar una queja por derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Los formularios de quejas 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, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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

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.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services. The number is on the back of your Member ID card. (English)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono está al reverso de su tarjeta de identificación del miembro. (Spanish)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電會員服務。電話號碼載於您的會員證背面。(Chinese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi Dịch vụ Thành viên. Số điện thoại có trên mặt sau thẻ ID Thành viên của bạn. (Vietnamese)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Makikita ang numero sa likod ng iyong ID card ng Miyembro. (Tagalog)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 회원 서비스로 전화하십시오. 전화번호는 회원 ID 카드 뒷면에 있습니다. (Korean)

فأخذ دوجوم اذه فتاهلها م قرو .عاضدلاً تامدخ مسقب ل صتا .كفل ،امجاد ،المساعدة اللغوية تامدخ حاتت ،تغيير علما تغللا مدختست تنك اذا :ميينت  
(Arabic) .كبة تصاخلا وضعلما فيرعتة تقاطب

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele Sèvis Manm. W ap jwenn nimewo a sou do kat idantifikasyon manm ou a. (French Creole)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Отдел обслуживания участников. Номер телефона указан на обратной стороне вашей ID-карты участника. (Russian)

ՈՒՇԱՂԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե դուք խոսում եք հայերեն, կարող եք անվճար օգտվել լեզվի օժանդակ ծառայություններից: Չանգահարելք Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Հեռախոսի համարը նշված է ձեր Անդամակցության նույնականացման քարտի ետևի մասում: (Armenian)

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。  
会員サービスまでお電話ください。電話番号は会員IDカードの裏面に記載されております。  
(Japanese)

هرامشد .ديريگب سامتا اضدعا تامدخ اب .دنتسه امشد سر تسد رد منيز ه نودب ،ي نابز .كمك تامدخ ،دينكي م تبحصي سراف نابز ه برگا ؛هجوت  
(Farsi) .تسا هدش جرد امشد تيوضء ي ياسانش تراک تشپ يور نفلت

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ (Member Services) ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਨੰਬਰ ਤੁਹਾਡੇ Member ID (ਮੈਂਬਰ ਆਈ.ਡੀ.) ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੈ। (Punjabi)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wenden Sie sich telefonisch an die Mitgliederbetreuungen. Die Nummer finden Sie auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte. (German)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez les Services aux membres. Le numéro figure au dos de votre carte de membre. (French)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Cov npawb xov tooj nyob tom qab ntawm koj daim npav tswv cuab. (Hmong)

**អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មាននេះក្នុងទម្រង់ផ្សេង ដូចជា ទម្រង់ជាសម្តែង អក្សរស្តាប ទំហំអក្សរធំដោយសារតែតម្រូវការជាពិសេសរបស់អ្នក ឬជាភាសារបស់អ្នកដោយមិនគិតតម្លៃបន្ថែមឡើយ។**  
(Cambodian)

## ÍNDICE

<b>AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y ESLÓGANES EN IDIOMAS</b>	<b>2</b>
<b>AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y ESLÓGANES EN IDIOMAS</b>	<b>3</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>4</b>
<b>BIENVENIDO</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
Gracias por elegir Molina Healthcare como su plan de salud.	7
Molina está aquí para ayudarle.	7
<b>SU PRIVACIDAD</b>	<b>8</b>
<b>AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b>	<b>9</b>
<b>DEFINICIONES</b>	<b>14</b>
<b>ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN</b>	<b>21</b>
¿Cuándo comenzará mi membresía en Molina?	21
¿Quién es elegible?	21
Dependientes	21
Límite de edad para niños (niños con discapacidades)	22
Cómo agregar a otros dependientes	22
<b>TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO</b>	<b>25</b>
<b>ACCESO A LA ATENCIÓN</b>	<b>25</b>
¿Cómo puedo obtener servicios médicos a través de Molina?	26
Servicios de telesalud y telemedicina	26
¿Qué es un proveedor de atención primaria?	28
Elección de su médico (elección del médico y de los proveedores)	28
Cambio de su doctor	29
Transición de la atención	32
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	33
¿Qué es una autorización previa?	33
Segundas opiniones	36
<b>SERVICIOS DE EMERGENCIA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE</b>	<b>37</b>
Administración de casos complejos	40
Embarazo	40
<b>ACCESO A LA ATENCIÓN PARA LOS MIEMBROS CON DISCAPACIDADES</b>	<b>40</b>
<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>41</b>
<b>COSTOS COMPARTIDOS (DINERO QUE TENDRÁ QUE PAGAR PARA OBTENER LOS SERVICIOS CUBIERTOS)</b>	<b>41</b>
<i>Máximo anual de gastos de su bolsillo</i>	42
<i>Deducible</i>	43
Normas generales aplicables a los costos compartidos	43
Recibir una factura	44

¿QUÉ ESTÁ CUBIERTO BAJO MI PLAN?	45
<i>SERVICIOS PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS</i>	45
<i>ATENCIÓN Y SERVICIOS PREVENTIVOS</i>	45
<i>Servicios preventivos y la Ley de atención médica asequible</i>	45
<i>SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS</i>	51
<i>SERVICIOS PARA TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA</i>	52
<i>SERVICIOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS</i>	59
<i>SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA</i>	59
<b>SERVICIOS PARA LA VISTA</b>	<b>61</b>
SERVICIOS PARA LA VISTA DE RUTINA PARA ADULTOS	61
SERVICIOS PARA LA VISTA PEDIÁTRICOS	62
<i>SERVICIOS PARA LA DIABETES</i>	63
<i>SERVICIOS AMBULATORIOS EN UN HOSPITAL/CENTRO</i>	64
<i>SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS</i>	65
<i>HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA PACIENTES INTERNADOS DE SALUD MENTAL</i>	67
<i>CUIDADOS PALIATIVOS</i>	68
<i>ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS</i>	69
<i>CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA</i>	70
<i>COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS</i>	71
<i>EQUIPO MÉDICO DURADERO</i>	78
<i>ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR</i>	80
EXCLUSIONES	82
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS	88
RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN	88
¿Cuándo finalizará mi membresía en Molina? (finalización de los Servicios cubiertos)	89
PAGO DE PRIMAS Y FINALIZACIÓN POR FALTA DE PAGO	91
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	93
¿Qué pasa si he pagado una factura médica o una receta? ()	96
¿Cómo paga Molina Healthcare mi atención?	96
Directivas anticipadas	97
¿Habla un idioma que no sea el inglés?	97
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	98
RECLAMOS	103
QUEJAS (APELACIONES INTERNAS) Y APELACIONES EXTERNAS	103
<b>OTRO</b>	<b>108</b>
DISPOSICIONES DIVERSAS	108
PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	110
Guía de referencia rápida de su atención médica	111

**Este** Acuerdo y Evidencia de Cobertura Individual de Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. (también llamado “**EOC**”, o “**Acuerdo**”) es emitido por Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. (“**Molina Healthcare**,” “**Molina**,” “**Nosotros**,” o “**Nuestro**”), al suscriptor o Miembro cuyas tarjetas de identificación se emiten con este Acuerdo. En consideración a los estados de cuenta hechos en cualquier solicitud requerida y pago oportuno de Primas, Molina Healthcare se compromete a proporcionar los Servicios cubiertos como se describe en este Acuerdo.

Este Acuerdo, sus enmiendas, el Programa de beneficios aplicable para este producto y cualquier solicitud presentada al Marketplace y/o Molina para obtener cobertura bajo este Acuerdo, incluyendo la hoja de tarifas aplicable para este plan, se incorporan en este Acuerdo por referencia, y constituyen el contrato legalmente vinculante entre Molina Healthcare y el Suscriptor.

## **BIENVENIDO**

¡Bienvenido a Molina Healthcare!

Aquí en Molina, le ayudaremos a satisfacer sus necesidades médicas.

Si usted es un miembro de Molina, esta EOC le dice qué servicios puede obtener.

Molina Healthcare es una organización de mantenimiento de la salud con licencia en Wisconsin.

Podemos ayudarlo a entender este Acuerdo. Si tiene alguna pregunta sobre algo en este Acuerdo, llámenos. Puede llamar si quiere saber más sobre Molina. Puede solicitar esta información en otro idioma, letras grandes, sistema Braille, o audio. Puede llamarnos o escribirnos a:

**Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.**  
**Centro de atención al cliente**  
**11002 W. Park Place**  
**Milwaukee, WI 53224**  
**1 (888) 560-2043**  
**MolinaMarketplace.com**

Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos llamando al **7-1-1** para contactar al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

# INTRODUCCIÓN

## **Gracias por elegir Molina Healthcare como su plan de salud.**

Este documento es su “Acuerdo y Evidencia de Cobertura Individual de Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.” (su “Acuerdo” o “EOC”). Esta EOC le explica cómo puede obtener servicios a través de Molina. Establece los términos y condiciones de cobertura bajo este Acuerdo. Explica sus derechos y responsabilidades como Miembro de Molina. Explica cómo puede comunicarse con Molina. Lea esta EOC de manera exhaustiva y atenta. Guárdela en un lugar seguro donde pueda acceder a ella rápidamente. Hay secciones para necesidades especiales de atención médica.

## **Molina está aquí para ayudarle.**

Comuníquese con Molina si tiene preguntas o inquietudes. Nuestro personal servicial y amable estará encantado de ayudarle. Nosotros podemos ayudarle a:

- Pedir un intérprete.
- Comprobar el estado de autorización.
- Elegir un proveedor de atención primaria (PCP).
- Hacer un pago.
- Programar una cita.

También podemos escuchar y responder a sus preguntas o quejas sobre su producto Molina.

Llámenos gratis al **1 (888) 560-2043** de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. CT. Estamos aquí de lunes a viernes. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos llamando al **7-1-1** para contactar al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Si se muda desde la dirección que tenía cuando se inscribió en Molina o si cambia de número de teléfono, comuníquese con el Marketplace al 1 (800) 318-2596.

## **Renovabilidad**

Esta EOC sigue vigente a la opción del Suscriptor, excepto como se estipula en la sección “Renovación y terminación” de esta EOC.

# SU PRIVACIDAD

**Nos importa su privacidad.** Respetamos y protegemos su privacidad. Molina usa y comparte su información para brindarle beneficios de salud. Molina desea mantenerlo informado sobre cómo se usa y se comparte su información.

## Su información de salud protegida

**PHI** significa *información médica protegida*. La PHI es información médica que incluye su nombre, número de Miembro u otros identificadores, y es usada o compartida por Molina Healthcare.

### ¿Por qué Molina Healthcare usa o comparte la PHI de nuestros Miembros?

- Para proveerle tratamiento.
- Para pagar la atención médica que recibe.
- Para revisar la calidad de la atención médica que recibe.
- Para informarle sobre sus opciones de atención médica.
- Para administrar nuestro plan de salud.
- Para utilizar o compartir la PHI para otros fines, conforme lo requerido o permitido por la ley.

### ¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado anteriormente.

### ¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Revisar su PHI.
- Obtener una copia de su PHI.
- Enmendar su PHI.
- Pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras.
- Obtener una lista de personas o lugares con quienes hemos compartido su PHI.

### ¿Cómo protege Molina Healthcare su PHI?

Molina utiliza muchas maneras de proteger la PHI. Esto incluye PHI escrita o hablada. Incluye la PHI en un ordenador. A continuación, se presentan algunas maneras en las que Molina protege su PHI:

- Contamos con políticas y normas para proteger la PHI.
- Limitamos quién puede ver la PHI. Solo el personal de Molina que necesite conocer la PHI puede usarla.
- Se capacita al personal de Molina para proteger y asegurar la PHI.
- Nuestro personal debe aceptar de manera escrita seguir las normas y políticas que protegen y aseguran la PHI.
- Aseguramos la PHI en nuestras computadoras. La PHI en nuestras computadoras se mantiene en privado con contraseñas y firewalls.

**Lo mencionado anteriormente es solo un resumen. Nuestro aviso de prácticas de privacidad tiene más información sobre cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros Miembros. Nuestro aviso está en la siguiente sección de esta EOC. Se encuentra en nuestro sitio web, MolinaMarketplace.com. También puede obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Llame a nuestro Centro de atención al cliente al 1 (888) 560-2043. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos llamando al 7-1-1 para contactar al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.**



## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD MOLINA HEALTHCARE OF WISCONSIN, INC.**

**EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA. LE INDICA CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALA CUIDADOSAMENTE.**

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. (“**Molina Healthcare**,” “**Molina**,” “**Nosotros**,” o “**Nuestro**”) usa y comparte información médica protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud. Usamos y compartimos su información para realizar tratamientos. La utilizamos para realizar pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su información por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y seguir los términos de este aviso. La fecha de entrada en vigencia de este aviso es el 1.º de enero de 2014.

**PHI** significa estas palabras en inglés: información de salud protegida. PHI significa información médica que incluye su nombre, número de Miembro u otros identificadores, y es usada o compartida por Molina.

### **¿Por qué Molina Healthcare utiliza o comparte su PHI?**

Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

#### **Para tratamientos**

Molina Healthcare puede usar o compartir su PHI para darle o facilitar su atención médica. Este tratamiento también incluye referencias entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

#### **Para pagos**

Molina puede utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir reclamos, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

#### **Para funciones de atención médica**

Molina puede usar o compartir su PHI para implementar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos usar la PHI de su reclamo para informarle acerca de programas que pudieran ayudarle. Podemos usar o compartir su PHI para resolver la inquietud de un Miembro. Su PHI se puede utilizar para asegurar que los reclamos se paguen correctamente.

Las funciones de atención médica pueden incluir:

- Mejorar la calidad.
- Acciones en programas de salud para ayudar a Miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o facilitar revisiones médicas.

- Servicios legales.
- Programas de detección de fraude y abuso.
- Acciones que nos permiten cumplir con la ley.
- Abordar las necesidades de los Miembros.
- Resolver reclamos y quejas formales.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

### **¿Cuándo puede Molina usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?**

La ley permite o requiere que Molina use y comparta su PHI por varias otras razones enumeradas aquí:

#### **Requisitos legales**

Utilizaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera la Secretaría del departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos (Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, HHS). 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 usar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

#### **Supervisión de la atención médica**

Su PHI puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

#### **Investigación**

Su PHI puede ser utilizada o compartida para investigación en determinados casos.

#### **Cumplimiento de la ley**

Su PHI puede ser utilizada o compartida con la policía para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

#### **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**

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

## **Indemnización al trabajador**

Su PHI puede ser utilizada o compartida para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

## **Divulgación con otros fines**

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

## **¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?**

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este aviso. Molina necesita su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya dado. Su cancelación no se aplicará a las acciones ya realizadas por nosotros.

## **¿Cuáles son sus derechos de información médica?**

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones para compartir su PHI**

Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicaciones confidenciales de la PHI**

Usted puede pedirle a Molina Healthcare que le entregue su PHI de una determinada forma o en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina Healthcare para hacer la solicitud.

- **Revisar y copiar su PHI**

Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI. Esta puede incluir registros utilizados para realizar cobertura, quejas y otras decisiones como miembro de Molina. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Podemos cobrarle una tarifa razonable por copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud. *Nota importante: no tenemos copias completas de sus registros médicos. Si*

*usted desea revisar, obtener una copia o modificar sus registros médicos, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como Miembro. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

- **Recibir un resumen de las divulgaciones de PHI**

Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica;
- a personas sobre su propia PHI;
- la información compartida con su autorización;
- incidentes de uso o divulgación que son de lo contrario permitidos o requeridos bajo las leyes aplicables;
- PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia; o
- como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

Puede hacer cualquiera de las solicitudes enumeradas anteriormente. Puede recibir una copia impresa de este aviso. Llame a nuestro Centro de atención al cliente al [1 (888) 560-2043]. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos llamando al [7-1-1] para contactar al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

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

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja ante Molina y el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede presentar una queja a:

**Customer Support Center  
11002 W. Park Place  
Milwaukee, WI 53224  
1 (888) 560-2043  
TTY: 7-1-1  
Fax: 1 (414) 214-2489**

Puede presentar una queja al Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos a la siguiente dirección:

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

### **¿Cuáles son las obligaciones de Molina Healthcare?**

Molina debe hacer lo siguiente:

- Mantener en privado su PHI.
- 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.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de emisión de seguros.
- Cumplir con los términos de este aviso.

**Este aviso está sujeto a modificaciones.**

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

### **Información de contacto**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

**Customer Support Center  
11002 W. Park Place  
Milwaukee, WI 53224  
1 (888) 560-2043  
TTY: 7-1-1**

## DEFINICIONES

Algunas de las palabras utilizadas en esta EOC no tienen su significado habitual. Los planes de salud usan estas palabras de una manera especial. Cuando usamos una palabra con un significado especial en solo una sección de esta EOC, explicamos lo que significa en esa sección. Las palabras con significado especial usadas en cualquier sección de esta EOC se explican en esta sección de “Definiciones” y se mantienen en mayúsculas a lo largo de esta EOC.

“**Ley de atención médica asequible**” se refiere a la Ley de protección a los pacientes y atención médica asequible de 2010, modificada por la Ley de atención médica y reconciliación educativa de 2010, junto con las normativas federales que implementan esta ley y la guía normativa obligatoria emitida por los reguladores federales.

“**Cantidad permitida**” significa la cantidad máxima que Molina pagará por un Servicio cubierto menos cualquier costo compartido requerido del Miembro.

Servicios obtenidos de un Proveedor participante: esto significa la tarifa contratada para dichos Servicios cubiertos.

Servicios de emergencia y servicios de transporte de emergencia de un Proveedor no participante: a menos que se requiera lo contrario por la ley o según lo acordado entre el Proveedor no participante y Molina, la Cantidad permitida será la mayor de 1) la tarifa contratada promedio de Molina para tales servicios, 2) el 100% de la tarifa publicada de Medicare para tales servicios, o 3) el método habitual y acostumbrado de Molina para determinar el pago de tales servicios.

Todos los demás Servicios cubiertos recibidos de un Proveedor no participante de conformidad con este acuerdo: esto significa la menor de la tarifa contratada promedio de Molina para tales servicios, el 100% de la tarifa publicada de Medicare para tales servicios, la tarifa habitual y acostumbrada de Molina para tales servicios, o una cantidad negociada acordada por el Proveedor no participante y Molina.

“**Máximo anual de gastos de bolsillo**” (también conocido como “OOPM”, por sus siglas en inglés) es la cantidad máxima de Costos compartidos que tendrá que pagar por los Servicios cubiertos en un año calendario. La cantidad de OOPM se especificará en su Programa de beneficios. Los Costos compartidos incluyen los pagos que usted hace para cualquier Deducible, Copagos o Coseguro.

Las cantidades que usted paga por servicios que no están cubiertos bajo este Acuerdo no contarán para el OOPM.

El Programa de beneficios puede incluir una cantidad de OOPM por cada individuo inscrito bajo este Acuerdo y una cantidad de OOPM por separado para toda la familia cuando hay dos o más Miembros inscritos. Cuando dos o más Miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo:

- 1) EL OOPM individual se cumplirá, con respecto al Suscriptor o a un Dependiente particular, cuando esa persona cumpla con la cantidad del OOPM individual; o
- 2) el OOPM familiar se cumplirá cuando el costo compartido de su familia alcance la cantidad de OOPM familiar.

Una vez que el Costo compartido total para el Suscriptor o un Dependiente en particular alcance la cantidad del OOPM individual, pagaremos el 100% de los cargos por los Servicios cubiertos para ese individuo por el resto del año calendario. Una vez que el Costo compartido para dos o más Miembros en su familia alcance la cantidad de OOPM familiar, pagaremos el 100% de los cargos

por Servicios cubiertos por el resto del año calendario para usted y cada Miembro de su familia.

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

“**Coseguro**” es un porcentaje de los cargos por Servicios cubiertos que usted debe pagar cuando recibe Servicios cubiertos. La cantidad del Coseguro se calcula como un porcentaje de las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el Proveedor participante. Los Coseguros se enumeran en el Programa de beneficios. Algunos Servicios cubiertos no tienen Coseguro, y pueden aplicar un Deducible y/o Copago.

“**Copago**” es una cantidad específica en dólares que usted debe pagar cuando recibe los Servicios cubiertos. Los Copagos se enumeran en el Programa de beneficios. Algunos Servicios cubiertos no tienen Copago, y pueden aplicar un Deducible y/o Coseguro.

“**Costos compartidos**” es el Deducible, Copago y/o Coseguro que usted debe pagar por los Servicios cubiertos bajo este acuerdo. La cantidad de Costos compartidos que usted tendrá que pagar por cada tipo de Servicio cubierto se indica en el Programa de beneficios.

“**Servicio cubierto**” o “**Servicios cubiertos**” se refiere a los servicios de atención médica, incluyendo suministros y medicamentos recetados, que usted tiene derecho a recibir de Molina bajo este acuerdo.

“**Deducible**” es la cantidad que usted debe pagar en un año calendario por los Servicios cubiertos que usted recibe antes de que Molina Healthcare cubra esos servicios en el Copago o Coseguro aplicable. La cantidad que usted paga por su Deducible se basa en las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el Proveedor participante. Los Deducibles se enumeran en el Programa de beneficios.

Consulte el Programa de beneficios para ver qué Servicios cubiertos están sujetos al Deducible y la cantidad Deducible. Su producto puede tener cantidades Deducibles separadas para ciertos Servicios cubiertos. En este caso, las cantidades pagadas para un tipo de Deducible no pueden utilizarse para satisfacer un tipo diferente de Deducible.

Cuando Molina Healthcare cubre los servicios “sin cargo” sujetos al Deducible y usted no ha cumplido con su monto de Deducible, usted debe pagar los cargos por los servicios. Sin embargo, para los servicios preventivos cubiertos por este acuerdo e incluidos en los Beneficios esenciales de salud, usted no pagará ningún Deducible u otro Costo compartido para tales servicios preventivos.

Puede haber un Deducible para un Miembro individual y un Deducible para toda una familia. Si usted es Miembro de una familia de dos o más miembros, alcanzará el Deducible:

- Cuando alcance el Deducible para el Miembro individual; o
- cuando su familia alcance el Deducible familiar.

Por ejemplo, si usted alcanza el Deducible para el Miembro individual, pagará el Copago o Coseguro aplicable para los Servicios cubiertos por el resto del año calendario, pero cada otro

Miembro de su familia debe continuar pagando el Deducible hasta que su familia cumpla con el Deducible familiar.

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

“**Formulario de medicamentos**” es nuestra lista de medicamentos aprobados que los médicos pueden recetarle.

“**Equipo médico duradero**” o “**DME**” es un equipo médico que sirve para fines médicos repetidos y está diseñado para su uso repetido. Por lo general, el DME no es útil para usted en ausencia de enfermedad o lesión y no incluye accesorios principalmente para su comodidad o conveniencia. Algunos ejemplos incluyen, sin limitación: equipo de oxígeno, monitores de glucosa en sangre, monitores de apnea, máquinas de nebulización, bombas de insulina, sillas de ruedas y muletas.

“**Emergencia**” o “**Afección médica de emergencia**” significa el inicio agudo de una afección médica o psiquiátrica con síntomas agudos de gravedad suficiente (incluyendo dolor intenso), de tal manera que una persona prudente que posee un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata podría resultar en: 1) un grave peligro para la salud del Miembro, 2) daño grave en las funciones corporales, o 3) disfunción grave de algún órgano o parte corporal.

“**Servicios de emergencia**” significa los servicios de atención médica necesarios para evaluar, estabilizar o tratar una Afección médica de emergencia.

“**Beneficios esenciales de salud**” o “**EHB**” significa un conjunto estandarizado de beneficios esenciales de salud que Molina Healthcare está obligado a ofrecerle a usted y/o a sus Dependientes, según lo determine la Ley de atención médica asequible. EHB cubre al menos las siguientes 10 categorías de beneficios:

- Atención ambulatoria al paciente.
- Servicios de emergencia.
- Hospitalización.
- Atención médica para madres y recién nacidos.
- Servicios para trastornos de salud mental y abuso de sustancias, incluido el tratamiento de salud del comportamiento.
- Medicamentos recetados.
- Servicios y dispositivos de recuperación de las habilidades y rehabilitación.
- Servicios de laboratorio.
- Servicios preventivos y de bienestar, y administración de enfermedades crónicas.
- Servicios pediátricos, incluyendo dental\* y de la visión, para miembros menores de 19 años.

\*Los servicios dentales pediátricos no están cubiertos bajo esta EOC. Estos servicios dentales se pueden comprar por separado a través de un producto dental independiente certificado por el Marketplace.

“**Experimental o de investigación**” significa cualquier servicio médico que incluya procedimientos, medicamentos, centros y dispositivos que no hayan demostrado ser seguros o eficaces en comparación con los servicios médicos convencionales, según determine Molina



Healthcare. Los servicios Experimentales o de investigación no están cubiertos, aunque esta exclusión no se aplica a los tratamientos establecidos por la ley federal o de Wisconsin. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos bajo “Ensayos clínicos aprobados” en la sección “¿Qué está cubierto bajo mi plan?”. Los servicios experimentales o de investigación requieren autorización previa de nuestro Director médico.

“**Servicios para recuperar sus habilidades**” significa servicios y dispositivos de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida diaria. Los ejemplos incluyen terapia para niños que no hablan o que no caminan a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, servicios de patologías del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de ambientes para pacientes internados o ambulatorios.

“**Marketplace**” significa una agencia gubernamental o entidad sin fines de lucro que cumple con los estándares aplicables de la Ley de atención médica asequible y ayuda a los residentes del Estado de Wisconsin a adquirir cobertura de un plan de salud calificado de compañías de seguros o planes de salud como Molina Healthcare. El Marketplace se puede operar como un mercado basado en el estado, un mercado facilitado federalmente o un mercado de asociaciones. Para este Acuerdo, el término se refiere al Marketplace que opera en el Estado de Wisconsin, como sea que se organice y opere.

“**Medicamento necesario**” o “**Necesidad médica**” significa servicios de atención médica que un médico, ejerciendo un juicio clínico prudente, le ofrecería a un paciente. Esto tiene por objeto prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, enfermedad o sus síntomas. Estos servicios deben ser considerados por Molina como:

- Conformes a las normas generalmente aceptadas de la práctica médica;
- clínicamente adecuados y significativos en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración; Se consideran eficaces para la afección, lesión o enfermedad del paciente; y
- no son principalmente para la comodidad del paciente, el médico u otro proveedor de cuidado de la salud. Los servicios no deben ser más costosos que un servicio alternativo o una secuencia de servicios. Tienen mínimamente resultados de diagnóstico o terapéuticos similares con respecto al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o afección del paciente.

A estos efectos, “estándares de práctica médica generalmente aceptados” se refiere a los estándares basados en evidencias científicas confiables, publicadas en literatura médica evaluada por pares que cuenta con el reconocimiento general de la comunidad médica pertinente; las recomendaciones de la sociedad médica especializada; los puntos de vista de médicos que ejercen en áreas clínicas relevantes; y otros factores pertinentes.

“**Miembro**” significa un individuo que es elegible y está inscrito en virtud de este acuerdo, y para quien hemos recibido Primas aplicables. El término incluye un Dependiente y un Suscriptor, a menos que el Suscriptor no solicite cobertura en su propio nombre, sino que es un adulto responsable (el padre o tutor legal) que solicita Cobertura solo para niños bajo este acuerdo en nombre de un niño menor que, a partir del principio del año del plan, no ha alcanzado la edad de 21 años, en cuyo caso el Suscriptor será responsable de pagar la Prima y el Costo compartido para el Miembro y actuará como el representante legal del Miembro en virtud de este producto, pero no será un Miembro. A lo largo de esta EOC, “usted” y “su” pueden ser utilizados para

referirse a un Miembro o Suscriptor, según lo requiera el contexto.

**“Acuerdo y Evidencia de Cobertura Individual de Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.”** (También **“Acuerdo”** o **“EOC”**) significa este documento, que tiene información sobre sus beneficios.

**“Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.”** (también **“Molina Healthcare”** o **“Molina”** o **“Nosotros”** o **“Nuestro”**) se refiere a la corporación licenciada en el Estado de Wisconsin como una organización de mantenimiento de la salud, y contratada con el Marketplace.

**“Proveedor no participante”** se refiere a aquellos médicos, hospitales y otros proveedores que no han firmado contratos para proporcionar Servicios cubiertos a los Miembros.

**“Otro profesional”** se refiere a los Proveedores participantes que proporcionan Servicios cubiertos a los Miembros dentro del alcance de su licencia, pero no son PCPs o especialistas.

**“Servicio fuera del área”** significa un servicio que se proporciona fuera del área de servicio y no es un Servicio cubierto, excepto que se indique de otra manera en este Acuerdo.

**“Proveedor participante”** se refiere a aquellos proveedores, incluidos hospitales y médicos, que han firmado contratos para proporcionar Servicios cubiertos a los Miembros a través de este producto ofrecido y vendido a través del Marketplace.

**“Primas”** significa cargos periódicos de membresía pagados por o en nombre de cada Miembro. Las Primas se suman a los Costos compartidos.

**“Médico de atención primaria”** (también **“Médico de cabecera”** y **“Médico personal”**) que ha identificado su designación profesional principal a nosotros como un **“PCP”**, y es el médico que se ocupa de sus necesidades de atención médica. Su médico de atención primaria tiene su historial médico. Su médico de atención primaria se asegura de que obtenga los servicios de atención médica necesarios. Un médico de atención primaria puede derivarlo a un Médico especialista para otros servicios. Un médico de atención primaria incluye, pero no se limita a, uno de los siguientes tipos de médicos:

- Médico familiar o general que usualmente puede ver a toda la familia.
- Médico internista, que por lo general solo ve a adultos y niños de 14 años o más.
- Pediatra, que ve a niños desde recién nacidos hasta los 18 o 21 años de edad.
- Obstetras y ginecólogos (OB/GYN).

**“Proveedor de atención primaria”** (“PCP”) significa:

- Médico de atención primaria, o;
- una asociación de práctica individual (IPA, por sus siglas en inglés) o un grupo de médicos licenciados que han identificado su designación profesional principal para nosotros como atención primaria, que proporciona servicios de atención primaria a través del Médico de atención primaria, o bien;
- otro profesional que, dentro del alcance de su licencia, esté autorizado a proporcionar servicios de atención primaria.

“**Autorización previa**” se refiere a la determinación previa por parte de Molina de la Necesidad médica de los Servicios cubiertos, incluyendo ciertos medicamentos recetados, antes de que se presten los servicios. La Autorización previa no es una garantía de pago por los servicios. El pago se realiza sobre la base de lo siguiente:

- Limitaciones de los beneficios;
- exclusiones;
- la elegibilidad de los Miembros en el momento en que se ofrecen los servicios;
- y otras normas aplicables durante la revisión de la reclamación.

“**Servicios de rehabilitación**” significa servicios de atención médica que le ayudan a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado porque estaba enfermo, herido o discapacitado. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, servicios para las patologías del habla y del lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.

“**Área de servicio**” se refiere al área geográfica en Wisconsin donde Molina Healthcare ha sido autorizado por la Oficina del comisionado de seguros de Wisconsin y los Centros de servicios de Medicare y Medicaid para comercializar productos individuales vendidos a través del Marketplace, inscribir a los Miembros que obtienen cobertura a través del Marketplace y proporcionar Servicios cubiertos a través de planes de salud individuales aprobados vendidos a través del Marketplace.

“**Médico especialista**” significa cualquier médico con licencia, autorizado por el Colegio de médicos o que reúne los requisitos del Colegio que practique una especialidad, que haya firmado un contrato y que haya identificado su designación profesional principal para nosotros como diferente de un “PCP”, para entregar los Servicios cubiertos a los Miembros.

“**Cónyuge**” significa el marido o esposa legal del Suscriptor. A los efectos de esta EOC, el término “Cónyuge” incluye al cónyuge del mismo sexo del Suscriptor.

“**Suscriptor**” significa:

- Una persona que es residente de Wisconsin, satisface los requisitos de elegibilidad de este Acuerdo, está inscrita y aceptada por Molina Healthcare como Suscriptor, y ha mantenido su membresía con Molina Healthcare de acuerdo con los términos de este Acuerdo. Esto incluye a un individuo que no es un menor de edad y que está solicitando en su propio nombre la Cobertura solo para niños bajo este Acuerdo; o
- un adulto responsable (el padre o tutor legal) que solicita Cobertura solo para niños bajo este Acuerdo en nombre de un niño menor que, a partir del principio del año del plan, no ha alcanzado la edad de 21 años, en cuyo caso el Suscriptor será responsable de pagar la Prima y el Costo compartido para el Miembro y actuará como el representante legal del Miembro en virtud de este Acuerdo. A lo largo de esta EOC, “Usted” y “Su” pueden ser utilizados para referirse a un Miembro o a un Suscriptor, según lo requiera el contexto.

“**Servicios de telesalud y telemedicina**” significa:

- Prestación de Servicios cubiertos por parte de un Proveedor participante a través de la tecnología de conferencias de audio y vídeo que permite la comunicación entre un Miembro en un sitio de origen y un Proveedor participante en un sitio distante, lo que permite el diagnóstico o tratamiento de los Servicios cubiertos.
- La comunicación no implica el contacto personal entre el Miembro y un Proveedor participante.

Durante la visita virtual, el Miembro puede recibir apoyo en persona en el sitio de origen de parte de otro personal médico para ayudar con el equipo técnico y las comunicaciones 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 las telecomunicaciones sin interacción en vivo, y se revisará en un momento posterior (a menudo denominada tecnología “Store and Forward”). Requisito: al utilizar la tecnología “Store and Forward”, todos los servicios cubiertos también deben incluir una visita en persona al consultorio para determinar el diagnóstico o el tratamiento.

“**Servicios de atención urgente**” significa los servicios de atención médica necesarios para prevenir el grave deterioro de la salud por una enfermedad o lesión médica imprevista.

## ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

### ¿Cuándo comenzará mi membresía en Molina?

La cobertura comienza en la “fecha de entrada en vigencia”. La fecha de entrada en vigencia es la fecha en la que usted cumple con todos los requisitos de inscripción y pago anticipado de Primas y estos son aceptados por el Marketplace y/o Molina.

Para la cobertura durante el año calendario 2020, el periodo inicial de inscripción abierta comienza el 1.º de noviembre de 2019 y termina el 15 de diciembre de 2019. Su fecha de entrada en vigencia para la cobertura durante 2019 dependerá de cuándo la solicitó:

- Si usted realizó la solicitud el 15 de diciembre de 2019 o antes, la fecha de entrada en vigencia de su cobertura es el 1.º de enero de 2020.
- Las solicitudes hechas después del 15 de diciembre de 2019 están sujetas a los requisitos y verificación del periodo especial de inscripción.

Si no se inscribe durante un periodo de inscripción abierta, puede inscribirse durante un periodo especial de inscripción. Usted debe reunir los requisitos de los procedimientos de inscripción especial establecidos por el Marketplace y/o Molina, y su razón de elegibilidad debe estar verificada con documentación que sea aceptable para el Marketplace y/o Molina. En tal caso, la fecha de entrada en vigencia de la cobertura será determinada por el Marketplace. El Marketplace y/o Molina proveerán periodos de inscripción especiales todos los meses para los indígenas estadounidenses elegibles o nativos de Alaska.

La fecha de entrada en vigencia para la cobertura de nuevos Dependientes se describe a continuación en la sección titulada “Cómo agregar a otros dependientes”.

### ¿Quién es elegible?

Para inscribirse y permanecer inscrito debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad. El Marketplace establece los requisitos de elegibilidad. Consulte el sitio web del Marketplace [healthcare.gov] para conocer los criterios de elegibilidad. Molina requiere que usted viva en nuestra Área de servicio para ser elegible en virtud de este producto. Para la Cobertura solo para niños, el Miembro debe ser menor de 21 años al principio del año del plan y, en el caso de un Suscriptor que solicite cobertura en nombre de un menor, el Suscriptor debe ser un adulto responsable (padre o tutor legal). Si ha perdido su elegibilidad, es posible que no pueda volver a inscribirse. Esto se describe en la sección titulada “¿Cuándo terminará mi membresía en Molina? (Terminación de los Servicios cubiertos)”.

**Cobertura solo para niños:** se pueden agregar niños adicionales a la Cobertura solo para niños siempre que cada niño sea menor de 21 años al principio del año del plan y, si un niño es menor de edad, que un adulto responsable (padre o tutor legal) solicite la Cobertura solo para niños en nombre del menor.

**Dependientes:** los Suscriptores que se inscriban durante el periodo de inscripción abierta establecido por el Marketplace también pueden solicitar la inscripción de Dependientes elegibles.

Los Dependientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad. Los Dependientes deben vivir en nuestra Área de servicio para ser elegibles en virtud de este producto. Los siguientes familiares se consideran Dependientes en virtud de un Acuerdo que no es para la Cobertura solo para niños (consulte la sección “Cobertura solo para niños”, más arriba, para obtener información sobre cómo

agregar niños a la Cobertura solo para niños):

- Cónyuge
- Niños: los hijos del Suscriptor o los hijos del Cónyuge (incluidos los hijos adoptados legalmente, hijos bajo tutela e hijastros). Cada niño es elegible para solicitar la inscripción como Dependiente hasta la edad de 26 años (la edad límite).
- Nietos: cuando un hijo Dependiente del Suscriptor tiene hijos (es decir, los nietos del Suscriptor), esos nietos pueden calificar como Dependientes del Suscriptor. Los nietos son elegibles para la cobertura bajo este producto hasta que el niño Dependiente inscrito que es el padre cumpla los 18 años.

**Parejas domésticas:** si lo permite el Marketplace, una pareja doméstica del Suscriptor puede inscribirse en este producto. La pareja doméstica debe cumplir toda elegibilidad y verificación de los requisitos de parejas domésticas establecidos por el Marketplace y/o Molina.

**Límite de edad para niños (niños con discapacidades):** los niños que llegan a los 26 años son elegibles para continuar la inscripción como Dependiente en la cobertura, excepto en la Cobertura solo para niños, si se aplican todas las condiciones siguientes:

- El niño no puede trabajar para mantenerse debido a afecciones, enfermedades o lesiones que impliquen una limitación física o mental; y
- el niño depende principalmente del Suscriptor para el apoyo y el mantenimiento.

Un niño discapacitado puede permanecer cubierto por Molina como Dependiente. Esto se aplica siempre y cuando permanezca incapacitado. El niño debe inicialmente cumplir y seguir cumpliendo con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente.

**Cómo agregar a otros dependientes:** para inscribir a un Dependiente que primero se convierte en elegible para inscribirse después de que usted esté inscrito como Suscriptor (como un nuevo Cónyuge, un hijo recién nacido o un hijo recién adoptado), debe ponerse en contacto con el Marketplace y/o Molina y presentar cualquier solicitud, formularios e información solicitada para el Dependiente.

Las solicitudes de inscripción de un nuevo Dependiente deben enviarse al Marketplace y/o a Molina en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que el Dependiente se hizo elegible para inscribirse en Molina Healthcare.

- **Cónyuge:** puede agregar un Cónyuge siempre y cuando solicite durante el periodo de inscripción abierta. También puede realizar una solicitud a más tardar 60 días después de cualquier evento que se indica a continuación.
  - El Cónyuge pierde la “cobertura mínima esencial” a través de:
    - Programas patrocinados por el gobierno.
    - Planes patrocinados por el empleador (pérdida involuntaria de cobertura).
    - Planes de mercado individuales.
    - Cualquier otra cobertura designada como “cobertura esencial mínima” de conformidad con la Ley de atención médica asequible.
  - La fecha de su matrimonio.

- El Cónyuge, que anteriormente no era ciudadano, no tenía la nacionalidad ni era un individuo admitido legalmente y, luego, obtuvo dicho estado.
- El Cónyuge se traslada permanentemente al Área de servicio.
- **Niños menores de 26 años:** usted puede agregar un dependiente menor de 26 años, incluyendo un hijastro, excepto en la Cobertura solo para niños. Debe realizar una solicitud durante el periodo de inscripción abierta o durante un periodo no superior a 60 días después de cualquier evento que se indica a continuación:
  - El niño pierde la “cobertura mínima esencial” a través de:
    - Programas patrocinados por el gobierno.
    - Planes patrocinados por el empleador (pérdida involuntaria de cobertura).
    - Planes de mercado individuales.
    - Cualquier otra cobertura designada como “cobertura esencial mínima” según lo determina la Ley de atención médica asequible.
  - El niño se convierte en Dependiente a través del matrimonio, el nacimiento, la adopción, la colocación para adopción, la colocación en cuidado bajo tutela, manutención u otra orden judicial.
  - El hijo, que anteriormente no era ciudadano, no tenía la nacionalidad ni era un individuo admitido legalmente y, luego, obtuvo dicho estado.
  - El hijo se traslada permanentemente al Área de servicio.
- **Niños adultos que son estudiantes llamados a servicio militar:** su hijo adulto de 26 años o más puede estar cubierto, excepto en la Cobertura solo para niños. El niño debe:
  - Asistir a una escuela o universidad de educación vocacional, técnica o para adultos acreditada.
  - Ser un estudiante a tiempo completo, lo que significa que el niño:
    - Toma 12-15 créditos por semestre; o
    - es estudiante de tiempo completo según lo definido por la institución a la que asiste.

El niño seguirá siendo elegible para la cobertura. Esto es independiente de la edad. El niño adulto debe cumplir con todos los siguientes criterios de elegibilidad:

- El niño fue llamado al servicio militar federal en la Guardia Nacional o en un componente de reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos. Esto sucedió mientras el niño asistía, a tiempo completo, a una institución de educación superior; y
- el niño tenía menos de 27 años cuando fue llamado a servicio militar federal.

Es posible que requiramos pruebas al momento de la inscripción inicial, y anualmente a partir de entonces, de que su hijo adulto cumple con estos criterios de elegibilidad.

Una vez que ese niño adulto ya no asiste como estudiante a tiempo completo, ya no será elegible para la cobertura bajo esta EOC. Sin embargo, si ese niño adulto deja de ser un estudiante a tiempo completo debido a un permiso de ausencia Médicamente necesario; y este permiso está documentado y certificado por el médico de tal niño, la cobertura continuará hasta la más temprana de estas fechas:

- El niño nos aconseja que no tiene la intención de retomar sus estudios a tiempo completo;
- el niño adulto consigue empleo a tiempo completo;
- el niño adulto obtiene otra cobertura de atención médica;
- el niño adulto se casa y es elegible para la cobertura de salud de su Cónyuge;
- su cobertura es discontinuada o no se renueva; o
- ha transcurrido un año desde la fecha en que el niño adulto dejó de ser un estudiante a tiempo completo y no ha retomado sus estudios a tiempo completo.

Podemos requerir prueba de la matriculación de estudiante de tiempo completo del niño adulto según sea necesario. Un estudiante a tiempo completo que termine el periodo de primavera será considerado un estudiante a tiempo completo durante el verano si se ha inscrito como estudiante a tiempo completo para el siguiente periodo de otoño, sin importar si dicho niño adulto se inscribe para el periodo de verano.

- **Niño recién nacido:** la cobertura para un recién nacido es desde el momento del nacimiento. Sin embargo, si usted no inscribe al recién nacido dentro de los 60 días, el recién nacido está cubierto por solo 31 días a partir de la fecha de nacimiento del recién nacido. Dentro del año posterior al nacimiento del recién nacido, usted puede inscribir al niño después de 60 días si hace todos los pagos de las primas vencidas con un 5.5% de interés.

Tenga en cuenta: las solicitudes de recién nacidos se procesarán como parte de las reclamaciones de la madre y todo Deducible o Máximo anual de gastos de bolsillo que se hayan satisfecho mediante el procesamiento de dichas reclamaciones de un recién nacido se acumularán como parte del Deducible o Máximo anual de gastos de bolsillo de la madre. Sin embargo, si se recibe un expediente de inscripción para el recién nacido durante los primeros 31 días, el recién nacido será agregado como Dependiente a partir de la fecha de nacimiento, y cualquier reclamación incurrida por el recién nacido será procesada como parte de las reclamaciones del recién nacido, y cualquier Deducible o Máximo anual de gastos de bolsillo satisfecho a través del procesamiento de estas reclamaciones se acumulará como parte del Deducible o Máximo anual de gastos de bolsillo del recién nacido.

- **Niño adoptado:** si usted adopta a un niño o un niño es colocado con usted para la adopción, entonces el niño es elegible para la cobertura bajo este Acuerdo. El niño puede ser agregado a este Acuerdo durante el periodo de inscripción abierta, dentro de los 60 días posteriores a la adopción del niño o dentro de los 60 días posteriores a la colocación del niño con usted para su adopción. La cobertura del niño será efectiva en la fecha de adopción, colocación para adopción o según lo determine el Marketplace, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.
- **Orden judicial u orden de manutención:** si un niño se convierte en dependiente suyo o de su cónyuge a través de una orden de manutención u otra orden judicial, entonces el niño será elegible para la cobertura bajo este Acuerdo. Un Dependiente puede ser agregado a este Acuerdo durante el periodo de inscripción abierta o dentro de los 60 días de la fecha de entrada en vigencia de la orden judicial. El niño será elegible para la cobertura en la fecha en que la orden judicial sea efectiva o de otra manera determinada por el Marketplace, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.
- **Niño bajo tutela:** si un niño es colocado con usted o su cónyuge para cuidado bajo tutela, entonces el niño será elegible para la cobertura bajo este Acuerdo. Un niño bajo tutela puede ser agregado a este Acuerdo durante el periodo de inscripción abierta o dentro de los 60 días de la colocación del niño con usted para cuidado bajo tutela. La cobertura del niño será efectiva en la fecha de colocación para cuidado bajo tutela o según lo determine el Marketplace, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.



Se requerirá prueba de la fecha de nacimiento del niño o evento calificativo.

**Discontinuación de los Servicios cubiertos para Dependientes:** excepto bajo Cobertura solo para niños, los Servicios cubiertos para su Dependiente serán discontinuados en:

- El fin del año calendario en que el niño Dependiente cumpla los 26 años, a menos que el niño esté incapacitado y cumpla con los criterios especificados. Consulte la sección titulada “Límite de edad para niños (niños con discapacidades)”.
- La fecha en que el Cónyuge Dependiente entre en un decreto final de divorcio, anulación o disolución del matrimonio del Suscriptor.

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

## **TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO**

Usted obtiene una tarjeta de identificación de miembro (tarjeta de ID) de Molina Healthcare. Emitiremos una tarjeta de ID dentro de 10 días hábiles después de que realice su primer pago. Lleve su tarjeta de ID consigo en todo momento. Debe mostrar su tarjeta de ID cada vez que reciba atención médica.

Si pierde su tarjeta de ID, puede obtener una temporal en [mymolina.com](http://mymolina.com), y puede obtener una nueva llamando gratis al **1 (888) 560-2043**. Le enviaremos una nueva tarjeta de ID. Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura acerca de sus beneficios de atención médica.

### **¿Qué hago primero?**

Mire su tarjeta de ID de miembro de Molina. Compruebe que su nombre y fecha de nacimiento sean correctos. Su tarjeta de ID también contiene la siguiente información:

- Su nombre (Miembro).
- Su número de identificación de miembro (ID #).
- Su fecha de nacimiento (DOB).
- El número gratuito de la Línea de asesoramiento de enfermería de 24 horas de Molina.
- El número gratuito de la Línea de asesoramiento de enfermería en español.
- Número gratuito para preguntas relacionadas con recetas.
- El identificador para el beneficio de medicamentos recetados de Molina.
- Número gratuito para notificar a Molina que usted ha sido ingresado en el hospital.
- Número gratuito para notificar a Molina que ha ido a la sala de emergencias.

Su tarjeta de ID es utilizada por proveedores de atención médica como su PCP, un farmacéutico o un hospital. Les ayuda a conocer su elegibilidad para servicios a través de Molina. Cuando usted va para recibir atención, se le puede pedir que presente su tarjeta de ID antes de obtener servicios.

## **ACCESO A LA ATENCIÓN**

## ¿Cómo puedo obtener servicios médicos a través de Molina?

(Elección de médicos y proveedores; centros)

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. LE INDICA DE QUIÉN O QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

El Directorio de proveedores de Molina incluye una lista de los PCP y hospitales. Estos están disponibles para usted como Miembro de Molina. Puede visitar nuestro sitio web en **www.MolinaMarketplace.com**. Aquí puede ver nuestra lista en línea de Proveedores participantes.

En general, la primera persona que usted debe llamar para cualquier atención médica es su PCP, pero puede visitar a otro Proveedor participante en lugar de su PCP y no se requiere una referencia.

Si necesita servicios de hospital o similares, debe ir a un centro que sea un Proveedor participante. Podemos contarle sobre los centros que están con Molina o donde están ubicados. Llame al número de teléfono gratuito de Molina al **1 (888) 560-2043**. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos llamando al **7-1-1** para contactar al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Puede recibir Servicios de emergencia en cualquier sala de emergencias.

Excepto por los Servicios de emergencia, y como se indica de otra manera en este documento, usted debe recibir los Servicios cubiertos de los Proveedores participantes, de lo contrario, los servicios no están cubiertos. Usted será el 100% responsable del pago al Proveedor no participante, y los pagos no se aplicarán a su Deducible o Máximo anual de gastos de bolsillo.

### Servicios de telesalud y telemedicina

Puede obtener los Servicios cubiertos que se proporcionan a través de la telesalud, excepto como se estipula específicamente en este acuerdo. No se requiere el contacto en persona entre usted y el médico para estos servicios, y no hay limitaciones con respecto al tipo de entorno donde se prestan estos servicios. Para obtener más información, consulte Servicios de telesalud y telemedicina en la sección de definiciones. Las siguientes cláusulas adicionales se aplican al uso de los Servicios de telesalud y telemedicina:

- Los servicios deben obtenerse de un Proveedor participante.
- Los servicios están destinados a ser utilizados cuando se necesita atención inmediata para asuntos médicos que no sean de emergencia.
- Los servicios son un método de acceso a los Servicios cubiertos, y no un beneficio separado.
- Los servicios no están permitidos cuando el Miembro y el Proveedor participante están en la misma ubicación física.
- Los servicios no incluyen solo mensajes de texto, fax o correo electrónico.
- El costo compartido de los miembros se muestra en su Programa de beneficios.
- Los Servicios cubiertos prestados a través de la tecnología Store y Forward deben incluir una visita en persona a la oficina para determinar el diagnóstico o el tratamiento. Consulte la sección “Definiciones” para obtener explicaciones.

La siguiente tabla es para que conozca a dónde ir para recibir atención médica. Los servicios que puede necesitar aparecen en las casillas de la izquierda. La parte derecha le indica a quién llamar o a dónde ir.

SIEMPRE CONSULTE A SU PCP PRIMERO. SIN EMBARGO, NO SE REQUIEREN REMISIONES PARA QUE USTED ACEDA A ESPECIALISTAS U OTRA ATENCIÓN DE PROFESIONALES.

<b>TIPO DE AYUDA QUE NECESITA:</b>	<b>A DÓNDE IR. A QUIÉN LLAMAR.</b>
<b>Servicios de emergencia</b>	Llame al <b>911</b> o acuda a la sala de emergencias más cercana. Incluso si está fuera de nuestra red o Área de servicios, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana para recibir Atención de emergencia.
<b>Servicios de atención médica urgente</b>	Llame a su PCP o a la Línea de asesoramiento de enfermería de Molina las 24 horas. <b>Inglés (1 [888] 275-8750), TTY (1 [866] 735-2929)</b> <b>Español (1 [866] 648-3537), TTY (1 [866] 833-4703)</b>
<b>Un examen físico, una consulta de bienestar o vacunas</b>	Acuda a su PCP
<b>Tratamiento para una enfermedad o lesión que no es una emergencia</b>	Acuda a su PCP
<b>Servicios de planificación familiar</b> , como pruebas de embarazo, control de natalidad, esterilización	Acuda a cualquier Proveedor participante de su elección. No necesita una Autorización previa para obtener estos servicios.
<b>Pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)</b>	Acuda a cualquier Proveedor participante de su elección. No necesita una Autorización previa para obtener estos servicios.
<b>Para consultar con un obstetra/ginecólogo (OB/GYN)</b> (médico para mujeres).	Las mujeres pueden acudir a cualquier Proveedor participante de OB/GYN sin una remisión o Autorización previa Consulte a su médico o llame al Centro de atención al cliente de Molina si no conoce a un OB/GYN.
<b>Para una evaluación de la salud mental o de abuso de sustancias</b>	Acuda a un Proveedor participante de salud mental o abuso de sustancias. No necesita una remisión o Autorización previa para obtener una evaluación de salud mental o de abuso de sustancias.
<b>Para una terapia de la salud mental o de abuso de sustancias</b>	Acuda a un Proveedor participante de salud mental o abuso de sustancias. No necesita una remisión. No necesita una Autorización previa para las visitas al consultorio de pacientes ambulatorios.
<b>Para consultar a un Médico especialista</b> (por ejemplo, un médico especialista en cáncer o del corazón)	Acuda a un Médico especialista que sea un Proveedor participante. No se requiere una remisión de su PCP. Si necesita Servicios de emergencia o Servicios de atención médica urgente, consulte “Servicios de emergencia” o “Servicios de atención médica urgente” más arriba.
<b>Para someterse a cirugía</b>	Acuda primero a su PCP. Si necesita Servicios de emergencia o Servicios de atención médica urgente, consulte “Servicios de emergencia” o “Servicios de atención médica urgente” más arriba.
<b>Para obtener una segunda opinión</b>	Consulte el Directorio de proveedores de Molina en nuestro sitio web. Puede encontrar un Proveedor participante para obtener una segunda opinión. Visite: <a href="http://MolinaMarketplace.com">MolinaMarketplace.com</a> . No necesita una Autorización previa o una remisión.
<b>Para ir al hospital</b>	Si necesita Servicios de emergencia o Servicios de atención médica urgente, obtenga ayuda como se indica en las secciones anteriores de “Servicios de emergencia” o “Servicios de atención médica urgente”. Para casos que no son de emergencia, acuda primero a su PCP o vaya a cualquier centro hospitalario que sea un Proveedor participante.

SIEMPRE CONSULTE A SU PCP PRIMERO. SIN EMBARGO, NO SE REQUIEREN REMISIONES PARA QUE USTED ACCEDA A ESPECIALISTAS U OTRA ATENCIÓN DE PROFESIONALES.

TIPO DE AYUDA QUE NECESITA:	A DÓNDE IR. A QUIÉN LLAMAR.
<b>Atención fuera del horario normal</b>	Puede llamar a la Línea de asesoramiento de enfermería de Molina las 24 horas. <b>Inglés: (1 [888] 275-8750), TTY: (1 [866] 735-2929)</b> <b>Español: (1 [866] 648-3537), TTY: (1 [866] 833-4703)</b> Tiene derecho a recibir servicios de interpretación sin costo alguno para que le ayuden a obtener atención fuera del horario normal. Llame a Atención al cliente al número telefónico gratuito de Molina <b>1 (888) 560-2043</b> .

### ¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un Proveedor de atención primaria (o PCP) se ocupa de sus necesidades de atención médica. Un PCP lo conoce bien. Llame a su PCP cuando esté enfermo y no sepa qué hacer. Usted no tiene que ir a la sala de emergencias a menos que usted crea que tiene una Afección de emergencia.

Es posible que piense que no debe consultar a su PCP hasta que esté enfermo. Eso no es cierto.

Conozca a su PCP incluso cuando esté bien. Acuda a los chequeos anuales para permanecer sano. Acuda a su PCP para chequeos, pruebas y resultados de pruebas, vacunas y cuando esté enfermo. Consultar a su PCP para hacerse chequeos permite detectar los problemas a tiempo. Si necesita atención especial, su PCP lo ayudará a obtenerlo. Su PCP y usted trabajan juntos para que se mantenga saludable.

Si desea saber más sobre su PCP u otros médicos de Molina Healthcare, llámenos. El número telefónico del Centro de atención al cliente de Molina es gratuito: 1 (888) 295-7651.

### Elección de su médico (elección del médico y de los proveedores)

Para que su atención médica esté cubierta bajo este producto, sus servicios de atención médica deben ser proporcionados por los Proveedores participantes de Molina Healthcare. Esto incluye médicos, hospitales, médicos especialistas, clínicas de atención urgente o clínicas médicas. La excepción son los Servicios de emergencia. Para obtener más información, consulte la sección titulada “Servicios de emergencia y servicios de atención médica urgente”.

Nuestro Directorio de proveedores le ayudará para que comience a tomar decisiones sobre su atención médica. Encontrará una lista de médicos y hospitales que están disponibles bajo este Acuerdo. También aprenderá algunas maneras útiles de utilizar los servicios y beneficios cubiertos por este Acuerdo. Para obtener más información, visite el sitio web de Molina en ([www.MolinaMarketplace.com](http://www.MolinaMarketplace.com)).

En el Directorio de proveedores de Molina encontrará:

- Nombres.
- Direcciones.
- Números telefónicos.
- Idiomas hablados.
- Disponibilidad de las sedes de servicios.
- Especialidades.
- Calificaciones profesionales (por ejemplo, certificación del consejo).

También puede averiguar si un Proveedor participante (PCP o médico especialista) está atendiendo a nuevos pacientes.

**Nota: algunos hospitales y proveedores pueden no proporcionar algunos de los servicios que pueden estar cubiertos bajo esta EOC que usted o un miembro de su familia pueden necesitar. Esto puede incluir servicios de planificación familiar, control de natalidad, incluida la anticoncepción de emergencia, esterilización (incluida la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y en el parto) o el aborto. Para obtener más información, llame a su médico, grupo médico o clínica. Puede llamar al Centro de atención al cliente al número telefónico gratuito 1 (888) 560-2043. Puede asegurarse de que recibirá los servicios de atención médica que necesita. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos llamando al 7-1-1 para contactar al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.**

### **¿Cómo selecciono a un PCP?**

Es fácil seleccionar un PCP. Utilice nuestro Directorio de proveedores para seleccionar de una lista de médicos. Puede seleccionar a un médico que vea a toda su familia. O tal vez, desee seleccionar a un médico para usted y otro para los miembros de su familia.

Puede seleccionar a un médico que se especializa en pediatría como un PCP de un niño. El pediatra debe ser un Proveedor participante de Molina.

Su PCP lo conoce bien y se encarga de todas sus necesidades médicas. Seleccione a un PCP tan pronto como pueda. Es importante que se sienta cómodo con la selección de su PCP.

Llame y programe su primera consulta para conocer a su PCP. Si necesita ayuda para hacer una cita, llame al número telefónico gratuito de Molina **1 (888) 560-2043**. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos llamando al **7-1-1** para contactar al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Molina puede ayudarle a encontrar un PCP. Díganos qué es importante para usted en la selección de un PCP. Nos complace ayudarlo. Llame al Centro de atención al cliente. Podemos contarle más sobre su médico de Molina.

### **¿Qué pasa si no selecciono a un PCP?**

Molina le pide que seleccione a un PCP. Sin embargo, si usted no selecciona a un PCP, Molina lo seleccionará por usted.

### **Cambio de su doctor**

#### **¿Qué pasa si quiero cambiar a mi PCP?**

Usted puede cambiar a su PCP en cualquier momento. La fecha de entrada en vigencia del cambio se basará en si está pidiendo un cambio a un PCP con quien ya tiene una cita programada, o si está pidiendo un cambio futuro. A continuación, se muestran las fechas de entrada en vigencia del cambio del PCP, dependiendo del tipo de solicitud que esté haciendo:

- Ya tiene una cita programada: la fecha de entrada en vigencia es la fecha del aviso.

- Está solicitando un cambio futuro de PCP: el cambio será efectivo el segundo día del mes siguiente.

Pero primero, consulte a su médico. Conozca a su PCP antes de cambiar. Tener una buena relación con su PCP es importante para su atención médica. Llame al Centro de atención al cliente si desea más información sobre su médico de Molina Healthcare.

### **¿Mi médico puede solicitar que cambie a un PCP diferente?**

Su médico puede solicitar que se le cambie a un PCP diferente por cualquiera de las siguientes razones:

- Usted no está siguiendo instrucciones médicas (conducta desobediente).
- Usted está siendo abusivo, amenazante o tiene una conducta violenta.
- La relación con su PCP no funciona.

### **¿Cómo cambio a mi PCP?**

Llame al número de teléfono gratuito de Molina al **1 (888) 560-2043**. Si usted es sordo o tiene problemas auditivos, puede llamarnos al **7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. También puede ver Nuestra lista en línea de médicos en nuestro sitio web. Visite el sitio web de Molina en **www.MolinaMarketplace.com**. Le podemos ayudar con su solicitud de cambio.

En ocasiones, es posible que no pueda obtener el PCP que desea. Esto puede suceder porque:

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

### **¿Qué pasa si mi médico u hospital ya no está en Molina Healthcare?**

Si su médico (PCP o médico especialista) o un hospital ya no están en Molina Healthcare, le enviaremos una carta para informarle. La carta le indicará cómo el cambio le afectará. Si su PCP ya no está en Molina Healthcare, puede seleccionar a otro médico. Nuestro personal del Centro de atención al cliente de Molina puede ayudarle a seleccionar.

Si usted es asignado a un PCP u hospital que está terminando un contrato con Molina, entonces le daremos un aviso por escrito con 30 días de anticipación. Le informaremos del contrato que termina entre Molina y el PCP o el hospital.

Puede recibir atención de un médico u hospital que está terminando un contrato con Molina. Puede tener derecho a mantener el mismo médico o recibir atención en el mismo hospital por un periodo de tiempo determinado. Póngase en contacto con el Centro de atención al cliente de Molina en:

**Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.**  
**Customer Support Center**  
**11002 W. Park Place**  
**Milwaukee, WI 53224**  
**1 (888) 560-2043**  
**TTY 7-1-1**  
**Fax: 1 (414) 214-2489**  
**MolinaMarketplace.com**

Si tiene más preguntas o un reclamo. Puede comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE LOS SEGUROS del estado de Wisconsin** de la siguiente manera:

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

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

**Correo electrónico:**  
**ocicomplaints@wisconsin.gov**

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

Las personas sordas, con problemas auditivos o de habla pueden comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** llamando al **7-1-1** (TTY) y pidiendo el **1 (608) 266-3586**.

### **Continuidad de la atención**

Si Molina incluyó a un médico de atención primaria (definido como médico especializado en medicina interna, pediatría o práctica familiar) en el directorio de proveedores de Molina y representaba que el proveedor era, o sería, un Proveedor participante en materiales de marketing que se proporcionaban o estaban disponibles en el momento de su inscripción, Molina pondrá a su disposición el médico y cubrirá los servicios proporcionados por el médico en los Costos compartidos dentro de la red para todo el año del plan.

Si usted está recibiendo un curso activo de tratamiento para servicios cubiertos de un Proveedor participante, que no sea un médico de atención primaria, cuya participación en Molina está terminando sin causa, puede tener el derecho de seguir recibiendo Servicios cubiertos de ese proveedor hasta que el curso activo de tratamiento esté completo o por 90 días, lo que sea más corto, en los Costos compartidos dentro de la red.

A los efectos de esta sección de “Continuidad de la atención”, los siguientes términos en mayúsculas tienen los significados que se describen a continuación:

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, hasta el periodo posparto; o
- 4) un curso continuo de tratamiento para una afección de salud para la cual el médico tratante o el proveedor de atención médica atestigua que la interrupción de la atención por parte de ese médico o 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 para la cual es probable que se produzca la muerte, a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección.

Una “afección aguda grave” es:

- una enfermedad o afección que requiere atención continua compleja que la persona cubierta está recibiendo actualmente, como quimioterapia, consultas postoperatorias o radioterapia.

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

- Para un médico de atención no primaria, después de la transición exitosa de la atención a un Proveedor participante.
- Para un médico de atención no primaria, al completar el curso del tratamiento antes de los 90 días de continuidad de la atención.
- Para un médico de atención no primaria, al completar los 90 días de continuidad de la atención.
- Para un médico de atención primaria, al final del año del plan.
- Si ha cumplido o excedido 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.

Proporcionaremos Servicios cubiertos en los Costos compartidos dentro de la red para la afección médica específicamente solicitada. A menos que la ley exija lo contrario, Molina reembolsará al proveedor hasta el monto previamente contratado por dicho servicio. Puede ser responsable ante el proveedor por cualquier monto facturado que exceda el monto pagado por Molina conforme a esta sección. Eso sería además de cualquier monto de los Costos compartidos dentro de la red que usted deba de acuerdo con esta EOC. Además, cualquier pago por los montos que excedan el monto previamente contratado no se aplicará a su Deducible ni a su Máximo anual de gastos de su bolsillo.

### **Transición de la atención**

Si usted es nuevo en Molina, podemos permitirle seguir recibiendo 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 solo extenderá la cobertura de Servicios cubiertos a Proveedores no participantes, cuando se determine que es Médicamente necesario, a través de nuestro proceso de revisión de la Autorización previa. Puede ponerse en contacto con Molina para iniciar la revisión de la Autorización previa.
2. Molina proporciona Servicios cubiertos en o después de su fecha de entrada en vigencia de cobertura con Molina, no antes. Una aseguradora previa (si no hubo interrupción en la cobertura antes de inscribirse en Molina), puede ser responsable de la cobertura hasta que su cobertura sea efectiva con Molina.
3. Después de su fecha de entrada en vigencia con Molina, podemos coordinar la provisión de Servicios cubiertos con cualquier Proveedor no participante (médico u hospital) en su nombre para la transición de registros médicos, administración de casos y coordinación de transferencias a un Proveedor participante de Molina.
4. Servicios para pacientes internados: con su ayuda, Molina puede llegar a cualquier asegurador previo (si corresponde) para determinar la responsabilidad de su asegurador previo por el pago de los servicios hospitalarios para pacientes internados a través del alta de cualquier admisión para pacientes internados. Si no hay una transición de la provisión de atención a través de su asegurador previo o si usted no tenía cobertura a través de un asegurador en el momento de la admisión, Molina asumirá la responsabilidad de los Servicios cubiertos a partir de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura con Molina, y no antes.

### **¿Qué pasa si no hay un proveedor participante que proporcione un servicio cubierto?**



Si no hay un Proveedor participante que pueda proporcionar un Servicio cubierto que no sea de emergencia, le proporcionaremos el Servicio cubierto a través de un Proveedor no participante de la misma manera y a un costo no mayor que los mismos Servicios cubiertos cuando los Proveedores participantes lo presten, siempre que obtenga autorización previa antes de iniciar el servicio. Además, en caso de que Molina se vuelva insolvente o descontinúe las operaciones, los Proveedores participantes seguirán prestando Servicios cubiertos en determinadas circunstancias.

Si los Servicios cubiertos no están razonablemente disponibles por parte de los Proveedores participantes, Molina evaluará la Necesidad médica de tales servicios solicitados por su PCP, especialista u otro profesional, y si está garantizado proporcionará acceso a Proveedores no participantes como Servicios cubiertos para la afección médica específicamente solicitada hasta la Cantidad permitida de Molina para tales servicios.

Además, en caso de que Molina se vuelva insolvente o descontinúe las operaciones, los Proveedores participantes seguirán prestando Servicios cubiertos en determinadas circunstancias.

### **Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas**

Si usted tiene preguntas o preocupaciones sobre su salud o la salud de su familia, llame a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas.

**Número telefónico gratuito: 1 (888) 275-8750**

**Español: 1 (866) 648-3537**

**TTY en inglés: 1 (866) 735-2929**

**TTY en español: 1 (866) 833-4703**

La Línea de asesoramiento de enfermería está conformada por enfermeras tituladas. Se puede llamar las 24 horas del día, los 365 días del año.

### **Recibir los servicios cubiertos de inmediato**

Debe de recibir Servicios cubiertos de un Proveedor participante dentro de un plazo razonable y rápido para su área y comunidad local.

### **¿Qué es una autorización previa?**

Una Autorización previa es una solicitud para que reciba un Servicio cubierto de su médico. El director médico de Molina y su médico trabajan juntos. Deciden sobre la Necesidad médica antes de que se les dé la atención o el servicio. Esto es para asegurar que es el cuidado correcto para su afección específica.

### **No necesita una Autorización previa para obtener los siguientes servicios:**

- Servicios de emergencia.
- Servicios de planificación familiar.
- Servicios de habilitación.
- Atención para pacientes internados en un centro para enfermos terminales (no se requiere Autorización previa, solo un aviso).
- Pruebas y asesoramiento sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Servicios de tratamiento manipulativo, incluyendo servicios quiroprácticos.

- A continuación, los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios:
  - Evaluación y tratamiento de salud mental individual y en grupo.
  - Evaluación de los trastornos mentales.
  - Servicios para pacientes ambulatorios para la terapia con medicamentos.
  - Programas intensivos para pacientes ambulatorios (Intensive Outpatient Programs, IOP).
- Procedimientos en el consultorio.
- A continuación, los servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios:
  - Asesoramiento individual y grupal sobre el abuso de sustancias.
  - Tratamiento médico para pacientes ambulatorios por síntomas de abstinencia.
  - Evaluación y tratamiento individual por el abuso de sustancias.
  - Tratamiento grupal por abuso de sustancias.
  - Servicios para pacientes ambulatorios para la terapia con medicamentos.
  - Programas intensivos para pacientes ambulatorios (Intensive Outpatient Programs, IOP).
- Embarazo y parto (no se requiere Autorización previa, solo un aviso)
- A continuación, los servicios de rehabilitación
  - Terapia cardíaca.
  - Terapia pulmonar.
- Servicios para enfermedades de transmisión sexual.
- Servicios de atención médica urgente de un Proveedor participante

**Debe obtener Autorización previa para los siguientes servicios, excepto los Servicios de emergencia o los Servicios de atención médica urgente del Proveedor participante:**

- Todas las admisiones de pacientes internados (excepto centros para enfermos terminales).
- Ciertos servicios del centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC). \*
- Ciertos medicamentos como se indica en el Formulario de medicamentos de Molina. \*
- Cierta equipo médico duradero. \*
- Ciertos medicamentos inyectables y medicamentos que no aparecen en el Formulario de medicamentos de Molina. \*
- Servicios de salud mental.
  - Tratamiento durante el día.
  - Terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT).
  - Paciente internado de salud mental.
  - Pruebas neuropsicológicas y psicológicas.
  - Hospitalización parcial.
  - Tratamiento de salud conductual para el PDD/autismo.
- Ciertos servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. \*
- Colonoscopia para miembros menores de 50 años.
- Procedimientos cosméticos, plásticos y reconstructivos.
- Ortesis, prótesis y aparatos ortopédicos personalizados. Estos son algunos ejemplos:
  - Cualquier tipo de silla de ruedas (manual o eléctrica).
  - Dispositivo auditivo implantado internamente.
  - Scooters.
  - Zapatos o soportes de zapatos.
  - Aparatos ortopédicos especiales.
- Cantidades de medicamentos que exceden el límite de suministro diario.
- Procedimientos experimentales o de investigación.
- Medicamentos (orales e inyectables) especializados del formulario.
- Terapia genética (la mayoría de las terapias genéticas no están cubiertas. Molina cubre servicios limitados de terapia genética de acuerdo con nuestras políticas médicas, sujetos a Autorización previa).

- Asesoramiento y pruebas genéticas.
- Atención médica y terapia de infusión a domicilio (después de 7 consultas a domicilio).
- Terapia hiperbárica.
- Imágenes y pruebas especiales. Estos son algunos ejemplos:
  - CT (Tomografía computarizada).
  - MRI (Imágenes de resonancia magnética).
  - MRA (Angiograma de resonancia magnética).
  - Exploración con TEP (Tomografía por emisión de positrones).
- Atención de seguimiento de la baja visión.
- Pruebas genéticas Médicamente necesarias.
- Terapia ocupacional (después de la evaluación inicial y 12 consultas/año para pacientes ambulatorios y a domicilio).
- Atención y procedimientos para el control del dolor, excepto inyecciones de puntos gatillo.
- Terapia física (después de la evaluación inicial y 12 consultas/año para pacientes ambulatorios y a domicilio).
- Radioterapia y radiocirugía.
- Terapia del habla (después de 7 consultas para pacientes ambulatorios y a domicilio).
- Servicios prestados por un Proveedor no participante.
- Estudios de sueño (excepto estudios de sueño a domicilio).
- Servicios contra el abuso de sustancias:
  - Servicios para pacientes internados.
  - Tratamiento durante el día.
  - Servicios de desintoxicación.
  - Hospitalización parcial.
- Evaluación de trasplantes y servicios relacionados, incluidos órganos sólidos y médula ósea (el trasplante de córnea no requiere Autorización previa).
- Transporte (ambulancia aérea que no es de emergencia).
- Códigos médicos diversos y no enumerados o cualquier otro servicio que requiera Autorización previa en esta EOC.

\*Llame al Centro de atención al cliente de Molina al **1 (888) 560-2043**. Puede averiguar si su servicio necesita Autorización previa. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos llamando al **7-1-1** para contactar al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Molina puede negar una solicitud de Autorización previa. Usted puede apelar esa decisión como se describe a continuación. Si usted o su proveedor deciden continuar con los servicios a los que se le ha denegado una Autorización previa para beneficios bajo este producto, usted puede ser responsable de los cargos por los servicios denegados.

Las decisiones de Autorización previa y los avisos de medicamentos que no aparecen en el Formulario de medicamentos de Molina se proporcionarán como se describe en la sección de este Acuerdo titulada “Acceso a medicamentos que no están cubiertos”.

Las aprobaciones se otorgan en función de la Necesidad médica. Usted o su Proveedor participante puede llamar para Autorización previa; sin embargo, usted es en última instancia responsable de solicitar la Autorización previa. Si tiene preguntas sobre cómo se aprueba un determinado servicio, llame a al número telefónico gratuito de Molina, al **1 (888) 560-2043**. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede llamarnos llamando al **7-1-1** para contactar al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Podemos explicarle cómo se toma ese tipo de decisión. Le enviaremos una copia del proceso de

aprobación si lo solicita.

Molina responderá a la solicitud de Autorización previa en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de la solicitud. Las solicitudes de Autorización previa de rutina se procesarán dentro de los cinco días hábiles siguientes a la obtención de la información completa. Esto es cinco días a partir de cuando obtenemos la información que necesitamos y pedimos de usted o su proveedor.

Necesitamos esta información para tomar la decisión. Negaremos una Autorización previa si la información que pedimos no se nos proporciona.

Las afecciones médicas que pueden causar una amenaza grave para su salud se procesan en un plazo de 72 horas. Esto es 72 horas desde el momento en que recibimos toda la información que necesitamos y pedimos tomar la decisión. El periodo de tiempo requerido puede ser más corto bajo la Sección 2719 de la Ley federal de servicios de salud pública (federal Public Health Services Act) y las normas y regulaciones subsiguientes.

Si una solicitud de servicio no es Médicamente necesaria, puede ser denegada. Si no es un Servicio cubierto, puede ser denegado. Recibirá una carta que le informa por qué fue denegada. Usted o su médico pueden apelar la decisión. La carta de denegación le indicará cómo apelar. Estas instrucciones también se encuentran en la sección de esta EOC titulada “Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas”.

### **Aprobaciones permanentes**

Si usted requiere Autorización previa para una afección o enfermedad que requiere atención médica especializada durante un periodo prolongado de tiempo, puede necesitar una aprobación permanente. Si recibe una aprobación permanente, no necesitará obtener una Autorización previa cada vez que reciba los Servicios cubiertos.

Si su afección o enfermedad es potencialmente mortal, empeora o es incapacitante, puede necesitar una aprobación permanente a un centro de atención especializada. Ellos tienen la experiencia para tratar la afección o la enfermedad.

Para obtener una aprobación permanente, llame a su PCP. Su PCP trabajará con los médicos y médicos especialistas de Molina para asegurarse de que usted reciba un plan de tratamiento basado en sus necesidades médicas. Si tiene alguna dificultad para obtener una aprobación permanente, llame al número telefónico gratuito de Molina Healthcare al **1 (888) 560-2043**.

Si usted es sordo o tiene problemas auditivos, puede comunicarse con nosotros llamando al 7-1-1 para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Si después de llamar a Molina siente que sus necesidades no han sido satisfechas, por favor consulte nuestro proceso de reclamaciones, que se describe en la sección de esta EOC titulada “Reclamos”.

Si se aprueba la aprobación permanente, puede solicitar que un Médico especialista designado proporcione servicios de atención primaria.

### **Segundas opiniones**

Usted o su PCP pueden desear que otro médico (un PCP o un Médico especialista) revise su afección. Este médico examina sus antecedentes médicos y puede atenderlo. Este nuevo médico puede sugerir un plan de atención. Esto se llama una segunda opinión.

Consulte nuestro Directorio de proveedores en línea en **MolinaMarketplace.com** para encontrar un Proveedor participante que pueda dar una segunda opinión. Solo cubrimos las segundas opiniones cuando las proporciona un Proveedor participante.

Aquí están algunas, pero no todas, de las razones por las que usted puede conseguir una segunda opinión:

- Sus síntomas son complejos o confusos.
- Su médico no está seguro de que el diagnóstico sea correcto.
- Usted ha seguido el plan de atención médica por un tiempo, y su salud no ha mejorado.
- No está seguro de que necesita cirugía o considera que necesita cirugía.
- No está de acuerdo con lo que su médico considera que es su problema.
- No está de acuerdo con el plan de atención de su médico.
- Su médico no ha respondido a sus preocupaciones sobre su diagnóstico o plan de atención.

## **SERVICIOS DE EMERGENCIA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE**

### **¿Qué es una emergencia?**

Los “Servicios de emergencia” significan servicios de atención médica necesarios para evaluar, estabilizar o tratar una Afección médica de emergencia.

Una “Afección médica de emergencia” incluye una afección médica o médica psiquiátrica que presenta síntomas agudos y graves (incluyendo dolor grave) o que involucra trabajo de parto activo. Si no se recibe atención médica inmediata, una Emergencia podría resultar en cualquiera de los siguientes casos:

- Poner la salud del paciente en grave peligro.
- Daño grave en las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Los Servicios de emergencia también incluyen la terapia con medicamentos anticonceptivos de emergencia.

### **¿Cómo puedo obtener servicios de emergencia?**

Los Servicios de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana para los miembros de Molina Healthcare.

Si considera que tiene una emergencia, esté donde esté:

- Llame al **911** de inmediato.
- Acuda al hospital o a la sala de emergencia más cercana.

Cuando vaya a Servicios de emergencia, lleve su tarjeta de identificación de miembro de Molina Healthcare.

Si no está seguro de si necesita Servicios de emergencia pero necesita ayuda médica, llame a su PCP. O llame gratis a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas al **1 (888) 275-8750** o, para español, al **1 (866) 648-3537**. La Línea de asesoramiento de enfermería está conformada por

enfermeras tituladas (Registered Nurses, RNs). Puede llamar a la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 365 días al año.

Las salas de emergencia de un hospital son solo para emergencias reales. Estos no son buenos lugares para obtener Servicios que no son de emergencia. Suelen estar muy ocupados y deben cuidar en primer lugar a aquellos cuyas vidas están en peligro. Por favor, no vaya a la sala de emergencias de un hospital si su afección no es una emergencia.

### **¿Qué pasa si estoy lejos de nuestra área de servicios y necesito servicios de emergencia?**

Acuda a la sala de emergencias más cercano para que lo atiendan. Póngase en contacto con Molina Healthcare dentro de 48 horas, o cuando sea médicamente razonable, después de recibir Servicios de emergencia. Llame al número telefónico gratuito, al **1 (888) 560-2043**. Si usted es sordo o tiene problemas auditivos, puede comunicarse con nosotros llamando al **7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Cuando usted está lejos de nuestra Área de servicios, solo los Servicios de emergencia están cubiertos.

### **¿Qué pasa si necesito atención fuera del horario normal de atención o servicios de atención médica urgente?**

Los Servicios de atención médica urgente están sujetos a los Costos compartidos en el Programa de beneficios. Debe obtener los Servicios de atención médica urgente de un Proveedor participante. Los Servicios de atención médica urgente son los servicios de atención de salud necesarios para prevenir el grave deterioro de la salud de uno por una afección o lesión médica imprevista.

Para obtener instrucciones en caso de que se enferma después de horas o necesita Servicios de atención médica urgente, llame a su PCP o a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas al número telefónico gratuito **1 (888) 275-8750**, o al **1 (866) 648-3537**. Si usted es sordo o tiene problemas auditivos, use el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones llamando al **7-1-1**.

Nuestras enfermeras pueden ayudarle en cualquier momento del día o de la noche. Le dirán qué hacer o a dónde ir para que lo atiendan.

Si está dentro de nuestra Área de servicios y ya le ha pedido a su PCP el nombre del centro de atención urgente que debe usar, acuda al centro de atención urgente. Es mejor averiguar el nombre del centro de atención urgente con anticipación. Pida a su médico el nombre del centro de atención urgente y el nombre del hospital que debe usar.

Si se encuentra fuera de nuestra Área de servicios, puede ir a la sala de emergencias más cercana.

Los Servicios de atención médica urgente están sujetos a los Costos compartidos en el Programa de beneficios. Tenga en cuenta que debe obtener servicios de un Proveedor participante, de lo contrario, usted será 100 % responsable del pago y los pagos no se aplicarán a su Deducible o a su Máximo anual de gastos de su bolsillo para cualquiera de estos servicios.

Tiene derecho a recibir servicios de interpretación sin costo alguno para que le ayuden a obtener atención fuera del horario normal. Llame gratis a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas al **1 (888) 275-8750**, o para español, al **1 (866) 648-3537**. Si usted es sordo o tiene problemas auditivos, use el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones llamando al **7-1-1**.

### **Servicios de emergencia prestados por un Proveedor no participante**

Los Servicios de emergencia para el tratamiento de una afección médica de emergencia están sujetos a los Costos compartidos. Esto es válido tanto para los Proveedores participantes como para los Proveedores no participantes. Consulte los Costos compartidos para Servicios de emergencia en el Programa de beneficios.

**Importante:** salvo que la ley estatal exija lo contrario, cuando se reciban Servicios de emergencia de Proveedores no participantes para el tratamiento de una Afección médica de emergencia, Molina calculará la Cantidad permitida como la más alta de las siguientes:

- 1) La Cantidad permitida de Molina;
- 2) la tarifa media contratada de Molina para dichos servicios; o
- 3) el 100 % de la tarifa de Medicare para tales servicios.

Como los Proveedores no participantes no están dentro de la red de proveedores contratados de Molina, pueden pagarle la diferencia entre nuestra Cantidad permitida, descrito anteriormente, y la tarifa que cobran. Será responsable de los cargos que exceden el monto permitida cubierto bajo este beneficio.

### **Traslado obligatorio a un hospital de Proveedores participantes**

Usted debe tener una Autorización previa para recibir servicios hospitalarios, excepto en el caso de los Servicios de emergencia. Si recibe servicios en un hospital o es admitido en el hospital para Servicios de emergencia, su estadía en el hospital estará cubierta hasta que se haya estabilizado lo suficiente como para transferirse a un centro de Proveedores participantes y siempre que su cobertura con nosotros no haya terminado. Molina trabajará con usted y su médico para proporcionar transporte a un centro de Proveedores participantes. Si su cobertura con nosotros termina durante una estadía en el hospital, los servicios que recibe después de su fecha de terminación no son Servicios cubiertos.

Después de la estabilización y después de la provisión de transporte a un centro de Proveedor participante, los servicios proporcionados en un centro de Proveedor fuera del área o no participante no son Servicios cubiertos, así que usted será 100 % responsable de los pagos, y los pagos no se aplicarán a su Deducible o a su Máximo anual de gastos de bolsillo.

### **Servicios de un médico específico no contratado que trabaja en un hospital**

En el caso de que reciba atención médica que no sea de emergencia de un Proveedor no participante que trabaja en un hospital y que esté prestando servicios en un hospital de Proveedores participantes, la atención debe ser o tener:

- Medicamento necesaria.
- Autorización previa.
- Un Servicio cubierto.

Los Proveedores no participantes que prestan servicios en un hospital de Proveedores participantes pueden incluir, entre otros, patólogos, radiólogos y anestesiólogos.

Molina reembolsará al Proveedor no participante por estos servicios según nuestra Cantidad permitida. Usted será responsable de cualquier Deducible y/o Coseguro aplicable para los servicios profesionales de pacientes internados y/o ambulatorios descritos en el Programa de beneficios. Como los Proveedores no participantes no están dentro de la red de proveedores contratados de Molina, pueden pagarle la diferencia entre nuestra Cantidad permitida y la tarifa

que cobran. Además, cualquier pago por los montos que excedan nuestra Cantidad permitida no se aplicará a su Deducible o a su Máximo anual de gastos de su bolsillo.

### **Administración de casos complejos**

#### **¿Qué pasa si tengo un problema de salud difícil?**

Vivir con problemas de salud y lidiar con las cosas para manejar esos problemas puede ser difícil. Molina Healthcare tiene un programa que puede ayudar. El programa de Administración de casos complejos (Complex Case Management program) es para los Miembros con problemas de salud difíciles que necesitan ayuda extra para sus necesidades de atención médica.

El programa le permite hablar con una enfermera sobre sus problemas de salud. La enfermera puede ayudarle a aprender sobre esos problemas y enseñarle cómo manejarlos mejor. La enfermera también puede trabajar con su familia o cuidador y proveedor para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Hay varias maneras de ser remitido para este programa. Además, hay ciertos requisitos que debe cumplir. Este programa es voluntario. Puede optar por retirarse del programa en cualquier momento.

Si desea obtener información sobre este programa, llame al Centro de atención al cliente al número telefónico gratuito: **1 (888) 560-2043**.

### **Embarazo**

#### **¿Qué pasa si estoy embarazada?**

Si piensa que está embarazada, o tan pronto como sepa que está embarazada, llame para una consulta y comenzar su cuidado prenatal. La atención temprana es muy importante para la salud y el bienestar de usted y su bebé.

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

- Obstetra/ginecólogo con licencia (OB/GYN).
- Enfermera profesional (entrenada en salud de la mujer).

Puede hacer una cita para el cuidado prenatal sin antes ver a Su PCP. Para recibir beneficios bajo este Acuerdo, debe seleccionar a un OB/GYN o enfermera profesional que sea un Proveedor participante. Si necesita ayuda para seleccionar a un OB/GYN o si tiene alguna pregunta, llame al número telefónico gratuito de Molina Healthcare, **1 (888) 560-2043**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. CT. Nos complacerá ayudarlo.

## **ACCESO A LA ATENCIÓN PARA LOS MIEMBROS CON DISCAPACIDADES**

### **Ley para estadounidenses con discapacidades**

La Ley para estadounidenses con discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) prohíbe la discriminación según la discapacidad. La ADA requiere que Molina Healthcare y sus contratistas hagan ajustes razonables para los pacientes con discapacidades.

### **Acceso físico**



Molina Healthcare ha hecho todo lo posible para garantizar que nuestras oficinas y los consultorios de los médicos de Molina Healthcare sean accesibles a las personas con discapacidad. Si no puede localizar a un médico que satisfaga Sus necesidades, por favor llame a Molina Healthcare al número telefónico gratuito, **1 (888) 560-2043**, y un representante del Centro de atención al cliente le ayudará a encontrar a otro médico. Si usted es sordo o tiene problemas auditivos, puede comunicarse con nosotros llamando al **7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

### **Acceso para personas sordas o con problemas auditivos**

Llame a nuestro Centro de atención al cliente al **1 (888) 560-2043** o al **7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

### **Acceso para personas con baja visión o que son ciegos**

Esta EOC y otros materiales importantes de productos estarán disponibles en formatos accesibles para personas con baja visión o que son ciegos. Hay disponibles formatos de disco de computadora de impresión grande y ampliada. Esta EOC también está disponible en formato de audio.

Para solicitar formatos accesibles o ayuda directa para leer la EOC y otros materiales, llame a Molina Healthcare al número telefónico gratuito, **1 (888) 560-2043**. Los miembros que necesitan información en un formato accesible (impresión de gran tamaño, audio y Braille) pueden solicitarla desde nuestro Centro de atención al cliente.

### **Quejas sobre el acceso para discapacitados**

Si considera que Molina Healthcare o sus médicos no han respondido a sus necesidades de acceso para discapacitados, puede presentar una queja ante Molina Healthcare.

## **SERVICIOS CUBIERTOS**

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

- Usted es Miembro en la fecha en que recibe los Servicios cubiertos.
- Los Servicios cubiertos son Medicamento necesarios.
- Los servicios se enumeran como Servicios cubiertos en esta EOC.
- Recibe los Servicios cubiertos de los Proveedores participantes dentro de nuestro Área de servicios para este producto ofrecido a través del Marketplace, excepto donde específicamente se indique lo contrario en esta EOC. Por ejemplo, en el caso de una emergencia, puede recibir Servicios cubiertos de proveedores fuera del Área de servicios.

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

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

Los Costos compartidos son el Deducible, Copago y/o Coseguro que debe pagar por los Servicios cubiertos bajo este Acuerdo. La cantidad de Costos compartidos que usted tendrá que pagar por cada tipo de Servicio cubierto se indica en el Programa de beneficios.

Debe pagar los Costos compartidos por los Servicios cubiertos, excepto por los servicios preventivos incluidos en los Beneficios esenciales de la salud. La Ley de atención médica asequible (Affordable Care Act) requiere servicios preventivos. Serán proporcionados por los Proveedores participantes. Los Costos compartidos de los Servicios cubiertos se enumeran en el Programa de beneficios. Los Costos compartidos hacia los Beneficios esenciales de la salud pueden reducirse o eliminarse para ciertos Miembros elegibles. Esto está determinado por las normas del mercado.

## **DEBE REVISAR EL PROGRAMA DE BENEFICIOS CUIDADOSAMENTE PARA ENTENDER LO QUE SERÁ SU COSTO COMPARTIDO.**

### **Máximo anual de gastos de su bolsillo**

También conocido como “**OOPM**”, es el monto máximo de los Costos compartidos que tendrá que pagar por los Servicios cubiertos en un año calendario. La cantidad de OOPM se especificará en su Programa de beneficios. Los Costos compartidos incluyen los pagos que usted hace para cualquier Deducible, Copagos o Coseguro.

Las cantidades que usted paga por servicios que no están cubiertos bajo este Acuerdo no contarán para el OOPM.

El Programa de beneficios puede incluir una cantidad de OOPM por cada individuo inscrito bajo este Acuerdo y una cantidad de OOPM por separado para toda la familia cuando hay dos o más Miembros inscritos. Cuando dos o más Miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo:

- 1) EL OOPM individual se cumplirá, con respecto al Suscriptor o a un Dependiente particular, cuando esa persona cumpla con la cantidad del OOPM individual; o
- 2) el OOPM familiar se cumplirá cuando el costo compartido de su familia alcance la cantidad de OOPM familiar.

Una vez que el Costo compartido total para el Suscriptor o un Dependiente en particular alcance la cantidad del OOPM individual, pagaremos el 100% de los cargos por los Servicios cubiertos para ese individuo por el resto del año calendario. Una vez que el Costo compartido para dos o más Miembros en su familia alcance la cantidad de OOPM familiar, pagaremos el 100% de los cargos por Servicios cubiertos por el resto del año calendario para usted y cada Miembro de su familia.

### **Coseguro**

El Coseguro es un porcentaje de los cargos por Servicios cubiertos que debe pagar cuando recibe Servicios cubiertos. El monto del Coseguro se calcula como un porcentaje de las tarifas que Molina ha negociado con el Proveedor participante. Los Coseguros se enumeran en el Programa de beneficios. Algunos Servicios cubiertos no tienen Coseguro. Pueden aplicar un Deducible y/o Copago.

### **Copago**

Un Copago es un monto específico en dólares que debe pagar cuando recibe los Servicios cubiertos. Los Copagos se enumeran en el Programa de beneficios. Algunos Servicios cubiertos no tienen un Copago y pueden aplicar un Deducible y/o un Coseguro.

## **Deducible**

El Deducible es el monto que debe pagar en un año calendario por los Servicios cubiertos que recibe antes de que Molina Healthcare cubra esos servicios en el Copago o Coseguro aplicable. La cantidad que usted paga por su Deducible se basa en las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el Proveedor participante. Los Deducibles se enumeran en el Programa de beneficios.

Consulte el Programa de beneficios para ver qué Servicios cubiertos están sujetos al Deducible y la cantidad Deducible. Su producto puede tener cantidades Deducibles separadas para ciertos Servicios cubiertos. En este caso, las cantidades pagadas para un tipo de Deducible no pueden utilizarse para satisfacer un tipo diferente de Deducible.

Cuando Molina Healthcare cubre los servicios “sin cargo” sujetos al Deducible y usted no ha cumplido con su monto de Deducible, usted debe pagar los cargos por los servicios. Sin embargo, para los servicios preventivos cubiertos por este Acuerdo e incluidos en los Beneficios esenciales de la salud, no pagará ningún Deducible u otro Costo compartido hacia tales servicios preventivos cuando sea proporcionado por un Proveedor participante.

Puede haber un Deducible para un Miembro individual y un Deducible para toda una familia. Si es Miembro de una familia de dos o más miembros, se encontrará con el Deducible:

- Cuando alcance el Deducible para el Miembro individual; o
- cuando su familia alcance el Deducible familiar.

Por ejemplo, si usted alcanza el Deducible para el Miembro individual, pagará el Copago o Coseguro aplicable para los Servicios cubiertos por el resto del año calendario, pero cada otro Miembro de su familia debe continuar pagando el Deducible hasta que su familia cumpla con el Deducible familiar.

## **Normas generales aplicables a los costos compartidos**

Todos los Servicios cubiertos tienen un Costo compartido, a menos que se indique específicamente o hasta que usted pague el Máximo anual de gastos de su bolsillo aplicable. Consulte el Programa de beneficios. Podrá determinar el monto de los Costos compartidos que tendrá que pagar por cada tipo de Servicio cubierto que se enumera.

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

- Si está recibiendo servicios cubiertos de hospitalización para pacientes internados o de un centro de enfermería especializada en la fecha de entrada en vigencia de esta EOC, usted paga los Costos compartidos vigentes en la fecha de su admisión. Pagará este Costo compartido hasta que usted sea dado de alta. Los servicios deben estar cubiertos bajo su plan de salud previo. Además, no debe haber tenido ninguna interrupción en la cobertura. Si los servicios no están cubiertos bajo su plan de salud previos, usted paga los Costos compartidos en efecto en la fecha en que recibió los Servicios cubiertos. Además, si ha habido una interrupción en la cobertura, usted paga los Costos compartidos vigentes en la fecha en que recibe los Servicios cubiertos.
- Para los elementos pedidos por adelantado, usted paga los Costos compartidos en efecto en la fecha del pedido. Molina no cubrirá el elemento a menos que todavía tenga cobertura para él en la fecha en que lo reciba. Es posible que se le exija pagar los Costos compartidos cuando se ordene el elemento. En el caso de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, la fecha del pedido es la fecha en que la farmacia procesa el pedido. Deben recibir toda la

información que necesitan para llenar la receta antes de procesar la orden.

### **Recibir una factura**

En la mayoría de los casos, los Proveedores participantes le pedirán que haga un pago hacia su Costo compartido en el momento de registrarse. Este pago solo puede cubrir una porción de los Costos compartidos totales para los Servicios cubiertos que usted recibe. El Proveedor participante le facturará los montos adicionales de los Costos compartidos que se adeuden. El Proveedor participante no está autorizado a facturarle por los Servicios cubiertos que reciba, excepto por los montos de los Costos compartidos que se adeuden en virtud de esta EOC. Si recibe una factura por servicios y cree que la factura es incorrecta, comuníquese con su Proveedor para discutir sus inquietudes. Si, después de hablar con el consultorio de su Proveedor, sigue teniendo inquietudes sobre el monto que adeuda, comuníquese con nuestro Departamento de servicios para los miembros al número que aparece en su tarjeta de identificación de Molina.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** usted es responsable de pagar cargos por cualquier servicio de atención médica o tratamientos que no sean Servicios cubiertos bajo esta EOC. Esto puede incluir cargos por cualquier servicio de atención médica proporcionado por Proveedores no participantes (como, entre otros, proveedores de salas de emergencia, radiólogos, anestesistas o patólogos). Esto puede incluir a cualquier Proveedor no participante que esté ofreciendo servicios en un hospital de Proveedor participante.

### **Cómo su cobertura satisface la Ley de atención médica asequible**

Sus Servicios cubiertos incluyen Beneficios esenciales de la salud (EHB), según lo requerido por la Ley de atención médica asequible. Si su producto incluye una cobertura que no es de los EHB, esos Servicios cubiertos también serán establecidos en esta EOC.

Su cobertura de EHB incluye al menos las 10 categorías de beneficios identificadas en la definición. Usted no puede ser excluido de la cobertura en ninguna de las 10 categorías de EHB. Sin embargo, no será elegible para los servicios pediátricos que son Servicios cubiertos bajo este Acuerdo si tiene 19 años o más. Esto incluye servicios dentales pediátricos por separado proporcionados a través del Marketplace y servicios de la visión.

La Ley de atención médica asequible establece ciertas normas para los EHB. Estas normas le indican a Molina cómo administrar ciertos beneficios y Costos compartidos bajo esta EOC. Por ejemplo, en virtud de la Ley de atención médica asequible, a Molina no se le permite fijar límites de por vida o límites anuales al valor en dólares de los EHB que se proporciona en virtud de esta EOC.

Cuando los servicios preventivos de los EHB son proporcionados por un Proveedor participante, no tendrá que pagar ningún monto por Costos compartidos. Además, Molina debe asegurarse de que los Costos compartidos que usted paga por todos los EHB no exceda un límite anual que se determina bajo la Ley de atención médica asequible. Para los fines de este límite anual de los EHB, los Costos compartidos se refieren a cualquier costo que un Miembro deba pagar para recibir los EHB. Dichos Costos compartidos incluyen Deducibles, Coseguros, Copagos y/o cargos similares. Los Costos compartidos excluyen las primas y sus gastos por Servicios no cubiertos.

### **Cómo hacer que su cobertura sea más asequible**

Para los Suscriptores que califiquen, puede haber asistencia para ayudar a que el producto que está comprando bajo este Acuerdo sea más asequible. Si aún no lo ha hecho, póngase en contacto con el

Marketplace:

- Para determinar si es elegible para recibir créditos tributarios. Los créditos tributarios pueden reducir sus Primas y/o su responsabilidad de los Costos compartidos hacia los EHB.
- Para obtener información sobre los límites anuales de los Costos compartidos para sus Beneficios esenciales de la salud.
- Para ayudarle a determinar si usted es un indígena de EE. UU. o un nativo de Alaska que califica y que tiene responsabilidades limitadas o nulas sobre los Costos compartidos de los EHB. Molina trabajará con el Marketplace para ayudarle.

Molina no determina ni proporciona créditos fiscales de la Ley de atención médica asequible.

## ¿QUÉ ESTÁ CUBIERTO BAJO MI PLAN?

En esta sección, se describen los servicios médicos que cubre Molina. Estos se conocen como Sus servicios cubiertos.

Para que un servicio esté cubierto, **debe ser Medicamento necesario**.

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

Su atención no debe ser experimental o de investigación. Sin embargo, usted puede pedir ser parte de una atención experimental o de investigación. Molina también puede cubrir costos médicos de rutina para los Miembros en que participen en ensayos clínicos aprobados. Para obtener más información, consulte la sección de esta EOC titulada “Ensayos clínicos aprobados”.

Ciertos servicios médicos descritos en esta sección solo estarán cubiertos por Molina si usted obtiene Autorización previa *antes* de buscar tratamiento para tales servicios. Para leer más sobre la Autorización previa y una lista completa de Servicios cubiertos que requieren Autorización previa, consulte la sección de esta EOC titulada “¿Qué es una Autorización previa?” La Autorización previa no se aplica a los Servicios de emergencia o a los Servicios de atención médica urgente de los Proveedores participantes.

## SERVICIOS PROFESIONALES PARA PACIENTES AMBULATORIOS

### ATENCIÓN Y SERVICIOS PREVENTIVOS

#### Servicios preventivos y la Ley de atención médica asequible

En virtud de la Ley de atención médica asequible y como parte de sus beneficios de salud esenciales, Molina cubrirá los siguientes servicios preventivos recomendados por el gobierno. Usted no paga ningún Costo compartido por:

- Los artículos o servicios basados en pruebas que tienen en efecto una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de trabajo de servicios preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) con respecto a la persona involucrada;
- las inmunizaciones para uso rutinario en niños, adolescentes y adultos que tienen en efecto una

recomendación del Comité asesor sobre prácticas de inmunización (ACIP) de los Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC) con respecto a la persona involucrada;

- con respecto a los lactantes, los niños y los adolescentes, la atención preventiva y los exámenes basados en pruebas y previstos en las directrices completas respaldadas por la Administración de recursos y servicios de salud (HRSA); y
- con respecto a las mujeres, la atención preventiva y los exámenes basados en pruebas y previstos en las directrices completas respaldadas por la HRSA, en la medida en que no estén ya incluidos en ciertas recomendaciones del USPSTF.

Toda la atención preventiva debe ser proporcionada por un Proveedor participante para que esté cubierta por esta EOC. A medida que las fuentes gubernamentales identificadas anteriormente publiquen nuevas recomendaciones y directrices para la atención preventiva, estarán cubiertas por este Acuerdo. La cobertura comenzará para los años del producto que comienzan un año después de la fecha en que se emite la recomendación o directriz o en cualquier otra fecha que requiera la Ley de atención médica asequible. El año del producto, también conocido como año de la póliza para los efectos de esta disposición, se basa en el año calendario.

Si una recomendación o directriz gubernamental existente o nueva no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el establecimiento de un servicio preventivo, entonces Molina puede imponer límites razonables de cobertura a dicha atención preventiva. Los límites de cobertura serán consistentes con la Ley de atención médica asequible y la ley aplicable de Wisconsin. Estos límites de cobertura también son aplicables a los beneficios de atención preventiva que se enumeran a continuación.

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

### **Servicios preventivos para niños y adolescentes**

Los siguientes servicios de atención preventiva están cubiertos y recomendados para todos los niños y adolescentes (hasta los 18 años). Usted no pagará ningún Costo compartido si los servicios son proporcionados por un Proveedor participante. Los miembros son responsables del 100% de los cargos por servicios proporcionados por un Proveedor no participante. Consulte con su PCP para determinar si un servicio específico es preventivo o diagnóstico, ya que no todos los procedimientos son preventivos. Usted no paga ningún Costo compartido por:

- Evaluaciones de consumo de alcohol y drogas para adolescentes.
- Todos los servicios perinatales completos están cubiertos. Estos incluyen atención perinatal y posparto, educación para la salud, evaluación de nutrición y servicios psicológicos.
- Exámenes de detección de autismo para niños de 18 a 24 meses.
- Exámenes básicos de la visión (no refractivos).

Evaluación de la salud conductual para niños (tenga en cuenta que los Costos compartidos y los requisitos adicionales se aplican a los beneficios de salud mental más allá de una evaluación de salud conductual)

- Evaluación de salud conductual para todos los adolescentes sexualmente activos que estén en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.
- Exámenes de detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.

- Historial de salud completo.
- Exámenes de detección de depresión: adolescentes.
- Exámenes de detección de dislipidemia para niños con alto riesgo de desarrollar un trastorno lipídico.
- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT). Los servicios de EPSDT, incluidos los que se proporcionan en las directrices completas respaldadas por la Administración de recursos y servicios de salud de los EE. UU., están cubiertos para los 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.
- Control de la salud.
- Exámenes de audición.
- Exámenes de hematocrito o hemoglobina.
- Exámenes de detección de hemoglobinopatías: recién nacidos.
- Exámenes de audición para recién nacidos.
- Exámenes de detección de VIH para adolescentes con mayor riesgo.
- Inmunizaciones. \*
- Suplementos de hierro en niños cuando son recetados por un PCP
- Pruebas de nivel de plomo en la sangre. (Los padres o tutores legales de los Miembros de seis a 72 meses tienen derecho a recibir orientación preventiva oral o escrita sobre la exposición al plomo de su PCP. Esto incluye cómo los niños pueden resultar dañados por la exposición al plomo, especialmente la pintura a base de plomo. Cuando su PCP haga una prueba de detección de plomo en la sangre, es muy importante hacer un seguimiento y obtener los resultados de la prueba de sangre. Si tiene más preguntas, póngase en contacto con Su PCP).
- Reunirse con el padre, tutor o menor emancipado para hablar del significado de un examen.
- Evaluación de la salud nutricional.
- Exámenes de detección de obesidad y asesoramiento: niños.
- Evaluación de riesgos para la salud bucal para niños pequeños (de 0 a 10 años) (1 visita por período de 6 meses).
- Exámenes de detección de fenilcetonuria (PKU): recién nacidos.
- Examen físico que incluye la evaluación del crecimiento.
- Exámenes de detección de infección por el virus de la hepatitis B en personas con alto riesgo de infección.
- Asesoramiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y exámenes de detección para adolescentes con mayor riesgo.
- Exámenes de detección del rasgo de células falciformes, cuando corresponda.
- Asesoramiento conductual sobre el cáncer de piel (de 6 meses a 24 años de edad).
- Asesoramiento sobre el consumo de tabaco: niños y adolescentes en edad escolar.
- Exámenes de detección de tuberculosis (TB).
- Atención del bebé/niño sano.

\*Si usted lleva a su hijo a su departamento de salud local, o en la escuela le han dado a su hijo alguna inyección, asegúrese de dar una copia del registro actualizado de la vacuna (tarjeta de inmunización) al PCP de su hijo.

### **Servicios preventivos para adultos y ancianos**

Los siguientes servicios de atención preventiva para pacientes ambulatorios están cubiertos y recomendados para todos los adultos, incluidos ancianos. Usted no pagará ningún Costo compartido si recibe servicios de atención preventiva de un Proveedor participante. Los miembros son

responsables del 100% de los cargos por servicios proporcionados por un Proveedor no participante. Consulte con su PCP para determinar si un servicio específico es preventivo o diagnóstico, ya que no todos los procedimientos son preventivos. Usted no paga ningún Costo compartido por:

- Exámenes de detección de aneurismas aórticos abdominales (para exfumadores varones de 65 a 75 años).
- Asesoramiento para el alcoholismo.
- Exámenes de detección de anemia: mujeres.
- Aspirina para la prevención de la preeclampsia.
- Aspirina para prevenir enfermedades cardiovasculares (cuando lo recete un Proveedor participante).
- Exámenes de detección de bacteriuria: mujeres embarazadas.
- Evaluación de salud conductual para todos los adultos sexualmente activos que estén en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.
- Exámenes de presión arterial.
- Exámenes de detección de BRCA, asesoramiento sobre medicamentos para la prevención del cáncer de mama.
- Cáncer de mama y asesoramiento sobre quimioprevención para mujeres con alto riesgo.
- Examen de mama para mujeres (según su edad).
- Apoyo a la lactancia materna, suministros, asesoramiento.
- Exámenes de detección de cáncer.
- Exámenes de detección de infección por clamidia: mujeres.
- Control del colesterol.
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal (según su edad o un mayor riesgo médico. Algunos ejemplos de estos exámenes de detección son la colonoscopia y exámenes periódicos de heces médicamente necesarios).
- Exámenes citológicos (prueba de Papanicolaou) para mujeres cada 3 años con citología cervical solamente, en mujeres de 21 a 29 años. Para las mujeres de 30 a 65 años, cada 3 años con citología cervical solamente, cada 5 años con pruebas del virus del papiloma humano de alto riesgo (hrHPV) solamente, o cada 5 años con pruebas del hrHPV en combinación con citología.
- Exámenes citológicos en un hospital o laboratorio certificado para detectar la presencia de cáncer cervical.
- Exámenes de detección de depresión: adultos.
- Exámenes de detección de depresión: mujeres en período posparto.
- Educación sobre la diabetes y capacitación en autocontrol proporcionada por un profesional de la salud certificado, registrado o autorizado (esto se limita a: visitas Médicamente necesarias después del diagnóstico de la diabetes; visitas después del diagnóstico de un médico que representa un cambio significativo en los síntomas o la condición del Miembro que garantiza cambios en el autocontrol del Miembro; visitas cuando la capacitación de reeducación o actualización es recetada por un profesional de atención médica con autoridad para emitir recetas; y terapia médica de nutrición relacionada con el control de la diabetes).
- Exámenes de detección de diabetes (tipo 2) para adultos con presión arterial alta.
- Asesoramiento alimentario: adultos con mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas.
- Evaluación alimentaria y asesoramiento nutricional.
- Ejercicio para prevenir caídas en adultos de 65 años o más que viven en una comunidad y que están en mayor riesgo sufrir de caídas.
- Servicios de planificación familiar (incluidos los medicamentos y dispositivos anticonceptivos con receta aprobados por la FDA).
- Suplementos de ácido fólico.
- Exámenes de detección y asesoramiento sobre la gonorrea (todas las mujeres con alto riesgo).



- Control de la salud y de enfermedades crónicas.
- Asesoramiento sobre alimentación saludable.
- Exámenes preventivos de audición.
- Exámenes de detección de hepatitis B: mujeres embarazadas.
- Exámenes de detección de presión arterial alta.
- Exámenes de detección del virus del papiloma humano (HPV) (como mínimo una vez cada tres años para mujeres de 30 años o más).
- Inmunizaciones.
- Historial médico y examen físico.
- Exámenes de detección de obesidad y asesoramiento: adultos.
- Ofrecimiento o remisión para adultos con sobrepeso u obesidad y que tienen factores de riesgo adicionales de enfermedades cardiovasculares (ECV) a intervenciones intensivas de asesoramiento conductual para promover una alimentación saludable y actividad física para la prevención de ECV.
- Pruebas de antígeno prostático específico.
- Exámenes de detección de incompatibilidad Rh: 24 a 28 semanas de gestación.
- Exámenes de detección de incompatibilidad Rh: primera visita de embarazo.
- Exámenes de atención prenatal programados y consultas y exámenes de seguimiento posparto.
- Exámenes de detección y asesoramiento para la violencia interpersonal y doméstica: mujeres.
- Exámenes de detección de diabetes gestacional.
- Exámenes de detección de infección por el virus de la hepatitis B en personas con alto riesgo de infección y mujeres embarazadas.
- Exámenes de detección de infección por el virus de la hepatitis C (HCV) en personas con alto riesgo de infección.
- Mamografía para mujeres (las mamografías de dosis baja se deben realizar en los centros de diagnóstico por imágenes aprobados y designados según su edad. Como mínimo, la cobertura incluirá una mamografía de referencia para personas de entre 35 y 39 años; una mamografía cada dos años para personas de entre 40 y 49 años; y una mamografía anual para personas de 50 años o más).
- Exámenes de detección de osteoporosis para mujeres de 65 años o más.
- Exámenes de detección de preeclampsia en mujeres embarazadas con mediciones de presión arterial durante el embarazo.
- Asesoramiento conductual sobre el cáncer de piel (de 6 meses a 24 años de edad).
- Medicamento preventivo con estatinas: adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de ECV, 1 o más factores de riesgo de ECV y un riesgo calculado de episodios de ECV a 10 años del 10% o más.
- Exámenes de detección y asesoramiento sobre ETS y VIH.
- Exámenes de detección y asesoramiento sobre la sífilis (todos los adultos con alto riesgo).
- Asesoramiento e intervenciones sobre el consumo de tabaco.
  - Exámenes de detección de consumo de tabaco; y,
  - para quienes usan productos de tabaco, al menos dos intentos para dejar de fumar al año. Para este propósito, la cobertura de un intento para dejar de fumar incluye cobertura para:
    - Cuatro sesiones de asesoramiento para dejar de fumar de por lo menos 10 minutos cada una (incluido asesoramiento telefónico, asesoramiento grupal y asesoramiento individual) sin autorización previa; y
    - todos los medicamentos aprobados por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA) para dejar de fumar (incluidos medicamentos recetados y

de venta libre) para un régimen de tratamiento de 90 días cuando lo recete un proveedor de atención médica sin autorización previa.

- Exámenes de detección de tuberculosis (TB).
- Vitamina D para adultos de 65 años o más que viven en la comunidad para promover la fuerza ósea.
- Visitas de mujeres sanas (al menos una visita de rutina anual y visitas de seguimiento si se diagnostica una afección).

## **SERVICIOS MÉDICOS**

Cubrimos los siguientes servicios médicos ambulatorios:

- Consultas y atención del niño sano.
- Inyecciones, pruebas de alergia y tratamientos.
- Atención de maternidad ambulatoria que incluye suministros Médicamente necesarios para un parto en el hogar; servicios para complicaciones del embarazo, incluyendo sufrimiento fetal, diabetes gestacional y toxemia; servicios de otros profesionales, incluyendo una enfermera partera certificada; y servicios de laboratorio relacionados.
- Atención médica dentro o fuera del hospital.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones.
- Exámenes de rutina y atención prenatal proporcionados por un ginecólogo/obstetra a las Miembros.
- Exámenes de salud pediátricos y para adultos de rutina.
- Consultas con un Médico especialista (por ejemplo, un cardiólogo o un oncólogo).
- Visitas de telemedicina
  - La visita debe ser médicamente necesaria.
  - Debe estar asociada con una visita al consultorio.
  - El correo electrónico (email) de un Médico/Proveedor o la consulta por teléfono para la cual se cobra un cargo al paciente no están cubiertos.
- Visitas al consultorio médico

## **SERVICIOS DE HABILITACIÓN**

Los servicios y dispositivos de habilitación Médicamente necesarios son servicios y dispositivos de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida diaria. Los ejemplos incluyen terapia para niños que no hablan o que no caminan a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, servicios de patologías del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de ambientes para pacientes internados o ambulatorios.

## **SERVICIOS DE REHABILITACIÓN**

Cubrimos los servicios de rehabilitación Médicamente necesarios que ayudan a los Miembros lesionados o discapacitados a reanudar las actividades de la vida diaria. El objetivo de estos servicios es que el Miembro reanude las actividades rutinarias de la vida diaria en un entorno apropiado para el nivel de discapacidad o lesión.

Los servicios de rehabilitación ambulatoria incluyen solo lo siguiente:

- Terapia de rehabilitación cardíaca (límite de 36 visitas por año calendario).

- Terapia ocupacional (límite de 20 visitas por año calendario). Esto no incluye los servicios descritos en la sección “Servicios para trastornos del espectro autista”.
- Terapia física (límite de 20 visitas por año calendario).
- Terapia auditiva posterior al implante coclear (límite de 30 visitas por año calendario).
- Terapia de rehabilitación pulmonar (límite de 20 visitas por año calendario).
- Terapia del habla (límite de 20 visitas por año calendario). Esto no incluye los servicios descritos en la sección “Servicios para trastornos del espectro autista”.

Los beneficios pueden ser denegados o reducidos para los Miembros que no están progresando en los servicios de rehabilitación específica. También se pueden denegar o reducir los beneficios si se han cumplido previamente los objetivos de rehabilitación.

Tenga en cuenta que los Servicios cubiertos incluyen terapia del habla para el tratamiento de trastornos del habla, el lenguaje, la voz, la comunicación y el procesamiento auditivo solo cuando el trastorno es resultado de lesiones, accidentes cerebrovasculares, cáncer o anomalías congénitas. Para la terapia del habla en relación con el trastorno del espectro autista, consulte los servicios descritos en la sección “Servicios para trastornos del espectro autista”.

## **SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE MANIPULACIÓN**

Cubrimos los servicios de tratamiento de manipulación Médicamente necesarios. El tratamiento de manipulación es la aplicación terapéutica del tratamiento de manipulación quiropráctica y/u osteopática con o sin tratamiento fisiológico auxiliar y/o métodos de rehabilitación prestados para recuperar/mejorar el movimiento, reducir el dolor y mejorar la función en el control de una afección neuromusculoesquelética identificable.

## **SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS**

Cubrimos los siguientes servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cuando son proporcionados por Proveedores participantes que son médicos u otros profesionales de atención médica autorizados que ejercen dentro del alcance de su licencia:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y en grupo.
- Servicios ambulatorios para supervisar la terapia con medicamentos.
- Pruebas psicológicas cuando sea necesario para evaluar un trastorno mental (definido a continuación).

Cubrimos los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, incluyendo los servicios para el tratamiento de la disforia de género, solo cuando los servicios sean para el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales. Un “trastorno mental” es una afección de salud mental identificada como un “trastorno mental” en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, edición actual revisada del texto (DSM). El trastorno mental debe resultar en una angustia o el deterioro clínicamente significativo del funcionamiento mental, emocional o conductual.

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

Molina cubre los exámenes de detección, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno del espectro autista solo como se estipula en este Acuerdo bajo: (1) “Atención preventiva para niños y

adolescentes” en la sección de “Servicios preventivos y la Ley de atención médica asequible” anterior, y (2) la sección de “Servicios para trastornos del espectro autista” a continuación.

No cubrimos los servicios para afecciones que el DSM identifica como algo distinto de un trastorno mental.

Cubrimos evaluaciones clínicas de salud mental de Dependientes inscritos que sean estudiantes de tiempo completo que asisten a la escuela en el estado de Wisconsin, pero fuera del Área de servicio. La evaluación clínica debe ser realizada por un profesional de la salud mental designado por Molina. El profesional de la salud mental debe estar ubicado en el estado de Wisconsin y razonablemente cerca de la escuela del estudiante de tiempo completo.

Si se recomiendan servicios de salud mental o abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, se proporcionará cobertura para un máximo de cinco visitas en un centro de tratamiento ambulatorio. Los servicios también pueden ser recibidos por otro proveedor designado por Molina que está ubicado en el estado de Wisconsin y razonablemente cerca de la escuela del estudiante de tiempo completo.

Molina y el proveedor del tratamiento pueden concluir que el tratamiento adicional es apropiado después de la finalización de cinco visitas. El Miembro recibirá tratamientos adicionales según lo recomendado por el proveedor del tratamiento y lo aprobado por Molina. La cobertura de los servicios ambulatorios no se proporcionará si el tratamiento recomendado prohíbe al Dependiente asistir a la escuela de forma regular. La cobertura tampoco se proporcionará si el Dependiente ya no fuera un estudiante de tiempo completo. El término “profesional de la salud mental” que se utiliza en este párrafo se refiere a:

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

## **SERVICIOS PARA TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA**

Cubrimos los servicios prestados a un Miembro que tiene un diagnóstico verificado primario del trastorno del espectro autista. También proporcionaremos cobertura para pruebas de diagnóstico de trastornos del espectro autista. Para que el diagnóstico sea válido para el trastorno del espectro autista, las herramientas de prueba utilizadas deben ser apropiadas para las características de presentación y la edad del Miembro. Las herramientas de prueba deben ser validadas empíricamente para los trastornos del espectro autista para proporcionar evidencia de que el Miembro cumple con los criterios para los trastornos del espectro autista del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales más reciente publicado por la Asociación estadounidense de psiquiatría.

Podemos exigir a un Miembro que obtenga una segunda opinión de otro proveedor de atención médica por cuenta nuestra. Este proveedor debe tener experiencia en el uso de herramientas validadas empíricamente y específicas para los trastornos del espectro autista. El Miembro, el padre del Miembro o el representante autorizado del Miembro y Molina deben ponerse de acuerdo con el proveedor. La cobertura por el costo de una segunda opinión será adicional al beneficio exigido por la Sección 632.895(12m), Estatutos de Wisconsin, en su versión modificada.

Los beneficios bajo esta disposición no incluyen beneficios para Equipos médicos duraderos o Medicamentos recetados. Para obtener información sobre estos artículos, consulte la sección “Equipos médicos duraderos” y la sección “Cobertura de medicamentos recetados”.

## **Definiciones que se aplican a esta sección de servicios para trastornos del espectro autista**

“Trastorno del espectro autista” se refiere a trastorno autista, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera.

“Analista conductual” se refiere a una persona certificada por la Behavior Analyst Certification Board, Inc., o una organización sucesora, como un Analista conductual certificado por una junta directiva y se le ha otorgado una licencia bajo la Sección 440.312, Estatutos de Wisconsin, para participar en la Práctica del análisis conductual.

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

“Terapia basada en pruebas” se refiere a la terapia, el servicio y el tratamiento que se basan en pruebas médicas y científicas. Se determina que la terapia basada en pruebas es un tratamiento o una estrategia útil. Se receta para mejorar la condición del Miembro o para lograr metas sociales, cognitivas, comunicativas, de autocuidado o conductuales. Estos objetivos están claramente definidos en el plan de tratamiento del Miembro. Para ser considerado un tratamiento o una estrategia eficaz, la terapia debe estar diseñada para:

- Abordar las condiciones cognitivas, sociales o conductuales asociadas con los trastornos del espectro autista;
- mantener y maximizar los beneficios obtenidos durante los servicios de nivel intensivo; o
- mejorar a una persona con la condición de trastorno del espectro autista.

“Servicios de nivel intensivo” se refiere a terapias conductuales basadas en pruebas que están diseñadas para ayudar a una persona con trastorno del espectro autista a superar los déficits cognitivos, sociales y conductuales vinculados con ese trastorno. Estas terapias deben basarse directamente en las metas y habilidades terapéuticas de un Miembro y estar relacionadas con ellas. Estas metas y habilidades son recetadas por un médico familiarizado con el Miembro. Los servicios de nivel intensivo pueden incluir terapia del habla y terapia ocupacional basadas en pruebas. Estas terapias son proporcionadas por un terapeuta calificado cuando tal terapia se basa en o se relaciona con las metas y habilidades terapéuticas de un Miembro y es concomitante con terapia conductual basada en pruebas.

“Servicios de nivel no intensivo” se refiere a terapias basadas en pruebas que ocurren después de la finalización del tratamiento con los servicios de nivel intensivo. Estos están diseñados para sostener y maximizar los beneficios que se obtienen durante el tratamiento con los servicios de nivel intensivo. También están diseñados para una persona que no ha recibido ni recibirá servicios de nivel intensivo, terapias basadas en pruebas que mejorarán la condición de la persona.

“Práctica del análisis conductual” se refiere al diseño, el uso y la evaluación de modificaciones educativas y ambientales sistemáticas. Estas modificaciones se utilizan para producir mejoras socialmente significativas en la conducta humana. Estas mejoras incluyen la identificación empírica de las relaciones funcionales entre el comportamiento y los factores ambientales, conocidos como evaluación y análisis funcional. Esto incluye intervenciones basadas en la investigación científica y la observación y medición directa de la conducta y el medio ambiente. La práctica del análisis conductual no incluye pruebas psicológicas, neuropsicología, psicoterapia, terapia cognitiva, terapia sexual, asesoramiento matrimonial, psicoanálisis, hipnoterapia y asesoramiento a largo plazo como

modalidades de tratamiento.

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

- 1,500 horas de formación supervisada. Esta capacitación implica un trabajo directo con personas con trastornos del espectro autista utilizando modelos de terapias eficaces basadas en pruebas;
- experiencia supervisada con lo siguiente:
  - Trabajar con las familias como parte de un equipo de tratamiento y garantizar el cumplimiento del tratamiento;
  - tratar a personas con trastornos del espectro autista que funcionan en una variedad de niveles cognitivos y muestran una variedad de déficits y fortalezas de habilidades;
  - tratar a personas con trastornos del espectro autista con una variedad de dificultades conductuales;
  - tratar a personas con trastornos del espectro autista que han mostrado una mejora del rango promedio en el funcionamiento cognitivo, la capacidad del lenguaje, las habilidades de interacción adaptativa y social; y
  - diseñar e implementar programas de tratamiento progresivos para personas con trastornos del espectro autista; y
- cursos académicos de una institución de educación superior acreditada a nivel regional con cursos demostrados en la aplicación de modelos de terapia basada en pruebas que sean consistentes con las mejores prácticas e investigaciones sobre la efectividad para personas con trastornos del espectro autista.

“Proveedor calificado de nivel intensivo” se refiere a una persona identificada en la Sección 632.895(12m)(b) 1. a 4., Estatutos de Wisconsin, que ejercen dentro del alcance de una licencia actualmente válida emitida por el estado para psiquiatría, psicología o analista conductual. También se refiere a un trabajador social que ejerce dentro del alcance de un certificado o licencia actualmente válida emitida por el estado para practicar la psicoterapia, que proporciona terapia conductual basada en pruebas de acuerdo con esta disposición y la Sección 632.895(12m)(a) 3., Estatutos de Wisconsin. Esta persona ha completado por lo menos 2,080 horas de capacitación, educación y experiencia que incluye lo siguiente:

- 1,500 horas de capacitación supervisada que implique un trabajo directo con personas con trastornos del espectro autista utilizando modelos de terapias útiles basadas en pruebas;
- experiencia supervisada con lo siguiente:
  - Trabajar con las familias como proveedor primario y garantizar el cumplimiento del tratamiento;
  - tratar a personas con trastornos del espectro autista que funcionan en una variedad de niveles cognitivos y muestran una variedad de déficits y fortalezas de habilidades;
  - tratar a personas con trastornos del espectro autista con una variedad de dificultades conductuales;

- tratar a personas con trastornos del espectro autista que han mostrado una mejora del rango promedio en el funcionamiento cognitivo, la capacidad del lenguaje, las habilidades de interacción adaptativa y social; y
- diseñar e implementar programas de tratamiento progresivos para personas con trastornos del espectro autista; y
- cursos académicos de una institución de educación superior acreditada a nivel regional con cursos demostrados en la aplicación de modelos de terapia basada en pruebas. Este trabajo debe ser consistente con las mejores prácticas e investigaciones sobre la efectividad para las personas con trastornos del espectro autista.

“Paraprofesional calificado” se refiere a una persona que trabaja bajo la supervisión activa de un Proveedor de supervisión calificado, Proveedor calificado de nivel intensivo o Proveedor calificado y que cumple con lo siguiente:

- Tiene al menos 18 años de edad;
- obtiene un diploma de escuela secundaria;
- completa una verificación de antecedentes penales;
- obtiene por lo menos 20 horas de capacitación. Esta capacitación incluye temas relacionados con los trastornos del espectro autista, métodos de tratamiento basado en pruebas, comunicación, técnicas de enseñanza, aspectos de problemas de conducta, ética, temas especiales, medio ambiente natural y primeros auxilios;
- obtiene por lo menos 10 horas de capacitación en el uso de la terapia basada en pruebas conductuales, incluyendo la aplicación directa de técnicas de capacitación con una persona que presenta un trastorno del espectro autista; y
- recibe supervisión regular y programada por parte de un Proveedor de supervisión calificado en la implementación del plan de tratamiento para el Miembro.

“Profesional calificado” se refiere a un profesional que ejerce bajo la supervisión de una clínica de salud mental para pacientes ambulatorios certificada bajo la Sección 51.038, Estatutos de Wisconsin, que ejerce dentro del alcance de una licencia actualmente válida emitida por el estado y que proporciona terapia basada en pruebas de acuerdo con esta disposición.

“Proveedor calificado” se refiere a una persona que ejerce dentro del alcance de una licencia actualmente válida emitida por el estado para psiquiatría, psicología o analista conductual, o a un trabajador social que ejerce dentro del alcance de un certificado o una licencia actualmente válida emitida por el estado para practicar la psicoterapia y que proporciona terapia basada en pruebas de acuerdo con esta disposición.

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

“Terapeuta calificado” se refiere a una persona que es patólogo del habla y del lenguaje o terapeuta ocupacional que ejerce dentro del alcance de una licencia actualmente válida emitida por el estado y que proporciona terapia basada en pruebas de acuerdo con esta disposición.

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

“Programa de exención” se refiere a servicios proporcionados por el Departamento de servicios de salud de Wisconsin a través de los Servicios en el hogar y la comunidad de Medicaid, tal como son otorgados por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid.

### **Beneficios de servicios de nivel intensivo**

Los Servicios cubiertos incluyen servicios de nivel intensivo de terapia conductual basada en pruebas, la mayoría de los cuales se proporcionan al Miembro cuando un padre o tutor legal está presente y participa en la terapia. La terapia debe ser recetada por un médico y debe cumplir con todos los siguientes requisitos:

- La terapia debe basarse en un plan de tratamiento desarrollado por un Proveedor calificado de nivel intensivo o profesional calificado de nivel intensivo que incluya por lo menos 20 horas por semana durante un período de seis meses de terapia intensiva conductual basada en pruebas, tratamiento y servicios con metas cognitivas, sociales, comunicativas, de autocuidado o conductuales específicas que se definan claramente, se observen directamente, se midan continuamente y que aborden las características de los trastornos del espectro autista. Los planes de tratamiento exigirán que el Miembro esté presente y participe en la intervención;
- la terapia debe ser implementada por Proveedores calificados, profesionales calificados, terapeutas calificados o paraprofesionales calificados;
- la terapia debe ser proporcionada en un ambiente que sea más propicio para alcanzar las metas del plan de tratamiento del Miembro;
- la terapia debe implementar metas terapéuticas identificadas desarrolladas por el equipo, incluyendo capacitación, consulta, participación en reuniones de equipo y participación activa de la familia del Miembro;
- la terapia debe comenzar después de que un Miembro tenga dos años de edad y antes de que tenga nueve años de edad; y
- la terapia debe ser proporcionada por un Proveedor calificado de nivel intensivo o profesional calificado de nivel intensivo que observe directamente al Miembro por lo menos una vez cada dos meses.

El progreso debe ser evaluado y documentado a lo largo del curso del tratamiento. Podemos, a nuestra discreción, solicitar y revisar el plan de tratamiento del Miembro y el resumen de los progresos de manera periódica.



El beneficio de servicios de nivel intensivo se limita a 30 visitas por año calendario. La cobertura de los servicios de nivel intensivo se proporcionará hasta por 48 meses. Podemos, a nuestra discreción, acreditar contra los 48 meses requeridos de servicios de nivel intensivo cualquier servicio de nivel intensivo previo que el Miembro pueda haber recibido antes de inscribirse bajo este producto. Podemos requerir documentación, incluyendo registros médicos y planes de tratamiento, para verificar cualquier terapia conductual basada en pruebas que el Miembro recibió para trastornos del espectro autista que se proporcionó antes de que el Miembro alcanzara los nueve años de edad. Podemos considerar cualquier terapia conductual basada en pruebas que fue proporcionada al Miembro por un promedio de 20 o más horas por semana durante un período continuo de seis meses como servicios de nivel intensivo.

El tiempo de viaje para los proveedores no se incluirá al calcular el número de horas de atención proporcionado cada semana. Los beneficios no se pagan por el tiempo de viaje que se factura por separado.

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

- El terapeuta calificado proporciona terapia basada en pruebas al Miembro que tiene un diagnóstico primario de un trastorno del espectro autista;
- el Miembro recibe activamente servicios conductuales de un Proveedor calificado de nivel intensivo o profesional calificado de nivel intensivo; y
- el terapeuta calificado desarrolla e implementa un plan de tratamiento consistente con su licencia.

### **Beneficios de servicios de nivel no intensivo**

Los Servicios cubiertos incluyen servicios de nivel no intensivo basados en pruebas, incluyendo servicios directos o consultivos, que son proporcionados a un Miembro por un Proveedor calificado, profesional calificado, terapeuta calificado o paraprofesional calificado ya sea después de la finalización de los servicios de nivel intensivo para mantener y maximizar los beneficios obtenidos durante los servicios de nivel intensivo o proporcionados a un Miembro que no ha recibido y no recibirá servicios de nivel intensivo, pero para quien los servicios de nivel no intensivo mejorarán la condición del Miembro. Los servicios de nivel no intensivo deben cumplir todos los requisitos siguientes:

- La terapia debe basarse en un plan de tratamiento desarrollado por un Proveedor calificado, profesional calificado o terapeuta calificado que incluya metas específicas de terapia basada en pruebas que se definan claramente, se observen directamente, se midan continuamente y que aborden las características de los trastornos del espectro autista. Los planes de tratamiento exigirán que el Miembro esté presente y participe en la intervención;
- la terapia debe ser implementada por un Proveedor calificado, profesional calificado, terapeuta calificado o paraprofesional calificado;
- la terapia debe ser proporcionada en un ambiente más propicio para alcanzar las metas del plan de tratamiento del Miembro; y
- la terapia debe implementar metas terapéuticas identificadas desarrolladas por el equipo,

incluyendo capacitación, consulta, participación en reuniones de equipo y participación activa de la familia del Miembro.

El progreso debe ser evaluado y documentado a lo largo del curso del tratamiento. Podemos, a nuestra discreción, solicitar y revisar el plan de tratamiento del Miembro y el resumen de los progresos de manera periódica.

El tiempo de viaje para los proveedores no se incluirá al calcular el número de horas de atención proporcionado cada semana. Los beneficios no se pagan por el tiempo de viaje que se factura por separado.

El beneficio de servicios de nivel no intensivo se limita a 20 visitas por año calendario.

### **Transición al servicio de nivel no intensivo**

Notificaremos al Miembro o al representante autorizado del Miembro sobre un cambio en el nivel de tratamiento del Miembro. El aviso indicará la razón de la transición que puede incluir cualquiera de los siguientes motivos:

- El Miembro ha recibido 48 meses acumulados de servicios de nivel intensivo;
- el Miembro ya no requiere servicios de nivel intensivo basados en la documentación de respaldo de un Proveedor de supervisión calificado, Proveedor calificado de nivel intensivo o profesional calificado de nivel intensivo; o
- el Miembro ya no recibe terapia conductual basada en pruebas por lo menos 20 horas por semana durante un período de seis meses.

### **Requisito de aviso**

El Miembro o el representante autorizado del Miembro debe notificarnos en cualquier momento en que dicho Miembro requiera y califique para Servicios de nivel intensivo, pero no puede recibir servicios de nivel intensivo por un período prolongado de tiempo. El Miembro o el representante autorizado del Miembro debe indicar la razón o razones específicas por las que la familia o el cuidador del Miembro aplicable no puede cumplir con el plan de tratamiento de servicios de nivel intensivo. Las razones para solicitar la interrupción de los servicios de nivel intensivo por un período prolongado de tiempo pueden incluir una afección médica significativa, una intervención quirúrgica y recuperación, un evento catastrófico o cualquier otra razón por la que determinamos que sea aceptable.

No denegaremos los servicios de nivel intensivo proporcionados a un Miembro por no mantener por lo menos 20 horas a la semana de terapia conductual basada en pruebas durante un período de seis meses en que dicho Miembro o el representante autorizado del Miembro proporcione el aviso requerido bajo esta sección o cuando el Miembro o el representante autorizado del Miembro pueda documentar que la incapacidad de mantener por lo menos 20 horas a la semana de terapia conductual basada en pruebas se debía a la espera de los servicios del programa de exención.

### **Servicios no cubiertos**

No cubriremos ni pagaremos los gastos incurridos por lo siguiente:

- Acupuntura.
- Terapia basada en animales, incluyendo hipnoterapia.
- Capacitación en integración auditiva.

- Terapia de quelación.
- Cargos por cuidado de niños.
- Reclamos que nosotros hemos determinado como fraudulentos.
- Los costos de un centro o lugar o el uso de un centro o lugar cuando el tratamiento, los servicios o la terapia basada en pruebas se proporcionan fuera del hogar del Miembro.
- Terapia craneosacral.
- Cuidado de custodia o temporal.
- Terapia de oxígeno hiperbárico.
- Alimentación especial o suplementos.
- Terapia, tratamiento o servicios proporcionados a un Miembro que reside en un centro de tratamiento residencial, un centro de tratamiento para pacientes internados o un centro de tratamiento durante el día.
- Tratamiento dado por un padre o tutor legal que de otra manera se considera un Proveedor calificado, Proveedor de supervisión calificado, terapeuta calificado, profesional calificado o paraprofesional calificado cuando el tratamiento se da a sus propios hijos.
- Tiempo de viaje por Proveedores calificados, Proveedores de supervisión calificados, profesionales calificados, terapeutas calificados o paraprofesionales calificados.

## **SERVICIOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS**

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

- Programas de tratamiento durante el día.
- Asesoramiento individual y grupal sobre el abuso de sustancias.
- Evaluación y tratamiento individual del abuso de sustancias.
- Programas ambulatorios intensivos.
- Tratamiento grupal para el abuso de sustancias.
- Tratamiento médico para síntomas de abstinencia.

No cubrimos servicios por alcoholismo, abuso de drogas o la adicción a las drogas excepto si se describe lo contrario en esta sección de “Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios”, excepto si se describe lo contrario en este Acuerdo.

## **SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA**

No cubrimos la mayoría de los servicios dentales y de ortodoncia, pero sí cubrimos algunos servicios dentales y de ortodoncia como se describe en esta sección de “Servicios dentales y de ortodoncia”.

### **Servicios dentales para el tratamiento de radiación**

Cubrimos la evaluación dental, radiografías, el tratamiento con fluoruro y las extracciones necesarias para preparar su mandíbula para la radioterapia de cáncer en su cabeza o cuello si un médico Proveedor participante proporciona los servicios o si Molina da Autorización previa para que un Proveedor no participante que sea un dentista proporcione los servicios.

### **Anestesia dental**

Para los procedimientos dentales, cubrimos la anestesia general y los servicios del centro del Proveedor participante asociados con la anestesia si cualquiera de los siguientes motivos es cierto:

- Usted tiene una discapacidad en su desarrollo, su salud está en peligro o su condición de desarrollo hace que la anestesia sea Médicamente necesaria;
- su estado clínico o su condición médica subyacente requiere que el procedimiento dental sea proporcionado en un hospital o centro de cirugía ambulatoria;
- el procedimiento dental normalmente no requiere anestesia general.

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

### **Servicios dentales y de ortodoncia para el paladar hendido**

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

- Los servicios son parte integral de una cirugía reconstructiva para el paladar hendido.
- Un Proveedor participante proporciona los servicios o Molina da Autorización previa para que un Proveedor no participante que sea un dentista u ortodoncista proporcione los servicios.

### **Servicios para el tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (“TMJ”)**

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

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

Los servicios cubiertos para la TMJ se limitan a:

- Un procedimiento quirúrgico por año calendario; y
- tres visitas por año calendario para:
  - Tratamiento médico no quirúrgico Médicamente necesario de la TMJ, incluida la cobertura para los dispositivos de terapia de férulas intraorales recetados;
  - el tratamiento quirúrgico y artroscópico de la TMJ si el historial previo demuestra que el tratamiento médico conservador ha fallado.

Para los Servicios cubiertos relacionados con la atención dental o de ortodoncia en las secciones anteriores, usted pagará el Costo compartido que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con la atención dental o de ortodoncia. Por ejemplo, en el caso de los servicios hospitalarios para pacientes internados, usted pagaría el Costo compartido en la sección “Servicios hospitalarios para pacientes internados” del Programa de beneficios.

### **Servicios dentales: solo accidentes**

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

- El tratamiento es necesario debido a daños accidentales.
- Los servicios dentales son recibidos de un médico de cirugía dental o médico de odontología médica.
- El daño dental es lo suficientemente grave como para que el contacto inicial con un médico o dentista se haya producido dentro de las 72 horas del accidente. Usted puede solicitar una extensión de este período de tiempo siempre que lo haga dentro de los 60 días siguientes a la lesión y si existen circunstancias atenuantes debido a la gravedad de la lesión.

Tenga en cuenta que el daño dental que ocurre como resultado de las actividades normales de la vida diaria o el uso extraordinario de los dientes no se considera que haya ocurrido como un accidente. Los beneficios no están disponibles para las reparaciones a los dientes que se dañen como resultado de tales actividades.

Los servicios dentales para reparar daños causados por lesiones accidentales deben cumplir los siguientes plazos:

- El tratamiento se inicia dentro de los tres meses siguientes al accidente, a menos que existan circunstancias atenuantes (como la hospitalización prolongada o la presencia de alambres de fijación en caso de fracturas).
- El tratamiento debe ser completado dentro de los 12 meses del accidente.

Los beneficios para el tratamiento de lesiones accidentales se limitan a lo siguiente:

- Examen de emergencia.
- Tratamiento de endodoncia (conducto radicular).
- Extracciones.
- Radiografías de diagnóstico Medicamento necesarias.
- Coronas postraumáticas si tales son el único tratamiento clínicamente aceptable.
- Poste y muñón prefabricados.
- Reemplazo de los dientes perdidos debido a la lesión por implante, dentaduras postizas o puentes.
- Procedimientos restaurativos mínimos simples (empastes).
- Ferulización temporal de dientes.

## **SERVICIOS PARA LA VISTA**

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

- Exámenes oculares por diabetes (exámenes de retina dilatada).
- Servicios para el tratamiento médico y quirúrgico de lesiones y/o enfermedades que afectan el ojo.

Los beneficios no están disponibles por cargos relacionados con exámenes refractivos de la vista rutinarios o con la compra o el ajuste de anteojos o lentes de contacto, excepto como se describe en la sección titulada “Servicios para la vista”.

## **SERVICIOS PARA LA VISTA DE RUTINA PARA ADULTOS**

Cubrimos los siguientes servicios para la vista para Miembros de 19 años o más, cuando son proporcionados por un Proveedor de VSP participante. Consulte su Programa de beneficios para conocer la aplicabilidad de la cobertura de su plan.

- Examen completo de la vista limitado a uno cada año calendario.
- Examen de retina de rutina (se aplica copago).
- Anteojos con receta: marcos y lentes, limitados a un par de anteojos con receta una vez cada año calendario.
- Los marcos cubiertos incluyen una selección limitada de marcos sin costo, hasta por \$150. Usted puede seleccionar marcos adicionales. Se aplicarán costos adicionales.
- Lentes de vidrio o de plástico con receta médica: incluyen lentes de visión normal, lentes bifocales con línea, trifocales con línea o lenticulares.
- Lentes de contacto con receta: limitados a un año de suministro, hasta por \$150, cada año calendario, en lugar de lentes y marcos con receta; incluye evaluación, ajuste y atención de seguimiento.
- Lentes de contacto en lugar de anteojos.

La cirugía correctiva con láser no está cubierta.

## **SERVICIOS PARA LA VISTA PEDIÁTRICOS**

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

- Exámenes de la vista de rutina y examen de los ojos cada año calendario.
- Anteojos con receta: marcos y lentes, limitados a un par de anteojos con receta una vez cada año calendario.
  - Los marcos cubiertos incluyen una selección limitada de marcos cubiertos. Los Proveedores participantes mostrarán la selección limitada de marcos cubiertos disponibles para usted en este producto. Los marcos que no se encuentran dentro de la selección limitada de marcos cubiertos en este producto no están cubiertos.
  - Lentes con receta: incluyen lentes de visión normal, lentes bifocales con línea, trifocales con línea, lentes lenticulares y lentes de policarbonato. Los lentes incluyen revestimiento resistente a los arañazos y protección contra rayos UV.
- Lentes de contacto: limitados a un par de lentes de contacto estándar cada año calendario, en lugar de lentes y marcos con receta; incluye evaluación, ajuste y atención de seguimiento. También cubiertos si son Médicamente necesarios, en lugar de lentes y marcos con receta, para el tratamiento de:
  - Aniridia
  - Aniseiconía
  - Anisometropía
  - Afaquia
  - Trastornos de la córnea
  - Astigmatismo irregular
  - Queratocono
  - Miopía patológica
  - Trastornos postraumáticos
- Los dispositivos ópticos de baja visión están cubiertos, incluyendo los servicios para baja visión, capacitación e instrucciones para maximizar la visión utilizable restante. La atención de seguimiento está cubierta cuando los servicios son Médicamente necesarios y se obtiene Autorización previa. Con Autorización previa, la cobertura incluye:
  - Una evaluación completa de baja visión cada 5 años;
  - anteojos, lentes de aumento y telescopios de alta potencia según sea Médicamente necesario; y

- atención de seguimiento – cuatro visitas en cualquier período de cinco años.

La cirugía correctiva con láser no está cubierta.

## **SERVICIOS PARA LA DIABETES**

Cubrimos los siguientes servicios relacionados con la diabetes:

- Educación sobre la diabetes.
- Exámenes oculares por diabetes (exámenes de retina dilatada).
- Servicios de terapia médica de nutrición.
- Capacitación en autocontrol para pacientes ambulatorios, como se describe en la sección de este Acuerdo titulada “Control de la salud”.
- Atención de rutina de los pies para Miembros con diabetes.

## **PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Cubrimos los servicios de planificación familiar para ayudar a determinar el número y el espaciamiento de hijos. Estos servicios incluyen todos los métodos de control de natalidad aprobados por la Administración federal de alimentos y medicamentos.

Como Miembro, usted elige a un médico que se encuentre cerca de usted para recibir los servicios que necesite. Nuestros PCP y médicos especialistas en obstetricia/ginecología están disponibles para los servicios de planificación familiar. Usted puede programar una cita sin tener que obtener Autorización previa de Molina. Molina paga al médico o a la clínica por los servicios de planificación familiar que usted reciba. Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Diagnóstico y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (ETS) si se indican médicamente.
- Suministros anticonceptivos de emergencia abastecidos por un farmacéutico Proveedor participante o un Proveedor no participante, en el caso de una emergencia.
- Atención de seguimiento por cualquier problema que pueda tener al usar métodos anticonceptivos provistos por los proveedores de planificación familiar.
- Pruebas de laboratorio si se indican médicamente como parte de la decisión sobre qué métodos de control de la natalidad podría usted querer utilizar.
- Historial y examen físico limitado.
- Pruebas de embarazo y asesoramiento.
- Suministros recetados para el control de la natalidad, dispositivos, píldoras anticonceptivas, incluyendo Depo-Provera.
- Exámenes de detección, pruebas y asesoramiento para personas en riesgo de infectarse con el VIH y remisión para el tratamiento.
- Servicios de esterilización voluntaria, incluyendo ligadura de trompas (para mujeres) y vasectomía (para hombres).
- Cualquier otra consulta ambulatoria, exámenes, procedimientos y servicios médicos que sean necesarios para recetar, administrar, mantener o retirar un anticonceptivo.

Los servicios de planificación familiar no incluyen:

- Condones para uso masculino, según se excluye en la Ley de atención médica asequible.

## INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

En la medida en que lo permita la ley estatal y federal, Molina Healthcare solo cubre los servicios de interrupción del embarazo en los siguientes casos:

- Si el embarazo de la Miembro es el resultado de un acto de violación o incesto;
- en el caso de que la Miembro sufra un trastorno físico, una lesión física o una enfermedad física, incluida una condición física que ponga en peligro la vida causada por el propio embarazo o que surja de él, que, según lo certificado por un Proveedor participante, pondría a la Miembro en peligro de muerte a menos que se lleve a cabo una interrupción del embarazo.

Los servicios de interrupción del embarazo, cuando se proporcionan en un consultorio, no requieren Autorización previa.

Si los servicios de interrupción del embarazo se proporcionan en un entorno hospitalario o en un entorno de hospital ambulatorio, se requiere Autorización previa.

Se aplicará un Costo compartido por la visita al consultorio y la cirugía ambulatoria.

**Tenga en cuenta que es posible que algunos hospitales y proveedores no proporcionen servicios de interrupción del embarazo.**

## SERVICIOS AMBULATORIOS EN UN HOSPITAL/CENTRO

### CIRUGÍA AMBULATORIA

Cubrimos los servicios de cirugía ambulatoria proporcionados por los Proveedores participantes si se proporcionan en un centro de cirugía ambulatoria o para pacientes ambulatorios o en un quirófano de hospital. **Podría aplicarse un Costo compartido por separado por los servicios profesionales y servicios del centro.**

### PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS (APARTE DE LA CIRUGÍA)

Cubrimos procedimientos ambulatorios aparte de la cirugía proporcionada por los Proveedores participantes. Cubrimos estos procedimientos si un miembro del personal autorizado monitorea sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de recibir medicamentos para reducir la sensibilidad o minimizar el malestar. Podría aplicarse un Costo compartido por separado por los servicios profesionales y servicios del centro.

### SERVICIOS DE ESCANEOS ESPECIALIZADOS

Cubrimos los servicios de escaneo especializados para incluir la tomografía computarizada, la tomografía por emisión de positrones y la resonancia magnética por parte de los Proveedores participantes. Podría aplicarse un Costo compartido por separado por los servicios profesionales y servicios del centro. Se requiere Autorización previa. Molina le ayudará a seleccionar un centro apropiado.



## **SERVICIOS DE RADIOLOGÍA (p. ej., radiografías)**

Cubrimos los servicios de radiología, además de los servicios de escaneo especializados. Excepto los Servicios de emergencia. Usted debe recibir los Servicios cubiertos de los Proveedores participantes; de lo contrario, los servicios no estarán cubiertos, usted será 100% responsable por el pago al Proveedor no participante, y los pagos no se aplicarán a su deducible o Máximo anual de gastos de bolsillo.

## **QUIMIOTERAPIA**

Cubrimos la quimioterapia cuando es proporcionada por Proveedores participantes y es Medicamento necesaria. Los medicamentos de quimioterapia, ya sean administrados en el consultorio de un médico, un entorno ambulatorio u hospital, están sujetos a un Costo compartido por el centro ambulatorio u hospital.

## **PRUEBAS DE LABORATORIO**

Cubrimos los servicios que se enumeran a continuación cuando son Medicamento necesarios. Estos servicios están sujetos a los Costos compartidos. A excepción de los Servicios de emergencia, usted debe recibir los Servicios cubiertos de los Proveedores participantes; de lo contrario, los servicios no estarán cubiertos, usted será 100% responsable por el pago al Proveedor no participante, y los pagos no se aplicarán a su deducible o Máximo anual de gastos de bolsillo.

- Sangre y plasma de la sangre.
- Pruebas de laboratorio.
- Otras pruebas Medicamento necesarias, tales como electrocardiogramas (EKG) y electroencefalogramas (EEG).
- Diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto mediante procedimientos diagnósticos en casos de embarazo de alto riesgo.

## **PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO INTENSIVO AMBULATORIO DE SALUD MENTAL**

Cubrimos los siguientes programas de tratamiento psiquiátrico intensivo ambulatorio en un centro de Proveedores participantes:

- Observación psiquiátrica de una crisis psiquiátrica aguda.
- Atención ambulatoria intensiva de corto plazo en un hospital (hospitalización parcial).
- Tratamiento multidisciplinario de corto plazo en un programa de tratamiento psiquiátrico intensivo ambulatorio.
- Tratamiento de corto plazo en un programa residencial para crisis en un centro de tratamiento psiquiátrico autorizado con monitorio las 24 horas del día por parte del personal clínico para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda.

## **SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS**

Usted debe tener una Autorización previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de una emergencia o de Servicios de atención médica urgente de un Proveedor participante. Sin embargo, si usted recibe servicios en un hospital o si usted es ingresado en el hospital para Servicios de emergencia o Servicios de atención médica urgente fuera del área, su estadía en el hospital estará cubierta hasta que se haya estabilizado lo suficiente como para transferirlo a un centro de Proveedores participantes y siempre que su cobertura con nosotros no haya terminado. Molina trabajará con usted y su médico para proporcionar transporte a un centro de Proveedores participantes. Si su cobertura con nosotros termina durante una estadía en el hospital, los servicios que usted reciba después de su fecha de terminación no

son Servicios cubiertos.

Después de la estabilización y después de la provisión de transporte a un centro de Proveedores participantes, los servicios proporcionados en un centro de Proveedores fuera de área o no participantes no serán Servicios cubiertos, por lo que usted será 100% responsable de los pagos a Proveedores no participantes, y los pagos no se aplicarán a su Deducible o su Máximo anual de gastos de bolsillo.

Si su cobertura con nosotros termina durante una estadía en el hospital, los servicios que usted reciba después de su fecha de terminación no son Servicios cubiertos.

## **SERVICIOS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS**

Cubrimos los siguientes servicios para pacientes internados en un hospital de Proveedores participantes, cuando los servicios son generalmente y habitualmente proporcionados por hospitales generales de cuidados intensivos dentro de nuestra área de servicio:

- Anestesia.
- Sangre, productos sanguíneos y su administración.
- Medicamentos recetados de acuerdo con las directrices de nuestro formulario de medicamentos (para medicamentos recetados cuando usted sea dado de alta del hospital, consulte “Cobertura de medicamentos recetados” en la sección “¿Qué está cubierto bajo mi plan?”).
- Equipos médicos duraderos y suministros médicos.
- Atención general y especial de enfermería.
- Procedimientos de imágenes, laboratorio y procedimientos especiales, incluyendo resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones.
- Mastectomías (extracción de la mama) y disecciones de ganglios linfáticos.
- Servicios sociales médicos y planificación del alta.
- Quirófano y salas de recuperación.
- Terapia física, ocupacional y del habla (incluyendo tratamiento en un programa organizado y multidisciplinario de rehabilitación), limitada a 60 días por año combinados para todas las terapias.
- Materiales radiactivos utilizados con fines terapéuticos.
- Terapia respiratoria.
- Alojamiento y alimentación, incluyendo una habitación privada si es Médicamente necesario.
- Servicios de médicos Proveedores participantes, incluyendo consultas y tratamiento por Médicos especialistas.
- Unidades de cuidados especializados e intensivos.

## **QUIMIOTERAPIA**

Cubrimos la quimioterapia cuando es proporcionada por Proveedores participantes y es Médicamente necesaria. Los medicamentos de quimioterapia, ya sean administrados en el consultorio de un médico, un entorno ambulatorio u hospital, están sujetos a un Costo compartido por el centro ambulatorio u hospital.

## **ATENCIÓN DE MATERNIDAD**

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

- Atención hospitalaria para pacientes internadas durante 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea. Las estadías más largas requieren que usted

o su proveedor notifique a Molina. Consulte “Atención de maternidad” en la sección “Servicios hospitalarios para pacientes internados” del Programa de beneficios para ver el Costo compartido que se aplicará a estos servicios.

- Si su médico, después de hablar con usted, decide darle el alta a usted y a su recién nacido antes del período de 48 o 96 horas, Molina cubrirá los servicios posteriores al alta y los servicios de laboratorio. Se aplicará un Costo compartido de Atención preventiva o de Atención primaria a los servicios posteriores al alta, según corresponda. Se aplicará un Costo compartido por pruebas de laboratorio a los servicios de laboratorio.

## **HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA PACIENTES INTERNADOS DE SALUD MENTAL**

Cubrimos la hospitalización psiquiátrica para pacientes internados en un hospital de Proveedores participantes. La cobertura incluye alojamiento y alimentación, medicamentos y servicios de médicos Proveedores participantes y otros Proveedores participantes que sean profesionales de atención médica autorizados que ejerzan dentro del alcance de su licencia.

Las admisiones involuntarias de salud mental y de salud conductual para pacientes internados no requieren Autorización previa. Los servicios conductuales y de salud mental para pacientes internados involuntarios que superen las 72 horas solo estarán cubiertos si el director médico o designado de Molina considera que son Médicamente necesarios y están disponibles en un hospital de Proveedores participantes.

Cubrimos los servicios de salud mental para pacientes internados, incluyendo los servicios para el tratamiento de la disforia de género, solo cuando los servicios sean para el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales. Un “trastorno mental” es una afección de salud mental identificada como un “trastorno mental” en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, edición actual revisada del texto (DSM). El “trastorno mental” debe resultar en una angustia o el deterioro clínicamente significativo del funcionamiento mental, emocional o conductual.

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

Molina cubre los exámenes de detección, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno del espectro autista solo como se estipula en este Acuerdo bajo: (1) “Atención preventiva para niños y adolescentes” en la sección de “Servicios preventivos y la Ley de atención médica asequible” anterior, y (2) la sección de “Servicios para trastornos del espectro autista” anterior.

No cubrimos los servicios para afecciones que el DSM identifica como algo distinto de un trastorno mental.

Cubrimos los servicios de salud mental recibidos en un régimen de atención transitoria que incluye:

- Servicios para niños y adultos en programas de tratamiento diurno.
- Servicios para personas con trastornos mentales crónicos proporcionados a través de un programa de apoyo comunitario.
- Servicios coordinados de emergencia para los Miembros que están experimentando una crisis de salud mental o que están en una situación que probablemente se convierta en una crisis de salud

mental si no se proporciona apoyo. Los beneficios de estos servicios se proporcionarán durante el período en que el Miembro experimente la crisis hasta que se estabilice o se lo remita a otro proveedor para su estabilización.

## **DESINTOXICACIÓN DE PACIENTES INTERNADOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS**

Cubrimos la internación en un hospital de un Proveedor participante solo para el tratamiento médico de los síntomas de abstinencia, incluyendo alojamiento y comida, los servicios médicos de un Proveedor participante, los medicamentos, los servicios de recuperación de dependencia, la educación y el asesoramiento.

## **SERVICIOS DE RECUPERACIÓN CON ALOJAMIENTO DE TRANSICIÓN POR ABUSO DE SUSTANCIAS**

Cubrimos el tratamiento por abuso de sustancias en un ambiente de recuperación con alojamiento de transición no médica aprobado por escrito por Molina. Estos ajustes proporcionan servicios de asesoramiento y apoyo en un entorno estructurado.

## **CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA**

Cubrimos los servicios de un centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF) cuando son Medicamento necesarios. Los servicios cubiertos de un SNF incluyen los siguientes:

- Inyecciones.
- Medicamentos.
- Servicios de enfermería y de médicos.
- Alojamiento y comida.

Debe tener Autorización previa para estos servicios antes de que comiencen a prestarse. Usted seguirá recibiendo atención médica sin interrupción.

El beneficio de un SNF se limitada a 30 días por año calendario.

## **CUIDADOS PALIATIVOS**

Si usted es un enfermo terminal, cubrimos estos servicios de hospicio:

- Una sala semiprivada en un centro para enfermos terminales.
- Servicios de asesoramiento para usted y su familia.
- Desarrollo de un plan de atención para usted.
- Servicios de dietistas.
- Medicamentos.
- Atención médica a domicilio y servicios domésticos.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros y aparatos médicos.
- Cuidado de enfermería.
- Control del dolor.
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla-lenguaje cuando se provee con el propósito

de controlar síntomas o para permitir al paciente mantener actividades de la vida diaria y habilidades funcionales básicas.

- Servicios del médico.
- Atención de relevo por hasta siete días por ocurrencia. El relevo es la atención a corto plazo para pacientes hospitalizados que se proporciona para dar alivio a una persona que cuida de usted.
- Atención para hospitalizados internados a corto plazo.
- Control de los síntomas.

El beneficio de cuidados paliativos es para los miembros a quienes se les diagnostica una enfermedad terminal y tienen una esperanza de vida de 12 meses o menos. Usted puede elegir los cuidados paliativos en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por este Acuerdo. Usted puede discutir las opciones con su proveedor. No se requiere autorización previa.

## **ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS**

Cubrimos los costos de cuidados de rutina para pacientes para los miembros que califican y que participan en ensayos clínicos aprobados para el cáncer; enfermedad cardiovascular (cardíaca/accidente cerebrovascular); trastornos musculoesqueléticos quirúrgicos de la columna vertebral, cadera y rodillas; u otras enfermedades o trastornos para los cuales determinamos que el ensayo clínico es un ensayo clínico aprobado (como se define a continuación). Usted nunca será inscrito en un ensayo clínico sin su consentimiento. Para calificar para tal cobertura usted debe:

- Estar inscrito para la cobertura bajo este producto.
- Ser diagnosticado con una condición cuya prevención, detección o tratamiento es el sujeto del ensayo clínico aprobado.
- Ser aceptado en el ensayo clínico aprobado (como se define a continuación).
- Haber recibido Autorización previa o aprobación de Molina.

Un ensayo clínico aprobado se refiere a un ensayo clínico de Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV que se realiza en relación con la prevención, detección o tratamiento de enfermedades cardiovasculares (cardíacas/accidentes cerebrovasculares); trastornos musculoesqueléticos quirúrgicos de la columna vertebral, la cadera y las rodillas; o a un servicio cubierto que de otra manera no está excluido por esta EOC, y:

- El estudio está aprobado o financiado por uno o más de los siguientes:
  - Institutos nacionales de salud (The National Institutes of Health).
  - Los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention).
  - La Agencia para la investigación y la calidad del cuidado de la salud
  - Los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services)
  - El Departamento de defensa de los Estados Unidos (U.S. Department of Defense)
  - Departamento de asuntos de veteranos de los Estados Unidos (U.S. Department of Veterans Affairs)
  - El Departamento de energía de los Estados Unidos (U.S. Department of Energy).
- El estudio o la investigación se lleva a cabo bajo una nueva aplicación de un medicamento nuevo en investigación, revisada por la Administración de alimentos y medicamentos (Food

and Drug Administration); o

- el estudio o investigación es un ensayo de medicamentos que está exento de tener tal aplicación de nuevos medicamentos en investigación.

Si usted califica, Molina no puede negar su participación en un ensayo clínico aprobado. Molina no puede negar, limitar o poner condiciones en su cobertura de los costos de pacientes de rutina asociados con su participación en un ensayo clínico aprobado para el cual usted califica. Usted no será rechazado o excluido de cualquier servicio cubierto bajo esta EOC basado en su condición de salud o participación en un ensayo clínico.

El costo de los medicamentos utilizados en el manejo clínico directo del Miembro estará cubierto a menos que el ensayo clínico aprobado sea para la investigación de ese medicamento o que el medicamento sea proporcionado gratuitamente a los Miembros en el ensayo clínico.

En el caso de los Servicios cubiertos relacionados con un ensayo clínico aprobado, el Costo compartido se aplicará igual que si los servicios no estuvieran específicamente relacionados con un ensayo clínico aprobado. En otras palabras, usted pagará el Costo compartido que usted pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con un ensayo clínico. Por ejemplo, en el caso de la atención hospitalaria, usted pagará el Costo compartido que figura en el apartado “Servicios hospitalarios para pacientes internados” del Programa de beneficios.

Molina no tiene la obligación de cubrir ciertos artículos y servicios que no son costos de pacientes de rutina, según lo determinado por la Ley de atención médica asequible, incluso cuando usted incurre en estos costos mientras está en un ensayo clínico aprobado. Los costos excluidos de la cobertura de su producto incluyen:

- El artículo, dispositivo o servicio en investigación;
- artículos y servicios exclusivamente para fines de recopilación y análisis de datos y no para la gestión clínica directa del paciente; y
- cualquier servicio incompatible con el estándar de atención establecido para el diagnóstico del paciente.

## **CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA**

Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva están cubiertos:

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

Para los Servicios cubiertos relacionados con la cirugía reconstructiva, usted pagará el Costo compartido que pagaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con la cirugía reconstructiva. Por ejemplo, en el caso de la atención hospitalaria, usted pagará el Costo compartido que figura en el apartado “Servicios hospitalarios para pacientes internados” del Programa de beneficios.

### **Exclusiones de la cirugía reconstructiva**

Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva no están cubiertos:

- Cirugía que, a juicio de un médico Proveedor participante especializado en cirugía reconstructiva, ofrece solo una mejora mínima en la apariencia.
- Cirugía realizada para modificar o remodelar las estructuras normales del cuerpo, a fin de mejorar la apariencia.

## **SERVICIOS DE TRASPLANTE**

Cubrimos trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea en centros de trasplantes no participantes. Estos tipos de trasplantes están cubiertos si Molina otorga Autorización previa para los servicios, como se describe en la sección “Acceso a la atención”, en “¿Qué es una Autorización previa?”

Después de la Autorización previa para los servicios de un centro de trasplante, se aplica lo siguiente:

- Si el médico o el centro de trasplante determinan que usted no satisface sus respectivos criterios para un trasplante, Molina solo cubrirá los servicios que usted reciba antes de que se tome esa determinación.
- Molina no es responsable de encontrar, suministrar o asegurar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea.
- De acuerdo con nuestras directrices para servicios para donantes de trasplante vivos, Molina proporciona ciertos servicios relacionados con donaciones a un donante o a una persona identificada como un donante potencial, independientemente de que sea un Miembro o no. Estos servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto para usted. Los servicios cubiertos pueden incluir ciertos servicios de evaluación, remoción de órganos, atención directa de seguimiento, recolección de órganos, tejidos o médula ósea y tratamiento de complicaciones. Nuestras directrices para los servicios de donantes están disponibles llamando a nuestro Centro de atención al cliente al **número gratuito 1 (888) 560-2043**.

Para los servicios de trasplante cubiertos, usted pagará el Costo compartido que pagaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con los servicios de trasplante. Por ejemplo, en el caso de la atención hospitalaria para pacientes internados, usted pagará el Costo compartido que figura en el apartado “Hospital para pacientes internados” en el Programa de beneficios.

Molina proporciona o paga por servicios relacionados con donaciones para donantes reales o potenciales (sean o no miembros) de acuerdo con nuestras directrices para servicios de donantes sin costo alguno.

## **COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS**

Cubrimos los medicamentos, ya sean recetados o no, cuando:

- Son ordenados por un Proveedor participante que lo atiende y el medicamento con receta está incluido en el Formulario de medicamentos de Molina o ha sido aprobado por el Departamento de farmacia de Molina.
- Se los receta o se los da mientras usted está en una sala de emergencias o en un hospital.
- Se dan mientras usted está en un centro de enfermería especializada y son ordenados por un Proveedor participante en relación con un servicio cubierto. El medicamento, recetado o no, debe ser surtido a través de una farmacia que se encuentra en la red de farmacias de Molina.
- Un Proveedor participante prescribe el medicamento recetado que es un médico de planificación familiar u otro proveedor cuyos servicios no requieren aprobación.

Cubrimos los medicamentos y medicamentos recetados en una farmacia minorista contratada por el plan a menos que un medicamento con receta esté sujeto a una distribución restringida por la Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos o requiera un manejo especial, coordinación de proveedores o educación para el paciente que no puede ser proporcionada por una farmacia minorista.

Tenga en cuenta que los Costos compartidos para cualquier medicamento de marca con receta con un equivalente genérico obtenido por usted a través del uso de una tarjeta de descuento o un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos con receta, o cualquier otra forma de asistencia de terceros para los Costos compartidos, no se aplicarán a cualquier Deducible, o al Gasto máximo anual de bolsillo bajo su plan.

Cubrimos:

- Categoría 1: medicamentos genéricos preferidos.
- Categoría 2: medicamentos de marca preferidos.
- Categoría 3: medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos.
- Categoría 4: medicamentos especializados genéricos y de marca.
- Categoría 5: medicamentos de atención preventiva.

Cubrimos los medicamentos cuando están en el Formulario de medicamentos. Cubrimos los medicamentos cuando se obtienen a través de las farmacias proveedoras participantes de Molina dentro del Área de servicio. Los medicamentos que no están en el formulario solo pueden estar cubiertos como se indica en la sección "Acceso a medicamentos que no están cubiertos" a continuación. Los medicamentos recetados están cubiertos fuera del Área de servicio para servicios de emergencia solamente.

Si tiene problemas para obtener una receta en la farmacia, por favor llame a nuestro Centro de atención al cliente al número gratuito 1 (888) 560-2043 para obtener ayuda. Si usted es sordo o tiene dificultades de audición, llame a nuestra línea TTY gratuita al 1 (888) 665-4629 o contáctenos a través del Servicio de retransmisión de telecomunicaciones llamando al 711.

Si necesita un intérprete para comunicarse con la farmacia acerca de cómo obtener su medicamento, llame a Molina Healthcare al número gratuito 1 (888) 560-2043. Puede ver una lista de farmacias en el sitio web de Molina Healthcare en [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com).

### **Formulario de medicamentos de Molina Healthcare (Lista de medicamentos)**

Molina Healthcare tiene una lista de medicamentos que cubriremos. La lista se conoce como Formulario de medicamentos. Los medicamentos de la lista son elegidos por un grupo de médicos y farmacéuticos de Molina Healthcare y de la comunidad médica.

El grupo se reúne cada 3 meses para hablar sobre los medicamentos que están en el Formulario de medicamentos. Revisan los nuevos medicamentos y los cambios en la atención de salud, para encontrar los medicamentos más eficaces para diferentes condiciones. Los medicamentos se añaden o eliminan del Formulario de medicamentos en función de los cambios en la práctica y tecnología médicas. También se pueden añadir al Formulario de medicamentos cuando los nuevos medicamentos entran en el mercado.

Algunas de las razones por las que no se puede aprobar son:

- Medicamentos menos eficaces identificados por el programa de Implementación del estudio de eficacia de medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI).



- Medicamentos sin receta no incluidos en el formulario.
- Medicamentos no aprobados por la FDA o autorizados para su uso en Estados Unidos.

Los medicamentos genéricos del formulario son aquellos que figuran en el Formulario de medicamentos de Molina que tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Para ser aprobado por la FDA (gobierno), un medicamento genérico debe tener el mismo ingrediente activo, fuerza y dosis (formulación) que el medicamento de marca. Las compañías que hacen un medicamento genérico tienen que demostrar a la FDA que el medicamento funciona igual de bien y es tan seguro como el medicamento de marca.

Los medicamentos de marca del formulario son medicamentos recetados o medicamentos que han sido registrados bajo una marca o nombre comercial por su fabricante y que se anuncian y venden bajo ese nombre, y se indican como una marca en la base de datos Medi-Span o una base nacional de terceros que utilizan Molina y nuestro administrador de beneficios de farmacia.

Puede consultar nuestro Formulario de medicamentos en nuestro sitio web de Molina Healthcare en [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com). Usted puede llamar a Molina Healthcare y preguntar sobre un medicamento. Llame sin cargo al 1 (888) 560-2043, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Este. Si usted es sordo o tiene dificultades de audición, llame gratis al 1 (888) 665-4629 o marque el 711 para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

También puede pedirnos que le enviemos una copia del Formulario de medicamentos. Recuerde que solo porque un medicamento esté en el Formulario de medicamentos no garantiza que su médico lo recete para su condición médica en particular.

### **Costos compartidos para medicamentos recetados y sin receta**

Los Costos compartidos para medicamentos recetados y sin receta se encuentra en el Programa de beneficios. La cantidad que usted paga es la menor del Costo compartido que se muestra en el Programa de beneficios o la cantidad que Molina ha negociado. Los Costos compartidos se aplican a todos los medicamentos sin receta y medicamentos recetados por un Proveedor participante en forma ambulatoria, a menos que dicha terapia con medicamentos sea un elemento de la atención preventiva de la EHB administrada o prescrita por un Proveedor participante y, por lo tanto, no está sujeta a la participación en los Costos compartidos.

### **Categoría 1: medicamentos genéricos preferidos**

Los medicamentos del formulario en esta categoría incluyen los medicamentos genéricos preferidos. Los medicamentos especiales no están incluidos en esta categoría.

Los medicamentos genéricos preferidos son aquellos que se enumeran que, debido a la eficacia clínica y a las diferencias de costos, se designan como “Categoría 1” en el Formulario de medicamentos de Molina.

### **Categoría 2: medicamentos de marca y genéricos preferidos**

Los medicamentos del formulario en esta categoría incluyen los medicamentos de marca preferidos. Los medicamentos especiales no están incluidos en esta categoría.

Los medicamentos de marca preferidos son aquellos que se enumeran que, debido a la eficacia clínica y a las diferencias de costos, se designan como “Categoría 2” en el Formulario de medicamentos de

Molina.

### **Categoría 3: medicamentos genéricos y de marca no preferidos**

Los medicamentos del formulario en esta categoría incluyen medicamentos genéricos y de marca no preferidos. Los medicamentos especiales no están incluidos en esta categoría. Los medicamentos genéricos y de marca no preferidos son aquellos que figuran en el Formulario de medicamentos de Molina y que se designan como “Categoría 3” debido a una menor eficacia clínica y diferencias de costos. Generalmente, hay alternativas terapéuticas preferidas y a menudo menos costosas en una categoría más baja.

### **Categoría 4: medicamentos especializados genéricos y de marca**

Los medicamentos del formulario en esta categoría incluyen a ambos medicamentos especializados genéricos y de marca, incluidos los biosimilares.

Los medicamentos especializados son medicamentos con leyenda recetados que se encuentran en el Formulario de medicamentos de Molina Healthcare que:

- Solo están aprobados para tratar poblaciones de pacientes, indicaciones o condiciones limitadas, incluido, pero no limitado a, inyecciones de hormona de crecimiento y medicamentos para el tratamiento de la infertilidad; o
- normalmente se inyectan, infunden o requieren una vigilancia estrecha por parte de un médico o de una persona con formación clínica; o
- tienen disponibilidad limitada, requisitos especiales de manejo y entrega requisitos especiales, y/o requieren un apoyo adicional por parte del paciente; todo ello hace que el medicamento sea difícil de obtener a través de las farmacias tradicionales; o
- son un biosimilar, un producto biológico que es muy similar y no tiene diferencias clínicamente significativas con respecto a un producto de referencia aprobado por la FDA.

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

Cubrimos los medicamentos anticancerígenos administrados por vía oral que se usan para matar o frenar el crecimiento de células anticancerígenas en la misma base que los medicamentos para el cáncer inyectados o por vía intravenosa. La distribución máxima de costos para un medicamento administrado oralmente contra el cáncer es de \$100 por un suministro de hasta 30 días y no está sujeto a un deducible.

### **Categoría 5: medicamentos de atención preventiva**

Los medicamentos de atención preventiva del Formulario son medicamentos enumerados en el Formulario de medicamentos de Molina que se consideran utilizados con fines preventivos, incluyendo todos los medicamentos como métodos de control de la natalidad o dispositivos para mujeres aprobados por la FDA, o si se les está recetando principalmente (1) para prevenir el inicio sintomático de una condición en una persona que ha desarrollado factores de riesgo para una enfermedad que aún no se ha vuelto clínicamente aparente o (2) para prevenir la recurrencia de una enfermedad o condición de la cual se ha recuperado el paciente. Un medicamento no se considera preventivo si se lo está recetando para tratar una enfermedad, lesión o condición existente y sintomática. Los medicamentos preventivos del formulario pueden incluir medicamentos genéricos o de marca.

### **Opioides analgésicos prescritos para el dolor crónico**

Si se le recetan analgésicos opioides para el dolor crónico, se puede requerir Autorización previa antes

de recibir analgésicos opioides para el dolor crónico, excepto en las siguientes circunstancias:

- Analgésicos opioides prescritos a un Miembro que sea un paciente de un centro para enfermos terminales en un programa de cuidados paliativos;
- analgésicos opioides recetados a un Miembro al que se le ha diagnosticado una afección terminal, pero no es un paciente de un centro para enfermos terminales en un programa de cuidados paliativos; o
- analgésicos opioides recetados a un Miembro que está siendo tratado activamente contra el cáncer.

### **Tratamiento del VIH**

Cubrimos los medicamentos recetados para el tratamiento de la infección por VIH o una enfermedad o condición médica que surjan o estén relacionados con el VIH que son recetados por un médico y son aprobados por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, incluyendo medicamentos experimentales o de investigación de Fase III que son aprobados por la FDA y se administran de acuerdo con el protocolo.

### **Acceso a medicamentos que no están cubiertos**

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

Molina Healthcare puede cubrir medicamentos específicos que no están en el formulario cuando el profesional que extiende sus recetas documenta su historial médico y certifica que la alternativa del Formulario de medicamentos ha sido ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición del Miembro, o las causas alternativas del Formulario de medicamentos o que el profesional que extiende sus recetas puede causar una reacción dañina o adversa en el Miembro.

Si su médico prescribe un medicamento que no figura 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 se le negó el medicamento. Usted puede comprar el medicamento al costo total cargado por la farmacia.
- Si usted obtiene una Autorización previa de Molina, nos comunicaremos con su médico. Usted puede comprar el medicamento al Costo compartido para la Categoría 3 para medicamentos no especializados o la Categoría 4 para medicamentos especializados.

Para sustituir un medicamento genérico con fórmula por un medicamento de marca sin fórmula, puede comprar el medicamento de marca en los siguientes Costos compartidos:

- Los costos compartidos para la Categoría 3 para medicamentos no especializados o la Categoría 4 para medicamentos especializados, más
- la diferencia de costos entre el medicamento genérico del formulario y el medicamento de marca.

Si usted está tomando un medicamento que ya no está en nuestro Formulario de medicamentos, su médico puede pedirnos que lo sigamos cubriendo enviándonos una solicitud de Autorización previa para el medicamento.

El medicamento debe ser seguro y efectivo para su condición médica. Su médico debe escribir su receta para la cantidad usual de medicamento para usted.

Existen dos tipos de solicitudes de medicamentos clínicamente apropiados que no están cubiertos por su producto:

- Solicitud de excepción expedita de circunstancias urgentes que puedan poner en peligro seriamente la vida, la salud o la capacidad para recuperar la función máxima, o para someterse a tratamiento actual utilizando medicamentos de fórmula no farmacológicos.
- Solicitud de excepción estándar.

Usted y/o su Proveedor participante recibirán una notificación de nuestra decisión a más tardar:

- 24 horas después de recibir la solicitud de excepción expedita
- 72 horas después de recibir la solicitud de excepción estándar

Si se rechaza la solicitud inicial, usted y/o su Proveedor participante pueden solicitar una revisión de IRO. Usted y/o su Proveedor participante recibirán una notificación de la decisión de IRO a más tardar:

- 24 horas después de recibir la solicitud de excepción expedita
- 72 horas después de recibir la solicitud de excepción estándar

### **Medicamentos y suplementos de atención preventiva sin receta**

Los medicamentos y suplementos de venta libre que son requeridos por las leyes estatales y federales para ser cubiertos para la atención preventiva están disponibles sin cargo cuando son prescritos por un Proveedor participante.

- Ácido fólico para mujeres que planean o pueden quedar embarazadas.
- Vitamina D para adultos de 65 años o más que viven en la comunidad para promover la fuerza ósea.
- Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses de edad con mayor riesgo de anemia por deficiencia de hierro.
- Aspirina para adultos para la prevención de enfermedades cardiovasculares.

### **Medicamentos sin etiqueta**

Cubrimos los medicamentos aprobados por la Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos para el tratamiento de las indicaciones para las cuales el medicamento no ha sido aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos, siempre que el medicamento haya sido reconocido como seguro y efectivo para el tratamiento de esa indicación en uno o más de los compendios médicos de referencia estándar adoptados por el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos bajo 42 U.S.C. 1395x(2), según sea enmendado, o se aplique en toda la siguiente literatura médica:

(1) Dos artículos de importantes revistas médicas profesionales revisadas por pares han reconocido, sobre la base de criterios científicos o médicos, la seguridad y eficacia del medicamento para el tratamiento de la indicación para la que se ha prescrito;

(2) ningún artículo de una importante revista médica profesional revisada por pares ha llegado a la conclusión, basándose en criterios científicos o médicos, de que el medicamento es inseguro o ineficaz o de que la seguridad y eficacia del medicamento no se puede determinar para el tratamiento de la indicación para la que se ha prescrito;

(3) cada artículo cumple con los requisitos uniformes para los manuscritos presentados a revistas

biomédicas establecidas por el comité internacional de editores de revistas médicas o se publica en una revista especificada por el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos de conformidad con la Sección 1861(t)(2)(B) de la “Ley de seguridad social”, 107 Stat. 591 (1993), 42 U.S.C. 1395 (x)(t)(2)(B), en su forma enmendada, como literatura médica revisada por pares aceptada.

### **Medicamentos para dejar de fumar**

Cubrimos los medicamentos para ayudarle a dejar de fumar. No tendrá Costos compartidos para los medicamentos para dejar de fumar. También puede obtener más información sobre sus opciones para dejar de fumar llamando al Departamento de programas de nivel 1 de gestión de salud de Molina Healthcare al 1 (866) 472-9483, entre las 9:00 a. m. y las 9:00 p. m., hora del Este, de lunes a viernes.

Su PCP le ayuda a decidir qué medicamento para dejar de fumar es mejor para usted. Usted puede conseguir hasta un suministro de 3 meses de medicamentos para dejar de fumar.

### **Disponibilidad de pedidos por correo de medicamentos recetados del formulario**

Molina le ofrece una opción de prescripción de medicamentos con receta del formulario de pedido por correo. Esta opción se aplica solo a las categorías 1, 2, 3 y 5 de medicamentos recetados. Los medicamentos recetados del formulario pueden ser enviados por correo dentro de los 10 días siguientes a la solicitud y aprobación del pedido. Los Costos compartidos son para un suministro de hasta 90 días, dos veces su Copago apropiado o Coseguro de Costos compartidos basado en su categoría de medicamentos por un mes.

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

- Puede realizar su pedido en línea. Visite [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com) y seleccione la opción de pedido por correo. A continuación, siga las indicaciones.
- Puede llamar sin cargo a la línea directa de FastStart® al 1 (800) 875-0867. Proporcione su número de Miembro del Marketplace de Molina (que se encuentra en su tarjeta de identificación), su(s) nombre(s) de receta, el nombre y número de teléfono de su médico y su dirección de correo.
- Puede enviar por correo un formulario de solicitud de pedido por correo. Visite [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com) y seleccione la opción de formulario de pedido por correo. Complete y envíe el formulario por correo a la dirección del formulario junto con su pago. Usted puede llamar al consultorio de su médico el número gratuito de FastStart® 1 (800) 378-5697 y pedirle a su médico que llame, envíe un fax o prescriba su receta electrónicamente. Para acelerar el proceso, su médico necesitará su número de Miembro del Marketplace de Molina (que se encuentra en su tarjeta de identificación), su fecha de nacimiento y su dirección de correo.

### **Terapia de medicamentos contra el cáncer**

Como exige la ley estatal, los medicamentos para la terapia contra el cáncer y los costos razonables para administrarlos están cubiertos. Estos medicamentos están cubiertos independientemente de si la FDA federal ha aprobado el medicamento contra el cáncer que se va a utilizar para el tipo de tumor para el que se están usando los medicamentos.

### **Suministros para diabéticos**

Los suministros para diabéticos, como jeringas de insulina, lancetas y dispositivos de punción de lancetas, monitores de glucosa en la sangre, tiras de análisis de glucosa en la sangre y tiras de análisis de orina, son suministros cubiertos. También se cubren los sistemas de entrega de lapiceras seleccionados

para la administración de la insulina.

### **Límite de suministro diario**

El Proveedor participante en la prescripción determina la cantidad de un medicamento, suministro o suplemento que se va a prescribir. A los efectos de los límites de cobertura de suministro diario, el Proveedor participante determina la cantidad de un artículo que constituye un suministro de 30 días. Medicamento necesario para usted. Tras el pago de los Costos compartidos especificados en esta sección de “cobertura de medicamentos recetados”, usted recibirá el suministro prescrito hasta un suministro de 30 días en un período de 30 días. Las cantidades que exceden el límite de suministro diario no están cubiertas a menos que se obtenga una Autorización previa. El límite de suministro de 30 días se puede extender hasta un suministro de 90 días para el pedido por correo.

## **SERVICIOS AUXILIARES**

### **EQUIPO MÉDICO DURADERO**

Si necesita Equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME), Molina alquilará o comprará el equipo para usted. Se requiere Autorización previa de Molina para el DME. El DME debe ser proporcionado a través de un proveedor contratado con Molina. Cubrimos reparaciones razonables, mantenimiento, entrega y suministros relacionados para DME. Usted puede ser responsable de las reparaciones del DME si se deben a un mal uso o a una pérdida.

Los DME cubiertos incluyen, entre otros:

- Monitores de apnea.
- Máquinas con nebulizador, máscaras faciales, tubos, medidores de flujo máximo y suministros relacionados.
- Suministros de ostomía (limitados a bolsas, placas faciales, cinturones, catéteres de irrigación y barreras cutáneas).
- Equipo de oxígeno y oxígeno.
- Dispositivos separadores para inhaladores de dosis medidas.

Cubrimos los siguientes DME y suministros para el tratamiento de la diabetes, cuando sea Medicamento necesario:

- Monitores de glucosa en sangre diseñados para ayudar a los Miembros con baja visión o que están ciegos;
- las bombas de insulina y todos los suministros necesarios relacionados, limitados a una bomba por año calendario;
- dispositivos podiátricos para prevenir o tratar los problemas de los pies relacionados con la diabetes;
- ayudas visuales, excluyendo el desgaste de los ojos, para ayudar a quienes tienen una visión baja con la dosificación apropiada de insulina.

### **ELEMENTOS PROSTÉTICOS Y ORTOPÉDICOS**

Cubrimos dispositivos implantados internamente y dispositivos externos como se describe en esta sección “Dispositivos protésicos y ortopédicos” si se cumplen **todos** los requisitos siguientes:

- El dispositivo está en uso general, diseñado para uso repetido y utilizado principalmente y habitualmente con fines médicos.
- El dispositivo es el dispositivo estándar que satisface adecuadamente sus necesidades médicas.

- Recibe el dispositivo del proveedor o proveedor que Molina seleccione.

La cobertura de dispositivos protésicos y ortopédicos incluye servicios para determinar si necesita un dispositivo protésico u ortopédico, el ajuste y el ajuste del dispositivo, la reparación o sustitución del dispositivo (a menos que se deba a una pérdida o mal uso). Si cubrimos un dispositivo de repuesto, usted paga el Costo compartido que se aplicaría para obtener ese dispositivo, como se especifica a continuación. Los servicios cubiertos se limitan a una sola compra de cada tipo de dispositivo protésico cada tres años.

No cubrimos aparatos ortopédicos que enderecen o remodelen una parte del cuerpo. Algunos ejemplos incluyen: aparatos ortopédicos, bandas craneales y algunos tipos de aparatos, incluidos aparatos ortopédicos de venta libre. Sin embargo, se cubren las abrazaderas que estabilizan una parte del cuerpo lesionada y las abrazaderas para tratar la curvatura de la columna vertebral.

### **Dispositivos implantados internamente**

Cubrimos dispositivos protésicos y ortopédicos implantados internamente, como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos oseointegrados, articulaciones de la cadera, si se determina que estos dispositivos son Médicamente necesarios e implantados durante una cirugía que de otra manera está cubierta por nosotros.

Para dispositivos implantados internamente, consulte las secciones “Servicios hospitalarios para pacientes internados” o “Servicios hospitalarios/instalaciones ambulatorias” (según corresponda) del Programa de beneficios para ver el Costo compartido aplicable a estos dispositivos.

### **Dispositivos externos**

Cubrimos los siguientes dispositivos protésicos y ortopédicos externos, que no incluyen ningún dispositivo que esté completamente implantado en el cuerpo:

- Dispositivos protésicos y accesorios de instalación para restaurar un método de expresión después de la extracción de toda la laringe o de parte de ella (esta cobertura no incluye máquinas productoras de voz electrónicas, que no son dispositivos protésicos).
- Prótesis necesarias después de una mastectomía Médicamente necesaria, incluidas las prótesis hechas a medida cuando son Médicamente necesarias y hasta tres brassieres cada 12 meses cuando se requiere llevar una prótesis.
- Dispositivos podiátricos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando se prescriben por un Proveedor participante que es un podiatra.
- Las prendas de vestir y las envolturas y prendas de vestir de las quemaduras por compresión y linfedema.
- Fórmula de nutrición enteral para los miembros que requieren alimentación por sonda de acuerdo con las directrices de Medicare.
- Prótesis para reemplazar toda o parte de una parte externa del cuerpo que ha sido removida o deteriorada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito, para incluir:
  - Brazos, piernas, pies y manos artificiales.
  - Cara, ojos, oídos y nariz artificiales.

Los Costos compartidos de Equipos médicos duraderos se aplicarán a los dispositivos externos.

## **ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR**

Cubrimos estos servicios de atención médica en el hogar cuando son Médicamente necesarios y aprobados por Molina:

- Servicios de asistencia médica a domicilio.
- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros médicos.
- Aparatos médicos Médicamente necesarios.
- Visitas de enfermeras.
- Servicios de enfermería especializada de medio tiempo.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, o terapia del habla.

Los siguientes servicios de atención médica en el hogar están cubiertos por su producto:

- Hasta dos horas por visita para visitas de una enfermera, trabajador social médico, fisioterapeuta ocupacional o terapeuta del habla y hasta cuatro horas por visita de un asistente de salud en el hogar.
- Hasta 60 visitas por año calendario (contando todas las visitas de salud en el hogar).

Usted debe tener Autorización previa para los servicios de atención médica en el hogar después de las primeras siete (7) visitas para pacientes ambulatorios y en el hogar.

## **SERVICIOS DE TRANSPORTE**

### **Transporte médico de emergencia**

Cubrimos el transporte médico de emergencia (ambulancia terrestre y aérea), o los servicios de transporte de ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia “911” cuando sea Médicamente necesario. Estos servicios están cubiertos solo cuando otros tipos de transporte pondrían su salud o seguridad en riesgo. Los servicios de transporte médico de emergencia cubiertos se proveerán a los Costos compartidos identificados dentro del Programa de beneficios, hasta la cantidad permitida de Molina para tales servicios. Tenga en cuenta lo siguiente: usted puede ser responsable de los cargos del proveedor que exceden la cantidad permitida cubierta bajo este beneficio para los servicios de transporte médico de emergencia prestados por un Proveedor no participante.

### **Transporte médico que no sea de emergencia**

Cubrimos el transporte terrestre no rutinario que no sea de emergencia, pero Médicamente necesario, cuando Molina determina que dicho transporte es necesario dentro de nuestro Área de servicio para transferirlo de una instalación médica a otra. Ejemplos de esto son de un hospital a otro, de un hospital a un centro de enfermería especializada o centro para enfermos terminales. El transporte médico que no sea de emergencia es proporcionado por un vehículo equipado con silla de ruedas, camioneta o ambulancia que no sea de emergencia (tanto soporte de vida avanzado como soporte de vida básico). Cuando se necesite transporte médico que no sea de emergencia, Molina se encargará de que uno de nuestros Proveedores participantes proporcione el transporte. Por favor tenga en cuenta que este no es un servicio para el cual usted puede referirse a sí mismo y que cualquier servicio no arreglado por Molina no será cubierto.

## **AUDÍFONOS**

Cubrimos los audífonos para un Miembro de cualquier edad si se requiere la ayuda auditiva para la



corrección de un impedimento auditivo (una reducción en la capacidad de percibir sonido que puede variar de una sordera leve a completa). Los audífonos son dispositivos amplificadores electrónicos diseñados para llevar el sonido más eficazmente al oído. Un audífono consiste en un micrófono, un amplificador y un receptor.

Los beneficios están disponibles para una ayuda auditiva que se compra como resultado de una recomendación escrita por un médico. Se proporcionan beneficios para los audífonos y para los cargos por el ajuste y las pruebas asociados.

Los audífonos anclados en los huesos son servicios médicos/quirúrgicos cubiertos bajo esta EOC solo para Miembros que tienen cualquiera de los siguientes:

- Anomalías craneofaciales cuyos canales auditivos anormales o ausentes impiden el uso de un audífono portátil; o
- pérdida auditiva de suficiente gravedad que no se remediaría adecuadamente con un audífono portátil.

Los servicios cubiertos para los servicios de audición están limitados a un audífono por oído cada tres años.

Los beneficios bajo esta sección también incluyen audífonos para niños dependientes menores de 18 años de edad, en la medida requerida bajo la ley de seguros de Wisconsin.

## **OTROS SERVICIOS**

### **SERVICIOS DE DIÁLISIS**

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

- Los servicios se proporcionan dentro de nuestra Área de servicio.
- Usted satisface todos los criterios médicos desarrollados por Molina.
- Usted o un Proveedor participante notifican a Molina.

### **SERVICIOS CUBIERTOS PRESTADOS MIENTRAS VIAJA FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO (INCLUIDOS LOS ESTADOS UNIDOS)**

Sus Servicios cubiertos incluyen servicios de emergencia mientras viaja fuera del Área de servicio. Esto incluye viajes que lo llevan fuera de los Estados Unidos. Si necesita servicios de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos, utilice el número de teléfono de emergencia de ese país o territorio o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Si usted recibe servicios de atención médica mientras viaja fuera de los Estados Unidos, se le pedirá que pague los cargos del Proveedor no participante en el momento en que obtenga esos servicios. Usted puede presentar una reclamación de reembolso a Molina por los cargos que pagó por los servicios cubiertos brindados a usted por el Proveedor no participante.

Usted es responsable de asegurar que las reclamaciones y/o los registros de tales servicios se traduzcan apropiadamente. Usted también es responsable de asegurar que el tipo de cambio monetario se identifique claramente al presentar reclamos por servicios recibidos fuera de los Estados Unidos. También se pueden requerir registros médicos de tratamiento y servicio para el reembolso apropiado de Molina.

Las solicitudes de reembolso de los Servicios cubiertos deben enviarse de la siguiente manera:

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

Las solicitudes de reembolso de los servicios cubiertos mientras viaja fuera de los Estados Unidos deben ser verificadas por Molina antes de que se pueda realizar el pago. Molina calculará la cantidad permitida que estará cubierta por los servicios de emergencia mientras viaja fuera del Área de servicio, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

Como estos servicios son realizados por un Proveedor no participante, solo se le reembolsará el importe permitido. El importe permitido puede ser inferior al importe que le cobró el Proveedor no participante. Usted no tendrá derecho a reembolso por cargos por servicios de atención médica o tratamiento que no están cubiertos por esta EOC, específicamente aquellos identificados en los “Servicios proporcionados fuera de los Estados Unidos (o Área de servicio)” en la sección “Exclusiones” de esta EOC.

## **EXCLUSIONES**

### **¿Qué se excluye de la cobertura bajo mi plan?**

Esta sección de “Exclusiones” enumera los artículos y servicios que no están cubiertos por esta EOC. Estas exclusiones se aplican a todos los servicios que de otra manera serían cubiertos bajo esta EOC, independientemente de si los servicios están dentro del alcance de la licencia o certificado de un proveedor. Las exclusiones adicionales que se aplican solo a un beneficio en particular se enumeran en la descripción de ese beneficio en la sección “¿Qué está cubierto bajo mi plan?”.

### **Servicios de acupuntura**

Los servicios de acupuntura no están cubiertos.

### **Inseminación y concepción artificiales por medios artificiales**

No se cubren todos los servicios relacionados con la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales, tales como: trasplantes de óvulos, transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT), semen y huevos (y servicios relacionados con su adquisición y almacenamiento), fertilización in-vitro (FIV) y transferencia intrafalopia de cigote (ZIFT).

### **Cirugía bariátrica**

La cirugía bariátrica para la pérdida de peso no está cubierta. Esto incluye, entre otros, lo siguiente:

- Roux-en-y (RNY).
- Cirugía laparoscópica de derivación gástrica u otra cirugía de derivación gástrica (estos son procedimientos quirúrgicos que reducen la capacidad del estómago y desvían los alimentos parcialmente digeridos del duodeno al yeyuno. El yeyuno es la sección del intestino delgado que se extiende desde el duodeno).
- Gastroplastia (procedimientos quirúrgicos que disminuyen el tamaño del estómago)
- Procedimientos de bandas gástricas.

Las complicaciones directamente relacionadas con una cirugía bariátrica que ocasionen una internación o una extensión de internación para la cirugía bariátrica, según lo determina Molina, no

están cubiertas. Esta exclusión se aplica cuando la cirugía bariátrica no era un servicio cubierto bajo este producto o cualquier producto anterior de Molina. Esta exclusión también se aplica si la cirugía se realizó mientras el Miembro estaba cubierto por un portador anterior o un producto autofinanciado antes de la cobertura bajo este Acuerdo.

“Directamente relacionado” significa que la estancia en pacientes hospitalizados o la estancia prolongada en pacientes hospitalizados se produjeron como resultado directo del procedimiento bariátrico y no se habrían producido en ausencia del procedimiento bariátrico. Esta exclusión no se aplica a las condiciones, incluidas, entre otras: infarto de miocardio; náuseas/vómitos excesivos; neumonía; y exacerbación de las condiciones médicas comorbidas durante el procedimiento o en el plazo postoperatorio inmediato.

### **Ciertos exámenes y servicios**

Los exámenes físicos y otros servicios no están cubiertos cuando son:

- Requeridos para obtener o mantener empleo o participación en programas de empleados;
- requeridos para seguro o licencia; o
- en orden judicial o requeridos para libertad condicional.

Esta exclusión no se aplica si un médico del Proveedor participante determina que los servicios son Médicamente necesarios o para la cobertura que se debe proporcionar según lo requerido bajo la Sección 609.65, Estatutos de Wisconsin, según enmendada, para una persona examinada, evaluada o tratada para un trastorno nervioso o mental de acuerdo con una detención de emergencia, un compromiso o una orden judicial.

### **Servicios cosméticos**

Los servicios que están destinados principalmente a cambiar o mantener su apariencia no están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes casos:

- Servicios cubiertos bajo “Cirugía reconstructiva” en la sección “¿Qué está cubierto bajo mi plan?”
- Los siguientes dispositivos cubiertos bajo “Dispositivos protésicos y ortopédicos” en la sección “¿Qué está cubierto bajo mi plan?”:
  - Implantes testiculares implantados como parte de una cirugía reconstructiva cubierta;
  - las prótesis mamarias necesarias después de una mastectomía; y
  - prótesis para reemplazar toda o parte de una parte de cuerpo facial externa.

Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva no están cubiertos:

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

### **Cuidado de custodia**

La asistencia con actividades de la vida diaria (por ejemplo: caminar, acostarse y salir de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño, y tomar medicina) no está cubierta.

Esta exclusión no se aplica a la asistencia con actividades de la vida diaria que se proporcionan como parte de hospicio cubierto, instalaciones de enfermería especializada o atención hospitalaria para pacientes internados.

### **Servicios dentales y de ortodoncia**

Servicios dentales y ortodoncistas como radiografías, aparatos, implantes, servicios prestados por dentistas u ortodoncistas, servicios dentales después de una lesión accidental a los dientes y servicios dentales resultantes de tratamiento médico, como cirugía en la mandíbula y tratamiento de radiación, no están cubiertos.

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

### **Servicios de dietistas**

Un servicio de un dietista no es un beneficio cubierto. Esta exclusión no se aplica a los servicios bajo “Cuidados paliativos”.

### **Suministros desechables**

No se cubren los suministros desechables para el uso en el hogar, como vendas, gasa, cinta, antisépticos, vendajes, vendas tipo as y pañales, debajo de las almohadillas y otros suministros para la incontinencia.

Esta exclusión no se aplica a los suministros desechables que se enumeran en la sección “¿Qué está cubierto bajo mi plan?”.

### **Medicamentos para la disfunción eréctil**

Los medicamentos para la disfunción eréctil no están cubiertos a menos que así lo exija la ley estatal aplicable.

### **Servicios experimentales o de investigación**

Ningún servicio médico, incluyendo procedimientos, medicamentos, instalaciones y dispositivos que Molina ha determinado, ha sido demostrado como seguro o efectivo en comparación con los servicios médicos convencionales no están cubiertos.

Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos bajo “Ensayos clínicos aprobados” en la sección “¿Qué está cubierto bajo mi plan?”. Esta exclusión no se aplica a los tratamientos estipulados por la ley de Wisconsin o la ley federal.

Consulte la sección “Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas” para obtener información sobre solicitudes denegadas de servicios experimentales o de investigación.

### **Anteojos y lentes de contacto para adultos**

Los beneficios no están disponibles por cargos relacionados con la compra o el ajuste de anteojos o lentes de contacto.

### **Terapia genética**

La mayoría de la terapia genética no está cubierta. Molina cubre la terapia genética limitada de acuerdo con nuestras políticas médicas, sujeta a Autorización previa.

### **Tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello**

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

### **Servicios para la infertilidad**

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

### **Cuidados intermedios**

El cuidado en un centro de cuidado intermedio con licencia no está cubierto. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos bajo “Equipo médico duradero”, “Atención médica en el hogar” y “Cuidados paliativos” en la sección “¿Qué está cubierto bajo mi plan?”.

### **Artículos y servicios que no son artículos y servicios de atención médica**

Molina no cubre servicios que no sean de atención médica. Ejemplos de estos tipos de servicios son:

- Formación académica o tutoría para habilidades, como gramática, matemáticas y gestión del tiempo.
- Terapia acuática y otra terapia de agua.
- Pruebas educativas.
- Artículos y servicios que aumentan el conocimiento o las habilidades académicas.
- Cursos de crecimiento profesional.
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación como la planificación de actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas.
- Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.
- Enseñanza de arte, danzas, montar a caballo, música, tocar un instrumento o nadar.
- Enseñanza de modales y etiqueta.
- Capacidades de enseñanza para fines laborales o profesionales.
- Enseñanza de lectura, si usted tiene o no dislexia.
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral.
- Formación profesional o enseñanza de capacidades vocacionales.

### **Artículos y servicios para corregir defectos refractivos del ojo**

No están cubiertos los artículos y servicios (como cirugía ocular o lentes de contacto para dar nueva forma al ojo) para corregir defectos refractivos del ojo como miopía, hiperopía o astigmatismo. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos enumerados en “Servicios de la visión” en la sección “¿Qué está cubierto bajo mi plan?”.

### **Anticonceptivos Masculinos**

Los condones para uso masculino no están cubiertos, como se excluye en la Ley de atención médica asequible.

### **Terapia de masajes**

La terapia de masajes no está cubierta.

### **Nutrición bucal**

La nutrición oral ambulatoria, como los suplementos dietéticos o nutricionales, las fórmulas especializadas, los suplementos, los suplementos herbarios, los suplementos para la pérdida de peso, las fórmulas y los alimentos no está cubierta.

### **Servicio de enfermería privado**

Los servicios privados de enfermería no están cubiertos.

### **Cuidado Residencial**

El cuidado en un centro donde se queda por la noche no está cubierto; sin embargo, esta exclusión no se aplica cuando la estancia de una noche es parte de la atención cubierta en cualquiera de los siguientes casos:

- Un hospital;
- una atención de relevo para pacientes hospitalizados está cubierta en la sección “Cuidados paliativos”;
- una instalación autorizada que proporciona servicios residenciales para situaciones de crisis cubiertos bajo el apartado “Programas de hospitalización psiquiátrica intrahospitalaria y de tratamiento psiquiátrico intensivo” en la sección “Servicios de salud mental”;
- una instalación autorizada que proporciona servicios de recuperación con alojamiento de transición cubiertos bajo la sección de “Servicios de abuso de sustancias”; o
- un centro de enfermería especializada.

### **Artículos y servicios para el cuidado de rutina de los pies**

Los artículos y servicios para el cuidado de rutina de los pies que no son médicamente necesarios no están cubiertos, excepto para las personas diagnosticadas con diabetes.

### **Servicios no aprobados por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA)**

Los medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y cualquier otro servicio que por ley requiera la aprobación de la Administración de alimentos y medicamentos (FDA) para ser vendidos en los EE. UU., pero no están aprobados por la FDA no están cubiertos. Esta exclusión se aplica a los servicios prestados en cualquier lugar, inclusive fuera de los EE. UU.

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

Consulte la sección “Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas” para obtener información sobre solicitudes denegadas de servicios experimentales o de investigación.

## **Servicios prestados por personas sin licencia**

No cubrimos servicios que son realizados por personas que no están obligadas a obtener licencias o certificados por el Estado de Wisconsin para proporcionar servicios de atención médica. Tampoco cubrimos los servicios realizados cuando la condición del Miembro no requiere que un proveedor de atención médica autorizado proporcione los servicios. Esta exclusión no se aplica a los paraprofesionales calificados del servicio de autismo o como se provee de otra manera en esta EOC.

## **Servicios prestados fuera de los Estados Unidos (o Área de servicio)**

Los servicios y suministros prestados a un Miembro fuera de los Estados Unidos o fuera del Área de servicio en que el Miembro viajara a la ubicación para recibir servicios médicos, suministros o medicamentos no están cubiertos. Además, la atención de rutina, la atención preventiva, la atención primaria, la atención especializada y los servicios para pacientes internos no están cubiertos cuando se suministran fuera de los Estados Unidos o en cualquier otro lugar fuera del Área de servicio. Solo los Servicios de emergencia, Servicios cubiertos fuera de los Estados Unidos o fuera del Área de servicio, como se describe en la sección titulada “Servicios cubiertos prestados mientras viaja fuera del Área de servicio (incluidos los Estados Unidos)”.

Cuando la muerte ocurre fuera de los Estados Unidos, no se cubre la evacuación médica y la repatriación de los restos.

## **Servicios relacionados con un servicio no cubierto**

Cuando un servicio no está cubierto, no se cubren todos los servicios relacionados con el servicio no cubierto. Esta exclusión no se aplica a los servicios que Molina cubriría de otra manera para tratar las complicaciones del servicio no cubierto. Molina cubre todos los servicios médicos básicos necesarios para las complicaciones de un servicio no cubierto. Por ejemplo, si usted tiene una cirugía bariátrica no cubierta o una cirugía cosmética, Molina no cubriría los servicios que usted recibe en preparación para la cirugía o para la atención de seguimiento. Si más tarde sufre una complicación potencialmente mortal, como una infección grave, esta exclusión no se aplicaría y Molina cubriría cualquier servicio que de otra manera cubriría para tratar esa complicación.

## **Disfunción sexual**

El tratamiento de la disfunción sexual, independientemente de la causa, incluyendo, pero no limitado a dispositivos, implantes, procedimientos quirúrgicos y medicamentos no está cubierto a menos que lo requiera la ley estatal.

## **Subrogación**

Los servicios para cualquier persona en relación con un acuerdo de subrogación, excepto los servicios cubiertos de otra manera proporcionados a un Miembro que es un subrogante, no están cubiertos. Un arreglo de subrogación es uno en el que una mujer (el sustituto) se compromete a quedar embarazada y a entregar el bebé a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño.

## **Gastos de viaje y alojamiento**

Los gastos de viaje y alojamiento no están cubiertos.

## **RESPONSABILIDAD DE TERCEROS**

Usted acepta que, si se proporcionan servicios cubiertos para tratar una lesión o enfermedad causada por un hecho ilícito u omisión de otra persona o tercero, siempre que se le haga entero por todos los demás daños resultantes del hecho ilícito u omisión antes de que Molina tenga derecho a reembolso, entonces usted deberá:

- Reembolsar a Molina por el costo razonable de los servicios pagados por Molina, en la medida en que lo permita la ley de Wisconsin, inmediatamente después de la recolección de daños por él o ella, ya sea por acción o ley, acuerdo o de otra manera; y
- cooperar plenamente con la efectividad por parte de Molina de sus derechos de gravamen por el valor razonable de los servicios prestados por Molina en la medida permitida por la ley de Wisconsin, el gravamen de Molina sea presentado ante la persona cuyo acto causó las lesiones, su agente o el tribunal.

Molina tendrá derecho al pago, reembolso y subrogación (recuperación de los beneficios pagados cuando otro seguro proporciona cobertura) en recuperaciones de terceros y usted cooperará para asistir completamente y en su totalidad en la protección de los derechos de Molina, incluyendo la pronta notificación de un caso que involucre una posible recuperación de un tercero.

## **INDEMNIZACIÓN AL TRABAJADOR**

Molina no proporcionará beneficios bajo este Acuerdo que dupliquen los beneficios a los que usted tiene derecho bajo ninguna ley de compensación de trabajadores aplicable. Usted es responsable de tomar cualquier acción necesaria para obtener el pago bajo las leyes de compensación de trabajadores donde el pago bajo el sistema de compensación de trabajadores puede ser razonablemente esperado. La falta de una acción apropiada y oportuna impedirá que Molina tenga la responsabilidad de proporcionar beneficios en la medida en que el pago podría haberse esperado razonablemente en virtud de las leyes de compensación de los trabajadores. Si surge una disputa entre usted y la compañía de compensación de los trabajadores, en cuanto a su capacidad para recolectar bajo las leyes de compensación de los trabajadores, Molina proveerá los beneficios descritos en este Acuerdo hasta la resolución de la disputa.

Si Molina proporciona beneficios que duplican los beneficios a los que usted tiene derecho bajo la ley de compensación a los trabajadores, Molina tendrá derecho a reembolso por el costo razonable de tales beneficios.

## **RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN**

### **¿Cómo se renueva mi cobertura de Molina?**

La cobertura se renovará el primer día de cada mes, tras la recepción por parte de Molina de cualquier Prima prepagada adeudada. La renovación está sujeta al derecho de Molina a enmendar esta EOC. Usted debe seguir los procedimientos requeridos por el mercado para redeterminar su elegibilidad para la inscripción cada año durante el período anual de inscripción abierta del Marketplace.

### **Cambios en las Primas, Deducibles, Copagos y Servicios cubiertos**



Cualquier cambio a este Acuerdo, incluyendo, pero no limitado a, cambios en las Primas o Servicios cubiertos, Deducible, Copago, Coaseguro y cantidades de Gastos máximos anuales de bolsillo, es efectivo después de 60 días de aviso a la dirección de registro del suscriptor con Molina. El Marketplace determina su elegibilidad y el crédito de impuestos de prima anticipada.

**¿Cuándo finalizará mi membresía en Molina? (finalización de los Servicios cubiertos)**

La fecha de finalización de su cobertura es el primer día en el que no está cubierto por Molina. Por ejemplo, si su fecha de finalización es el 1 de julio de 2020, su último minuto de cobertura es a las 11:59 p. m. del 30 de junio de 2020. Si su cobertura termina por cualquier razón, usted debe pagar todas las cantidades pagaderas y debidas a su cobertura con Molina, incluidas las Primas, por el período anterior a su fecha de terminación.

Excepto en el caso de fraude o engaño en el uso de servicios o instalaciones, Molina le devolverá dentro de los 30 días siguientes a la fecha de terminación el importe de las Primas pagadas a Molina, que corresponde a cualquier período no vencido para el cual se hubiera recibido el pago junto con las cantidades adeudadas en reclamaciones, si las hubiera, menos cualquier cantidad adeudada a Molina.

Si usted cree que este Acuerdo ha sido o será cancelado incorrectamente, rescindido o no renovado, usted puede presentar una queja ante Molina de acuerdo con los procedimientos de queja descritos en la sección “Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas” a continuación. Puede encontrar información adicional sobre quejas en nuestro sitio web en **MolinaMarketplace.com**. Póngase en contacto con el Centro de atención al cliente de Molina en:

**Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.  
Customer Support Center  
PO Box 242480  
Milwaukee, WI 53224-9931  
1 (888) 560-2043  
TTY [7-1-1  
Fax: 1 (414) 214-2489**

O puede ponerse en contacto con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** escribiendo a:

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

También puede llamar al **1 (800) 236-8517** fuera de Madison o al **1 (608) 266-0103** en Madison para solicitar un formulario de queja. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** llamando al **7-1-1** (TTY) y pidiendo el número **1 (608) 266-3586**. Usted también puede enviar el correo electrónico a:

[ocicomplaints@wisconsin.gov](mailto:ocicomplaints@wisconsin.gov).

Su membresía con Molina finalizará si usted:

- **Ya no cumple los requisitos de elegibilidad:** la cobertura bajo este Acuerdo terminará si usted ya no cumple con la edad u otros requisitos de elegibilidad para la cobertura bajo este producto como lo requiere Molina o el Marketplace. El Marketplace le enviará un aviso de cualquier determinación de elegibilidad.

- **Para la pérdida de elegibilidad no relacionada con la edad**, la cobertura finalizará a las 11:59 p. m. del último día del mes siguiente al mes en el que se le envíe cualquiera de estos avisos a menos que usted solicite una fecha efectiva de finalización anterior.
- **Para un niño dependiente que alcance la edad límite de 26 años**, la cobertura bajo este Acuerdo, para un niño Dependiente, terminará a las 11:59 p. m. del último día del año calendario en el cual el niño Dependiente alcance la edad límite de 26 años, a menos que el niño sea incapacitado y cumpla con los criterios especificados. Consulte la sección titulada “Límite de edad para niños (niños con discapacidades)”.
- **Para un miembro con cobertura de niños solamente que alcance la edad límite**, la cobertura de niños solamente del Miembro en virtud de este Acuerdo, terminará a las 11:59 p. m. del último día del año calendario en el que el Miembro alcance la edad límite de 21 años. Cuando la cobertura de niños solamente bajo este Acuerdo termina porque el Miembro ha alcanzado la edad de 21 años, el Miembro puede ser elegible para inscribirse en otros productos ofrecidos por Molina a través del Marketplace.
- **Solicitar la cancelación de la inscripción:** usted decide terminar su membresía y desafilarse de Molina notificando al Marketplace (1-800-318-2596) y/o Molina. Su membresía terminará a las 11:59 p. m. a los 14 días posteriores a la fecha de su solicitud o una fecha posterior si usted lo solicita.
- **Cambiar los planes de salud del Marketplace:** usted decide cambiar de Molina Healthcare a otro plan de salud ofrecido a través del Marketplace:
  - Durante un período anual de inscripción abierta u otro período especial de inscripción para el que se haya determinado que es elegible de acuerdo con los procedimientos especiales de inscripción del mercado; o
  - cuando usted busca inscribir a un nuevo Dependiente.

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

- **Cometer fraude o tergiversar intencionadamente los hechos materiales:** usted comete cualquier acto o práctica que constituya fraude, o por cualquier tergiversación intencional de hechos materiales bajo los términos de su cobertura con Molina. Algunos ejemplos incluyen:
  - Falsar la información de elegibilidad.
  - Presentar una prescripción no válida o una orden del médico.
  - Mal uso de una tarjeta de identificación de Miembro de Molina (o permitir que otra persona la utilice).

Le enviaremos un aviso de finalización, y su membresía terminará a las 11:59 p. m. en el séptimo día a partir de la fecha en que le enviemos el aviso de finalización.

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

- **Interrupción:** si Molina deja de proporcionar u organizar la provisión de beneficios de salud para servicios de atención médica nuevos o existentes en el mercado individual. En este caso, Molina le proporcionará un aviso por escrito con al menos 180 días de antelación a la fecha en que la cobertura será interrumpida.

- **Retirada del producto:** Molina retira su producto del mercado. En este caso, Molina le proporcionará un aviso por escrito al menos 90 días antes de la fecha en que se discontinuará la cobertura.
- **Falta de pago de Primas:** si usted no paga las Primas requeridas antes de la fecha de vencimiento indicada en su factura de prima, Molina puede terminar su cobertura como se describe más adelante en la sección “Avisos de Prima/finalización por falta de pago de Primas” más abajo.

Su cobertura bajo ciertos servicios cubiertos terminará si su elegibilidad para tales beneficios termina. Por ejemplo, un Miembro que cumpla los 19 años ya no será elegible para los Servicios de visión cubiertos por este Acuerdo; y como resultado, la cobertura de dicho Miembro bajo esos servicios cubiertos específicos terminará en su 19<sup>no</sup> cumpleaños, sin afectar el resto de esta EOC.

## **PAGO DE PRIMAS Y FINALIZACIÓN POR FALTA DE PAGO**

### **Avisos de Prima/finalización por falta de pago de Primas**

Sus obligaciones de pago de las primas son las siguientes:

- El pago de su prima para el próximo mes de cobertura debe realizarse a más tarde en la fecha indicada en su factura de la Prima. Esta es la “fecha de vencimiento”. Molina le enviará una factura por adelantado de la fecha de vencimiento para el próximo mes de cobertura. Si Molina no recibe el pago completo de la prima debido en o antes de la fecha de vencimiento indicada en su factura de la Prima, Molina enviará un aviso de no recibo del pago de la prima y la terminación de la cobertura (el “aviso de retraso”) a su dirección de registro. Este aviso de retraso incluirá, entre otras informaciones, lo siguiente:
  - Una declaración de que Molina no ha recibido el pago completo de la Prima y de que terminaremos este Acuerdo por falta de pago si no recibimos las Primas requeridas antes del vencimiento del periodo de gracia como se describe en el aviso de retraso.
  - La cantidad de las Primas adeudadas.
  - La fecha y hora específicas en que su membresía y cualquier Dependiente inscrito terminarán si no recibimos las Primas requeridas.

Si usted ha recibido un aviso de retraso de que su cobertura está siendo rescindida o no renovada debido a la falta de pago de su prima, Molina Healthcare dará:

- Periodo de gracia de 10 días para pagar el pago completo de la Prima debido si usted no recibe el pago anticipado del crédito del impuesto de la prima. Molina procesará el pago de los Servicios cubiertos recibidos durante el periodo de gracia de 10 días. Usted será responsable de cualquier Prima no pagada que deba a Molina Healthcare por el periodo de gracia; o
- periodo de gracia de tres meses para pagar el pago completo de la prima debido si usted recibe el pago anticipado del crédito del impuesto de prima. Molina mantendrá el pago de los Servicios cubiertos recibidos después del primer mes del periodo de gracia hasta que recibamos las Primas morosas. Si las Primas no se reciben al final del periodo de gracia de tres meses, usted será responsable del pago de los Servicios cubiertos recibidos durante el segundo y tercer meses.

Durante el periodo de gracia aplicable a usted, puede evitar la terminación o no renovación de este Acuerdo pagando el pago completo de la Prima que debe a Molina Healthcare. **Si no paga el pago completo de la Prima al final del periodo de gracia, este Acuerdo será rescindido.** Usted seguirá

siendo responsable de cualquier Prima no pagada que deba a Molina Healthcare por el periodo de gracia.

**La terminación o no renovación de este Acuerdo por falta de pago será efectiva a las 11:59 p. m. el:**

- El último día del periodo de gracia si usted no recibe el pago anticipado del crédito del impuesto de prima; o
- el último día del primer mes del periodo de gracia si usted recibe el pago anticipado del crédito del impuesto de prima.

**Restablecimiento después de la terminación**

Si lo permite el Marketplace, permitiremos el restablecimiento de su Acuerdo (sin una interrupción en la cobertura) siempre que el restablecimiento sea una corrección de una acción errónea de terminación o cancelación.

**Reinscripción después de la terminación por no pago**

Si usted es rescindido por falta de pago de prima y desea volver a inscribirse en Molina (durante la inscripción abierta o un periodo de inscripción especial) en el siguiente año del plan, podemos solicitar que usted pague cualquier pago de prima vencido, más el pago de prima de su primer mes en su totalidad, antes de que aceptemos su inscripción con nosotros.

**Cancelación por aviso de no pago:** al finalizar este Acuerdo, Molina enviará por correo un aviso de terminación a la dirección de registro del suscriptor que especifica la fecha y hora en que finalizó la membresía.

Si usted afirma que hemos terminado el derecho del Miembro a recibir Servicios cubiertos debido al estado de salud del Miembro o a los requisitos para los servicios de atención médica, puede solicitar una revisión por parte de Molina de acuerdo con los procedimientos de quejas que se indican a continuación. Puede encontrar información adicional sobre quejas en nuestro sitio web en: **MolinaMarketplace.com**. Comuníquese con el Centro de atención al cliente de Molina en:

**Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.  
Customer Support Center  
11002 W. Park Place  
Milwaukee, WI 53224  
1 (888) 560-2043  
TTY 7-1-1  
Fax: 1 (414) 214-2489**

También puede comunicarse **CON LA OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** escribiendo a:

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

También puede llamar al **1 (800) 236-8517** fuera de Madison o al **1 (608) 266-0103** en Madison para solicitar un formulario de queja. Las personas sordas, con problemas de audición o de habla pueden comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** llamando al **7-1-1 (TTY)** y pidiendo el número **1 (608) 266-3586**. Puede enviarlas por correo electrónico a: [ocicomplaints@wisconsin.gov](mailto:ocicomplaints@wisconsin.gov).

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como Miembro de Molina?

Los siguientes derechos y responsabilidades también se encuentran en el sitio web de Molina Healthcare: [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com).

#### Sus derechos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad por todos los que trabajan con Molina.
- Obtener información sobre Molina, nuestros proveedores, nuestros médicos, nuestros servicios y los derechos y responsabilidades de los Miembros.
- Elegir a su médico “principal” de la lista de Proveedores participantes de Molina (este médico se llama su PCP).
- Estar informado sobre su salud. Si usted tiene una enfermedad, usted tiene el derecho de estar informado sobre todas las opciones de tratamiento sin importar el costo o la cobertura de beneficios. Tiene derecho a que se respondan todas sus preguntas sobre su estado de salud.
- Ayudar a tomar decisiones acerca de su atención médica. Usted tiene el derecho de negarse a recibir tratamiento médico.
- Privacidad. Mantenemos sus registros médicos privados. \*
- Consultar su historial médico. Usted también tiene el derecho de obtener una copia y corregir su expediente médico donde se permita legalmente. \*
- Quejarse de Molina o de su atención. Puede llamar, enviar un fax, enviar un correo electrónico o escribir al Centro de atención al cliente de Molina.
- Apelar las decisiones de Molina. Usted tiene el derecho de que alguien hable por usted durante su queja.
- Desinscribirse de Molina (dejar el producto Molina Healthcare).
- Pedir una segunda opinión sobre su condición de salud.
- Pedir a alguien fuera de Molina que busque terapias experimentales o de investigación.
- Decidir por adelantado cómo quiere que le cuiden en caso de que tenga una enfermedad o lesión potencialmente mortal.
- Obtener servicios de intérprete las 24 horas sin costo alguno para ayudarle a hablar con su médico o con nosotros si prefiere hablar un idioma que no sea el inglés.
- Obtener información sobre Molina, sus proveedores o su salud en el idioma que prefiera.
- Pedir y conseguir materiales en otros formatos como, letra de mayor tamaño, audio y Braille a petición y de manera oportuna y apropiada para el formato que se solicita y de acuerdo con las leyes estatales aplicables.
- Recibir instrucciones sobre cómo puede ver en línea o solicitar una copia de las políticas y procedimientos clínicos y administrativos no propietarios de Molina.
- Obtener una copia de la lista de medicamentos aprobados (Formulario de medicamentos) de Molina bajo petición.
- Presentar una queja si no recibe medicamentos Médicamente necesarios después de una visita de emergencia en uno de los hospitales contratados por Molina.

- No ser tratado mal por Molina o sus médicos por actuar en cualquiera de estos derechos.
- Realizar recomendaciones con respecto a las políticas sobre los derechos y responsabilidades del Miembro de Molina.
- Estar libre de controles o aislamiento utilizados para presionar, castigar o buscar venganza.
- Presentar una queja o reclamo si cree que sus necesidades lingüísticas no fueron satisfechas por Molina.

\*Sujeto a las leyes estatales y federales

### **Sus responsabilidades**

Usted tiene la responsabilidad de:

- Aprender y realizar preguntas sobre sus beneficios de salud.
  - Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, comuníquese con Molina al número gratuito **1 (888) 560-2043**.
  - Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede comunicarse con nosotros llamando **al 7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.
- Proporcionar a su médico, proveedor o a Molina la información que se necesita para cuidar de usted.
- Estar activo en las decisiones de cobertura acerca de su atención médica.
- Seguir los planes de cuidado para usted que usted ha acordado con su(s) médico(s).
- Construir y mantener una fuerte relación paciente-médico.
  - Cooperar con su médico y su personal.
  - Cumplir con las citas y llegar a tiempo. Si va a llegar tarde o no puede mantener su cita, llame al consultorio de su médico.
- Entregar su tarjeta de identificación de Molina Healthcare cuando reciba atención médica.
  - No le dé su tarjeta de identificación a otros.
  - Hágale saber a Molina sobre cualquier fraude o malversación.
- Entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordados hasta el grado posible.

### **Sea activo en su atención médica**

Planee con anticipación

- Programe sus citas a una buena hora para usted.
- Pida su cita en un momento en el que la oficina esté menos ocupada si le preocupa esperar demasiado tiempo.
- Mantenga una lista de preguntas que desea hacer a su médico.
- Resurta su receta antes de que se quede sin medicamento.

### **Aproveche al máximo las visitas al médico**

- Haga preguntas a su médico.
- Pregunte sobre los posibles efectos secundarios de cualquier medicamento recetado.
- Dígale a su médico si usted está bebiendo té o tomando hierbas.
- Informe a su médico sobre cualquier vitamina o medicamento de venta libre que esté usando.

### **Visite a su médico cuando está enfermo**

- Trate de darle a su médico tanta información como pueda.
- ¿Empeora o los síntomas se mantienen más o menos iguales?

- ¿Ha tomado algo?

Si desea obtener más información, llame al Centro de atención al cliente de Molina al número gratuito **1 (888) 560-2043**, de lunes a viernes, entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. hora central. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede comunicarse con nosotros llamando al **7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

## **SERVICIOS DE MOLINA HEALTHCARE**

### **Molina siempre está mejorando los servicios**

Molina hace todo lo posible por mejorar la calidad de los servicios de atención médica que se le ofrecen. El proceso formal de Molina para que esto suceda se llama el “Proceso de mejora de la calidad”. Molina hace muchos estudios a lo largo del año. Si encontramos áreas de mejora, tomamos medidas que resultarán en atención y servicio de mayor calidad.

Si desea saber más sobre lo que estamos haciendo para mejorar, por favor llame gratis a Molina al **1 (888) 560-2043** para obtener más información. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede comunicarse con nosotros llamando al **7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

### **Comité de participación de los Miembros**

Queremos escuchar lo que piensa de Molina. Molina ha formado el Comité de participación de los Miembros (el “Comité”) para escuchar sus preocupaciones.

El Comité es un grupo de personas como usted que se reúne una vez cada tres meses y nos dice cómo mejorar. El Comité puede revisar la información del plan de salud y hacer sugerencias a la Junta directiva de Molina. Si desea unirse al Comité de participación de los Miembros, por favor llame gratis a Molina al **1 (888) 560-2043**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. hora central. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede comunicarse con nosotros llamando al **7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. ¡Únase hoy a nuestro Comité de participación de Miembros!

### **Privacidad de su atención médica**

Nos importa su privacidad. Respetamos y protegemos su privacidad. Lea nuestro aviso de prácticas de privacidad, al frente de esta EOC.

### **Nueva tecnología**

Molina siempre está buscando maneras de cuidar mejor a nuestros Miembros. Es por eso que Molina tiene un proceso para encontrar nuevas tecnologías médicas, medicamentos y dispositivos para posibles beneficios adicionales.

Nuestros directores médicos encuentran nuevos procedimientos médicos, tratamiento, medicamentos y dispositivos cuando están disponibles. Presentan información de investigación al Comité de gestión de la utilización, donde los médicos examinan la tecnología. Luego sugieren si se debe añadir como un nuevo beneficio para los Miembros de Molina.

Para obtener más información sobre la nueva tecnología, llame al Centro de atención al cliente de Molina.

## ¿Qué tengo que pagar?

Consulte el plan de prestaciones para conocer sus responsabilidades de Costos compartidos para los Servicios cubiertos.

Tenga en cuenta que usted puede ser responsable de pagar el precio total de los servicios médicos cuando:

- Usted pide y recibe servicios médicos que no están cubiertos, como cirugía cosmética.
- Excepto en caso de emergencia, usted pide y recibe servicios de atención médica de un médico u hospital que no sea un Proveedor participante con Molina sin obtener la aprobación de Molina.

Si Molina no paga a un Proveedor participante por brindarle Servicios cubiertos, usted no es responsable de pagar al Proveedor participante las cantidades adeudadas por nosotros. Esto no es válido para los Proveedores no asociados.

## ¿Qué pasa si he pagado una factura médica o una receta? ()

Con la excepción de las cantidades de Costos compartidos requeridos (como un Deducible, Copago o Coseguro), si usted ha pagado por un Servicio cubierto o un medicamento recetado que fue aprobado o no requiere aprobación, Molina le pagará de vuelta.

Debe enviarnos su reclamo de reembolso dentro de los 12 meses posteriores a haber hecho el pago.

Usted tendrá que enviarnos por correo o fax una copia de la factura del médico, el hospital o la farmacia y una copia de su recibo. También debe incluir el nombre del Miembro para el que está enviando el reclamo y su número de póliza. Si la factura es por un medicamento recetado, usted tendrá que incluir una copia de la etiqueta del medicamento recetado. Envíe esta información al Centro de atención al cliente de Molina a:

**Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.**  
**Customer Support Center**  
**11002 W. Park Place**  
**Milwaukee, WI 53224**  
**1 (888) 560-2043**  
**Fax: 1 (414) 214-2489**  
**MolinaMarketplace.com**

Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede comunicarse con nosotros llamando al 7-1-1 para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

Después de recibir su solicitud de reembolso, le responderemos en un plazo de 30 días. Si reclamo es aceptado, le enviaremos un cheque por correo. Si su reclamo es denegado, le enviaremos una carta que le dirá por qué. Si usted no está de acuerdo con esto, puede presentar una apelación llamando a Molina sin costo al **1 (888) 560-2043**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. hora central. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede comunicarse con nosotros llamando al **7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

## ¿Cómo paga Molina Healthcare mi atención?

Molina contrata con proveedores de muchas maneras. Algunos Proveedores participantes de Molina



reciben una cantidad fija por cada mes que usted está bajo su cuidado, ya sea que vea al proveedor o no. Algunos proveedores trabajan sobre una base de tarifa por servicio. Esto significa que reciben el pago por cada procedimiento que realizan. Algunos proveedores reciben incentivos para brindar atención preventiva de calidad. Molina no ofrece incentivos financieros para las decisiones de gestión de la utilización que podrían dar lugar a denegaciones de autorización o subutilización.

Para obtener más información sobre cómo se paga a los proveedores, por favor llame gratis al Centro de atención al cliente de Molina al **1 (888) 560-2043**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. hora central. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede comunicarse con nosotros llamando al **7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. También puede llamar a la oficina de su proveedor o al grupo médico de su proveedor para obtener esta información.

### **Directivas anticipadas**

Una directiva anticipada es un formulario que le dice a los proveedores médicos qué tipo de atención desea si no puede hablar por sí mismo. Se escribe una directiva anticipada antes de que usted tenga una emergencia.

Esta es una manera de evitar que otras personas tomen decisiones importantes sobre su salud si usted no está lo suficientemente bien como para tomarlas por usted mismo. Una “Ley de poder duradero para la atención de la salud” y una “Declaración de la ley de muerte natural” son tipos de directivas anticipadas. Usted tiene derecho a completar una directiva anticipada. Su proveedor puede responder preguntas sobre las directivas anticipadas.

### **Servicios de intérprete**

#### **¿Habla un idioma que no sea el inglés?**

Muchas personas no hablan inglés o no se sienten cómodas hablando inglés. Por favor, informe al consultorio de su médico o llame a Molina si prefiere hablar un idioma que no sea el inglés. Molina puede ayudarle a encontrar un médico que hable su idioma o que le ayude un intérprete.

Molina ofrece servicios telefónicos e intérpretes para ayudarle a:

- Hacer una cita.
- Hablar con su médico o enfermera.
- Obtener Servicios de emergencia de manera oportuna.
- Presentar un reclamo o una queja.
- Obtener servicios de educación sanitaria.
- Obtener información del farmacéutico sobre cómo tomar su medicina (medicamentos).
- Solicitar un intérprete telefónico que hable sobre las condiciones médicas y las opciones de tratamiento.

Si necesita un intérprete, informe a su médico o a cualquier persona que trabaje en su oficina. Usted también puede pedir cualquiera de los documentos que Molina le envía en el idioma que prefiera por escrito. Los Miembros que necesitan información en un idioma distinto del inglés o en un formato accesible (es decir Braille, letra grande, audio) puede llamar al Centro de atención al cliente de Molina al **1 (888) 560-2043**. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede comunicarse con nosotros llamando al **7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

### **Servicios culturales y lingüísticos**

Molina puede ayudarle a hablar con su médico sobre sus necesidades culturales. Podemos ayudarle a

encontrar médicos que entiendan su trasfondo cultural, servicios de apoyo social y ayuda con las necesidades del idioma. Por favor llame al Centro de atención al cliente de Molina al **1 (888) 560-2043**. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede comunicarse con nosotros llamando al **7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

## COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Esta disposición de Coordinación de beneficios (“COB”, por sus siglas en inglés) se aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un plan. A los efectos de esta disposición del COB, el “plan” se define a continuación.

Las reglas de determinación de orden de beneficios rigen el orden en que cada plan pagará una reclamación por beneficios. El plan que paga primero se llama el “**Plan principal**”. El plan principal debe pagar beneficios de acuerdo con sus términos de póliza, sin considerar la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan principal es el “**Plan secundario**”. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes no superen el 100% del Gasto total permitido.

### Definiciones (aplicables a esta disposición de COB)

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

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

2. El plan no incluye: cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija; cobertura solo por accidente; cobertura específica de enfermedad o accidente; cobertura limitada de salud de beneficios, según lo definido por la ley estatal; cobertura de tipo de accidente escolar; beneficios para componentes no médicos de políticas de atención a largo plazo; políticas complementarias de Medicare; políticas de Medicaid; o cobertura bajo otros planes gubernamentales federales, a menos que lo permita la ley.

Cada contrato de cobertura bajo (1) o (2) es un plan separado. Si un plan tiene dos partes y las reglas de COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se trata como un plan separado.

- “**Este plan**” significa, en una disposición del COB, la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica a los que se aplica la disposición del COB y que puede reducirse debido a los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporciona beneficios de atención médica está separada de este plan. Un contrato puede aplicar una provisión de COB a ciertos beneficios, tales como beneficios dentales, coordinando solo con beneficios similares, y puede aplicar otra provisión de COB para coordinar otros beneficios.
- El orden de las reglas de determinación de beneficios definen si este plan es un plan principal o un plan secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un plan. Cuando este plan es principal, determina el pago de sus beneficios antes que los de cualquier otro plan sin considerar los beneficios de ningún otro plan. Cuando este plan es secundario,

determina sus beneficios después de los de otro plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del plan no superen el 100% del Gasto total permitido. Cuando hay más de dos Planes que cubren a la persona, este plan puede ser un plan principal en cuanto a uno o más planes y puede ser un plan secundario en cuanto a un plan o planes diferentes.

- **“Gastos permitidos”** son gastos de atención médica, que incluyen Deducibles, Coseguros y Copagos, que están cubiertos al menos en parte por cualquier plan que cubra a la persona. Cuando un Plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un Gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan que cubra a la persona no es un Gasto permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor por ley o de acuerdo con un acuerdo contractual esté prohibido de cobrar a un Miembro no es un Gasto permitido.

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

1. La diferencia entre el costo de una sala de hospital semi-privada y una sala de hospital privado no es un Gasto permitido, a menos que uno de los planes proporcione cobertura para los gastos de habitación de hospital privado.
2. Si una persona está cubierta por 2 o más planes que computan sus pagos de beneficios sobre la base de tasas usuales y habituales o metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier cantidad que supere la cantidad de reembolso más alta para un beneficio específico no es un Gasto permitido.
3. Si una persona está cubierta por 2 o más planes que ofrecen beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, una cantidad que exceda el más alto de las tasas negociadas no es un Gasto permitido.
4. Si una persona está cubierta por un plan que calcula sus beneficios o servicios sobre la base de las tasas usuales y habituales o de la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar y otro plan que proporciona sus beneficios o servicios sobre la base de las tasas negociadas, el acuerdo de pago del plan principal será el Gasto permitido para todos los planes.

Sin embargo, si el proveedor ha contratado con el plan secundario para proporcionar el beneficio o el servicio para una cuota negociada específica o una cantidad de pago que sea diferente del acuerdo de pago del plan principal y si el contrato del proveedor lo permite, la tarifa negociada o el pago serán los Gastos permitidos que el plan secundario utilice para determinar sus beneficios.

5. La cantidad de cualquier reducción de beneficios por parte del plan principal porque un Miembro no ha cumplido con las provisiones del plan no es un Gasto permitido. Ejemplos de este tipo de disposiciones del plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, precertificaciones de admisiones y acuerdos de proveedores preferidos.

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

**“Padre con custodia”** es el padre que recibe la custodia por un decreto judicial o, en ausencia de un decreto judicial, es el padre con quien el niño reside más de la mitad del año calendario excluyendo cualquier visita temporal.

### **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 pago de beneficios son las siguientes:

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

B. (1) Salvo lo dispuesto en el párrafo (2), un plan que no contenga una disposición de coordinación de beneficios que sea consistente con esta regulación es siempre principal a menos que las disposiciones de ambos planes indiquen que el plan de cumplimiento es principal.

(2) Cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y que proporciona que esta cobertura complementaria será excedente a cualquier otra parte del plan provista por el titular del contrato. Ejemplos de estos tipos de situaciones son las principales coberturas médicas que se superponen sobre los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan base, y las coberturas de tipo de seguro que se escriben en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.

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

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

(1) No dependiente o Dependiente. El plan que cubre a la persona que no sea dependiente, por ejemplo, como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado es el plan principal y el plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan que cubre a la persona como dependiente, y principal al plan que cubre a la persona como dependiente (por ejemplo, un empleado jubilado), entonces el orden de los beneficios entre los dos planes se invierte para que el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado sea el plan secundario y el otro plan principal.

(2) Niño dependiente cubierto bajo más de un plan. A menos que exista un decreto judicial que indique lo contrario, cuando un niño dependiente está cubierto por más de un plan, la orden de los beneficios se determina de la siguiente manera:

(a) Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, estén o no casados:

- El plan del padre cuyo cumpleaños cae antes en el año calendario es el plan principal; o
- si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el plan que ha cubierto al padre por más tiempo es el plan principal.

Sin embargo, si el plan de un cónyuge tiene alguna otra regla de coordinación (por ejemplo, una “regla de género” que dice que el plan del padre siempre es principal), seguiremos las reglas de ese plan.

(b) Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no viven juntos, estén o no casados:

(i) Si un decreto judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del niño dependiente o de la cobertura de atención médica y el plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese plan es principal. Esta regla se aplica a los años del plan que comiencen después de que el plan reciba aviso del decreto judicial;

(ii) si un decreto judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención de salud del niño dependiente o de la cobertura de atención de salud, las disposiciones del subpárrafo a) anterior determinarán la orden de los beneficios;

(iii) si un decreto judicial establece que los padres tienen custodia conjunta sin especificar que un padre tiene responsabilidad por los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del niño dependiente, las disposiciones del Subpárrafo (a) anterior determinarán la orden de los beneficios; o

(iv) si no existe un decreto judicial que asigne la responsabilidad por los gastos de atención médica del niño dependiente o la cobertura de atención médica, la orden de los beneficios para el niño es la siguiente:

- El plan que cubre al padre con custodia;
- el plan que cubre al cónyuge del padre con custodia;
- el plan que cubre al padre sin custodia; y luego
- el plan que cubre al cónyuge del padre sin custodia.

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

(3) Empleado activo o jubilado o despedido. El plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no está despedido ni jubilado, es el plan principal. El plan que cubre a la misma persona que un empleado retirado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado retirado o despedido. Si el otro plan no tiene esta regla, y como resultado, los planes no están de acuerdo con el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada D.(1) puede determinar el orden de los beneficios.

(4) Cobertura de continuación estatal o COBRA. Si una persona cuya cobertura se proporciona conforme a COBRA o bajo un derecho de continuación proporcionado por la ley estatal u otra ley federal está cubierta bajo otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado es el plan principal y la COBRA o estado u otra cobertura de continuación federal es el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta regla, y como resultado, los planes no están de acuerdo con el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada D.(1) puede determinar el orden de los beneficios.

(5) Mayor o menor longitud de cobertura. El plan que cubría a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado más tiempo es el plan principal y el plan que cubría a la persona el periodo más corto de tiempo es el plan secundario.

(6) Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los Gastos permitidos se compartirán por igual entre los planes que cumplan con la definición de plan. Además, este plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan principal.

### **Efecto en los beneficios de este plan**

Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios para que los beneficios totales pagados o

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

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

### **Derecho a recibir y divulgar la información necesaria**

Se necesitan ciertos datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica para aplicar estas reglas de COB y determinar los beneficios pagaderos bajo este plan y otros planes. Molina puede obtener los hechos que necesita o darlos a otras organizaciones o personas con el propósito de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos bajo este plan y otros planes que cubren a la persona que reclama beneficios. No necesitamos decirle, ni obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclame beneficios bajo este plan debe dar a Molina cualquier dato que necesite para aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos. Si usted no nos proporciona la información que necesitamos para aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos, su reclamación por beneficios será negada.

### **Facilidad de pago**

Un pago realizado bajo otro plan puede incluir una cantidad que debería haber sido pagada bajo este plan. Si lo hace, Molina puede pagar esa cantidad a la organización que hizo ese pago. Esa cantidad se tratará entonces como si fuera un beneficio pagado bajo este plan. No tendremos que volver a pagar esa cantidad. El término “pago realizado” incluye la prestación de beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios.

### **Derecho de recuperación**

Si la cantidad de los pagos realizados por Molina es más de lo que deberíamos haber pagado en virtud de esta disposición COB, podremos recuperar el exceso de una o más de las personas que pagamos o de las que habíamos pagado, o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados por el Miembro. La “cantidad de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

### **Disputas de coordinación**

Si usted cree que no hemos pagado una reclamación correctamente, primero debe intentar resolver el problema comunicándose con nosotros. Siga los pasos descritos en la sección “Reclamos” a continuación. Si todavía no está satisfecho, puede llamar a la Oficina del comisionado de seguros para obtener instrucciones sobre la presentación de un reclamo de consumidor. Llame al **1 (800) 236-8517** (fuera de Madison), **1 (608) 266-0103** (en Madison), o **7-1-1** (TTY) y pida **1 (608) 266-3586** para solicitar un formulario de reclamación. El formulario de reclamación también está disponible en **oci.wi.gov**. También puede enviar un correo electrónico a: **ocicomplaints@wisconsin.gov**.

## RECLAMOS

### ¿Qué pasa si tengo un reclamo?

Si tiene algún problema con algún servicio de Molina Healthcare, queremos ayudarlo a solucionarlo. Puede llamar a cualquiera de los siguientes números gratuitos para obtener ayuda:

- Llame gratis a Molina al **1 (888) 560-2043**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. hora central. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede comunicarse con nosotros llamando al **7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.
- Usted también puede enviarnos su problema o reclamo por escrito por correo. Nuestra dirección es:

**Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.  
Customer Support Center  
11002 W. Park Place  
Milwaukee, WI 53224**

Puede encontrar información adicional sobre quejas en nuestro sitio web en:  
MolinaMarketplace.com.

- Usted puede resolver sus problemas tomando las medidas descritas en la sección “Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas” a continuación. También puede comunicarse con la **OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS**, una agencia estatal que aplica las leyes de seguros de Wisconsin, y presentar un reclamo. Puede comunicarse **CON LA OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS** escribiendo a:

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

- Puede llamar al **1 (800) 236-8517** (fuera de Madison) o al **1 (608) 266-0103** (en Madison) o al **7-1-1** (TTY) y pedir **1 (608) 266-3586** para solicitar un formulario de queja. El formulario de reclamación también está disponible en **oci.wi.gov**. Puede enviarlas por correo electrónico a: [OciComplaints@wisconsin.gov](mailto:OciComplaints@wisconsin.gov).

## QUEJAS (APELACIONES INTERNAS) Y APELACIONES EXTERNAS

### Definiciones para esta sección de “Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas”

La “determinación adversa de los beneficios” implica:

- La denegación de una solicitud de servicio o la imposibilidad de proporcionar o realizar el pago (en su totalidad o en parte) por un beneficio;
- cualquier reducción o terminación de un beneficio, o cualquier otra determinación de cobertura de

que una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua u otro servicio de atención médica no cumpla con los requisitos de Molina de Necesidad médica, idoneidad, establecimiento de atención médica o nivel de atención o efectividad;

- con base en su totalidad o en parte en el juicio médico, incluye la falta de cobertura de los servicios porque se determina que son experimentales, de investigación, cosméticos, no Medicamento necesarios o inadecuados;
- una decisión de Molina de negar la cobertura basada en una determinación inicial de elegibilidad. Una determinación adversa de los beneficios es también una cancelación de la cobertura, así como cualquier otra cancelación o discontinuación de la cobertura que tenga un efecto retroactivo, excepto cuando dicha cancelación/discontinuación se debe a la falta de pago oportuno de las Primas o contribuciones requeridas para el costo de la cobertura.

La denegación de pago por servicios o cargos (en su totalidad o en parte) de conformidad con los contratos de Molina con los Proveedores participantes, donde usted no es responsable de tales servicios o cargos, no son determinaciones adversas de beneficios.

Por “representante autorizado” se entiende una persona autorizada por usted, de conformidad con las disposiciones de esta sección “Quejas (apelaciones internas) y apelaciones externas”, para actuar en su nombre en relación con una queja o apelaciones externa.

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

“Quejas” se refiere a cualquier insatisfacción con Molina que usted, o su representante autorizado, exprese por escrito a Molina, incluyendo, entre otros a, cualquiera de los siguientes:

- Determinación adversa de los beneficios;
- prestación de Servicios cubiertos;
- determinación de reformar este Acuerdo;
- determinación de un diagnóstico o nivel de servicio requerido para el tratamiento basado en la evidencia de los trastornos del espectro autista; o
- prácticas de reclamaciones.

El “Panel de quejas” se refiere a un grupo de personas responsables de la investigación de cada queja.

“Reclamación posterior al servicio” se refiere a que se ha prestado una determinación adversa de los beneficios para un servicio que ya se ha prestado.

“Reclamación previa al servicio” se refiere a que se ha emitido una determinación adversa de los beneficios y no se ha proporcionado el servicio solicitado.

“Reclamación acelerada” se refiere a una reclamación en la que el proceso de resolución estándar



puede incluir cualquiera de las siguientes opciones:

- Un serio peligro para su vida o salud (o la vida o salud de su hijo por nacer) o su capacidad para recuperar la función máxima; o
- en opinión del médico tratante, le sometería a un dolor severo que no se puede manejar adecuadamente sin el cuidado o tratamiento que es el sujeto de la queja; o
- está determinado a ser una queja acelerada por el médico tratante.

### **Presentación de una queja**

1. Usted o su representante autorizado pueden enviar la reclamación firmada y cualquier material de apoyo al panel de quejas utilizando uno de los siguientes métodos:

**Por correo:**  
**Molina Healthcare of Wisconsin, Inc.**  
**Attn: Grievance Coordinator**  
**11002 W. Park Place**  
**Milwaukee, WI 53224**  
**Por fax:**  
**Fax: 1 (844) 251-1445**

Puede encontrar información adicional sobre quejas en nuestro sitio web en:  
[MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com).

Molina acusará recibo de la queja por escrito en un plazo de cinco días hábiles a partir de su recepción. Si su representante autorizado presentó la queja en su nombre, también le proporcionaremos una notificación de que la información de atención médica o los registros médicos solo pueden revelarse si lo permite la ley. También incluiremos un formulario de consentimiento informado.

2. Molina le notificará por escrito a usted y a su representante autorizado (si procede) la hora y el lugar de la reunión del panel de quejas con al menos siete días de anticipación. Usted o su representante autorizado tienen el derecho de comparecer ante el panel de quejas en persona o por teléfono para presentar información escrita u oral sobre la queja. Usted también puede enviar preguntas por escrito a las personas responsables de hacer la determinación que resultó en la negación o determinación de beneficios o una decisión de desafiliarlo.
3. Excepto si su queja es una queja acelerada como se describe en el párrafo 4 a continuación, Molina le notificará la disposición de la queja en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de recepción, a menos que Molina no pueda resolver la queja en un plazo de 30 días naturales. En caso de que Molina no pueda hacer una determinación dentro de los 30 primeros días calendario de recepción de su queja, Molina puede extender el periodo de determinación por 30 días calendario adicionales. Si se requiere una extensión, le notificaremos por escrito:
  - a. Que Molina no ha resuelto la queja;
  - b. de las razones de la extensión; y
  - c. cuándo se puede esperar una resolución.
4. Si una queja implica una queja acelerada, Molina resolverá tal queja dentro de las 72 horas

siguientes a su recepción. Usted puede solicitar una queja acelerada llamando al 1-888-560-2043. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede comunicarse con nosotros llamando al 7-1-1 para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Puede enviar su solicitud por fax a: 1-844-251-1445. Puede encontrar información adicional sobre quejas en nuestro sitio web en: **MolinaMarketplace.com**.

5. Usted puede revisar el expediente de reclamación de Molina gratis, incluyendo cualquier evidencia o fundamento nuevo o adicional considerado, confiado o generado por Molina en relación con la reclamación.
6. Molina requerirá una expresión escrita de autorización para la representación de cualquier persona que actúe en su nombre a menos que se aplique cualquiera de los siguientes términos:
  - La persona que actúa en su nombre está autorizada por ley para actuar en su nombre;
  - usted no puede dar el consentimiento y la persona que actúa en su nombre es un cónyuge, miembro de la familia o el proveedor de tratamiento; o
  - la queja es una queja acelerada y la persona que actúa en su nombre declara que usted le ha dado verbalmente su autorización para representarle.

Molina procesará una queja sin requerir autorización por escrito a menos que nosotros, en nuestro acuse de recibo de una queja al representante autorizado, hagamos claro y prominente todo lo siguiente:

- Notificar a la persona que actúa en su nombre que, a menos que se aplique alguna de las excepciones enumeradas anteriormente, la queja no será procesada hasta que recibamos una autorización por escrito.
- Solicitar autorización por escrito de la persona que actúa en su nombre.
- Proporcionar a la persona que actúa en su nombre un formulario que usted puede utilizar para dar autorización por escrito. Usted puede, pero no está obligado a, utilizar nuestro formulario para dar autorización por escrito. Molina aceptará una expresión de autorización por escrito en cualquier forma, idioma o formato.

### **Presentar una queja ante la oficina del comisionado de seguros**

Usted puede resolver su problema siguiendo los pasos descritos arriba. También puede presentar un reclamo ante **LA OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS de Wisconsin (OCI, por sus siglas en inglés)**. La **OCI** es una agencia estatal que hace cumplir las leyes de seguros de Wisconsin. Puede ponerse en contacto con la **OCI** escribiendo a:

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

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

electrónico a: [ocicomplaints@wisconsin.gov](mailto:ocicomplaints@wisconsin.gov).

### **Presentación de una apelación externa**

Después de haber agotado los derechos de reclamación (apelación interna) otorgados por Molina, usted tiene el derecho de solicitar una revisión externa/independiente de una determinación adversa de beneficios. Usted (o su representante autorizado) puede presentar una solicitud por escrito para una revisión externa. Su aviso de determinación adversa de los beneficios y/o determinación final adversa de beneficios describe el proceso que debe seguir si desea buscar una apelación externa.

Usted debe presentar su solicitud de revisión externa dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha en que usted reciba el aviso de determinación adversa de los beneficios o determinación final adversa de los beneficios.

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

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

Si tiene alguna pregunta o inquietud durante el proceso de apelación externa, usted (o su representante autorizado) puede llamar al número gratuito **1 (888) 866-6205**. Usted (o su representante autorizado) puede enviar comentarios escritos adicionales al revisor externo en la dirección de correo anterior. Si se presenta alguna información adicional, se compartirá con Molina para darnos la oportunidad de reconsiderar la negación.

Solicitud de apelación externa acelerada: usted (o su representante autorizado) puede hacer una solicitud oral o escrita para una apelación externa acelerada con el revisor externo cuando usted recibe:

- Una determinación adversa del beneficio si la determinación adversa del beneficio implica una condición médica para la cual el plazo para la terminación de una queja acelerada pondría seriamente en peligro su vida o salud o pondría en peligro su capacidad de recuperar la función máxima y usted ha presentado una petición para una queja acelerada; o
- Una determinación final adversa de los beneficios, si usted tiene una condición médica en la que el plazo para la finalización de una revisión externa estándar pondría en serio peligro su vida o salud o pondría en peligro su capacidad para recuperar la función máxima, o si la determinación final adversa de los beneficios internos se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, estancia continua o un artículo o servicio de atención médica para el cual el reclamante recibió servicios, pero no ha sido dado de alta de una instalación.
- Una determinación adversa de los beneficios que se relaciona con el tratamiento experimental o de investigación, si el médico tratante certificara que el servicio, suministro o tratamiento de atención médica recomendado o solicitado sería significativamente menos efectivo si no se inicia de inmediato.

En situaciones de apelación externa acelerada, las solicitudes de revisión acelerada se pueden iniciar llamando a Servicios federales Maximus gratis al **1 (888) 866-6205**, o enviando la solicitud por fax al **1**

(888) 866-6190, o enviando la solicitud a:

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

Además, a petición suya, Molina puede enviarle copias de la provisión de beneficios reales y le proporcionará una copia sin cargo alguno del beneficio real, directrices clínicas o criterios clínicos utilizados para determinar la situación al recibir su solicitud. Se puede realizar una solicitud llamando al coordinador de quejas y apelaciones de Molina.

### **Reglas e información general**

Las reglas generales sobre las quejas, reclamaciones (apelaciones internas) y el proceso de apelaciones externas de Molina incluyen lo siguiente:

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

## **OTRO**

### **DISPOSICIONES DIVERSAS**

#### **Acciones que van más allá del control de Molina**

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

#### **Renuncia**

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

## **No discriminación**

Molina no discrimina al contratar personal o proporcionar atención médica con base en una condición de salud preexistente, color, credo, edad, origen nacional, identificación de grupo étnico, religión, discapacidad, discapacidad, sexo u orientación sexual y/o identidad de género.

Si usted piensa que no ha sido tratado de manera justa, por favor llame al Centro de atención al cliente al número gratuito **1 (888) 560-2043**. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, puede comunicarse con nosotros llamando al **7-1-1** para el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones.

## **Donación de órganos o tejidos**

Usted puede convertirse en un donante de órganos o tejidos. Los avances médicos en la tecnología de trasplante de órganos han ayudado a muchos pacientes. Sin embargo, el número de órganos disponibles es mucho menor que el número de pacientes que necesitan un trasplante de órganos. Usted puede optar por ser un donante de tejido orgánico registrándose en el Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin en línea en <http://www.dhs.wisconsin.gov/health/donatelife/> para agregar su nombre al registro.

## **Acuerdo vinculante para los Miembros**

Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios bajo este Acuerdo, todos los Miembros legalmente capaces de contratar, y los representantes legales de todos los Miembros incapaces de contratar, están de acuerdo con todas las disposiciones de este Acuerdo.

## **Asignación**

Usted no puede asignar este Acuerdo ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos por dinero debido, beneficios u obligaciones bajo este documento sin nuestro consentimiento previo por escrito.

## **Ley vigente**

Salvo que la ley federal lo reemplace, este Acuerdo se regirá de acuerdo con la ley de Wisconsin y cualquier disposición necesaria para estar en este Acuerdo por ley estatal o federal obligará a Molina y a los Miembros, sea o no establecido en este Acuerdo.

## **Nulidad**

Si cualquier disposición de este Acuerdo se considera ilegal, inválida o inaplicable en un procedimiento judicial o arbitraje vinculante, dicha disposición se cortará y será inoperante, y el resto de este Acuerdo seguirá siendo operativo y en plena fuerza y efecto.

## **Avisos**

Cualquier aviso requerido por Molina bajo este Acuerdo será enviado a la dirección más reciente que tenemos para el suscriptor. El suscriptor es responsable de informar de cualquier cambio de dirección poniéndose en contacto con [el Marketplace] en [1 (800) 318-2596].

## **Programas de bienestar**

Su política incluye el acceso a un programa de actividades de salud. El objetivo del programa es animarle a completar una actividad de salud que respalde su salud en general. El programa es voluntario y está

disponible sin costo adicional para usted. La actividad de salud que le animamos a completar, se describe a continuación. Para obtener más información, comuníquese con el número de teléfono de servicios para Miembros de su tarjeta de identificación.

### **Actividad de salud anual**

Le animamos a completar la actividad de salud anual que se muestra a continuación, durante el año calendario. Al terminar, Molina puede trabajar con usted para apoyar su bienestar general.

### **Examen de bienestar anual**

- Le ofrece la oportunidad de obtener un examen físico completo anual a través de su Proveedor de atención primaria, o un examen de evaluación de salud a domicilio facilitado a través de Molina

### **PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Las herramientas y servicios descritos aquí son apoyo educativo para nuestros Miembros. Podemos cambiarlos en cualquier momento según sea necesario para satisfacer las necesidades de nuestros Miembros.

### **EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Molina Healthcare ofrece programas para ayudarle a usted y a su familia a manejar una condición de salud diagnosticada. Nuestros programas incluyen:

- Tratamiento del asma.
- Tratamiento de la diabetes.
- Tratamiento de la presión arterial alta (hipertensión).
- Tratamiento de las Enfermedades cardiovasculares (ECV).
- Tratamiento de la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Tratamiento de la depresión.

Puede obtener información o unirse a cualquiera de los programas anteriores llamando al Departamento de gestión de salud de Molina al 1 (866) 891-2320 10:30 a. m. y 5:30 p. m. (hora central), de lunes a viernes. También puede llamarnos si desea dejar de recibir materiales del programa.

### **Boletines**

Los boletines se publican en el sitio web de [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com) por lo menos 2 veces al año. Los artículos son sobre temas que los miembros como usted preguntan. Los consejos pueden ayudarle a usted y a su familia a mantenerse saludables.

### **Materiales de educación para la salud**

Nuestros materiales fáciles de leer son sobre nutrición, guías de servicios preventivos, tratamiento del estrés, ejercicio, tratamiento del colesterol, asma, diabetes y otros temas. Para obtener estos materiales, consulte a su médico o visite nuestro sitio web en: [MolinaMarketplace.com/MPHealthEducation](http://MolinaMarketplace.com/MPHealthEducation).

## Guía de referencia rápida de su atención médica

Departamento/ Programa	Tipo de ayuda necesaria	Información de contacto
<b>Departamento del Centro de atención al cliente de Molina Healthcare</b>	Si tiene un problema con cualquiera de los servicios de Molina, queremos ayudarlo a solucionarlo. Puede llamar a nuestro Centro de atención al cliente para obtener ayuda o para presentar una queja o queja de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. hora central. En caso de duda, llámenos primero.	<b>Centro de atención al cliente</b> <b>Número de teléfono gratuito:</b> <b>[1 (888) 560-2043]</b> Fax: [1 (414) 214-2489] TTY: [7-1-1] para utilizar el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones
<b>Educación para la salud</b>	Para solicitar información sobre programas para afecciones como el asma, la diabetes, la hipertensión arterial, las Enfermedades cardiovasculares (ECV), o Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	[1 (866) 891-2320] [10:30 a. m. a 5:30 p. m., hora del centro, de lunes a viernes]
<b>Línea de asesoramiento de enfermería</b> <b>Las 24 horas del día, los siete días de la semana</b>	Si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud o la de su familia. La Línea de asesoramiento de enfermería está conformada por enfermeras tituladas.	[1 (888) 275-8750] Español: [1 (866) 648-3537]  Inglés TTY [1 (866) 735-2929] Español TTY [1 (866) 833-4703]
<b>Oficina del secretario del departamento de salud y servicios sociales de los EE. UU. para derechos civiles.</b>	Si usted cree que no hemos protegido su privacidad y desea quejarse, puede llamar para presentar un reclamo (o queja).	[1 (415) 437-8310] TTY: [1 (415) 437-8311] Fax: [1 (415) 437-8329]
<b>Medicare</b>	Medicare es un seguro de salud ofrecido por el gobierno federal a la mayoría de las personas mayores de 65 años. Medicare ayuda a pagar por la atención médica, pero no cubre todos los gastos médicos.	1 (800) MEDICARE 1 (800) 633-4227 TTY: [1 (877) 486-2048] www.Medicare.gov
<b>Oficina del comisionado de seguros de Wisconsin</b>	La Oficina del comisionado de seguros de Wisconsin es responsable de regular las organizaciones de mantenimiento de la salud. Si tiene un reclamo contra Molina, primero debe llamar al Centro de atención al cliente de Molina al número gratuito [1 (888) 560-2043], y usar el proceso de quejas de Molina antes de comunicarse con la Oficina del comisionado de seguros.	[www.oci.wi.gov] [1 (800) 236-8517] (fuera de Madison) o [1 (608) 266-0103] (en Madison) o TTY [7-1-1], pida [1 (608) 266-3586]. [ocicomplaints@wisconsin.gov]